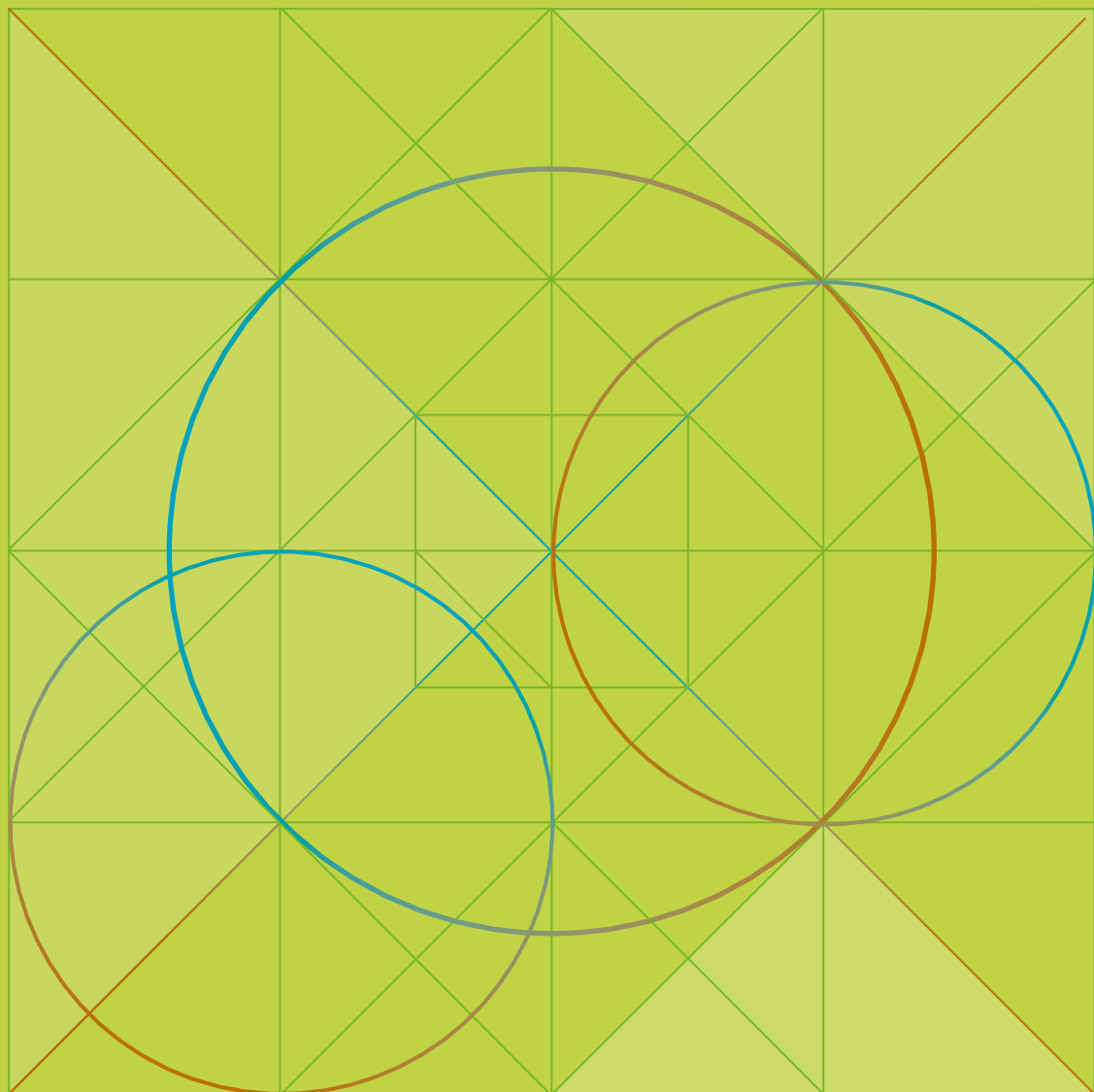


CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA 2022

EXPLICACIÓN DE LA VERIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA



COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1 OBJETO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA 2022	7
2 LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY, FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES Y SIGNIFICADO DE LAS DIRECTRICES	
2.1 Líneas principales de la ley	9
Requisitos de diligencia y cuidado	9
Notificación y verificación	11
2.2 Forma de trabajo de las comisiones	12
2.3 Significado de las posturas y las directrices médico-profesionales	17
3 REQUISITOS LEGALES DE DILIGENCIA Y CUIDADO	
3.1 Médico encargado	19
Un médico no habitual en situaciones no urgentes	19
Un médico no habitual en situaciones urgentes	19
3.2 Petición voluntaria y bien meditada	20
Petición voluntaria	21
Petición bien meditada	23
3.3 Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	24
Algunos aspectos generales	24
Fundamento médico del sufrimiento	24
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	25
Sufrimiento sin perspectivas de mejora	25
Sufrimiento insoportable	26
3.4 Información al paciente	27
3.5 Inexistencia de otra solución razonable	28
3.6 Asesor independiente	30
Necesidad de información del médico en una fase temprana	31
Responsabilidad del médico en relación con el asesor	32
Independencia del asesor	33
Conocimientos técnicos y experiencia del asesor	34

Punto de partida: el asesor visita al paciente y habla con él	34
Segunda consulta al asesor	35
Las comisiones y el asesor	36
3.7 Diligencia de la práctica médica	37
General	37
Terminación de la vida a petición del paciente: orden y dosificación de las sustancias	38
Terminación de la vida a petición del paciente: constatación adecuada de una disminución suficiente de la consciencia	38
Terminación de la vida a petición del paciente: realización a cargo del propio médico	39
Ayuda al suicidio: sustancias y dosis	39
Ayuda al suicidio: el médico permanece muy próximo al paciente	39
La relación entre el médico y el farmacéutico	40

4 ALGUNAS CUESTIONES ESPECIALES

4.1 Declaración de voluntad por escrito	42
Requisitos de diligencia y cuidado “aplicables por analogía”	43
4.2 Pacientes menores de edad	48
4.3 Pacientes con una enfermedad mental	49
Consulta a psiquiatra independiente	50
Combinación de enfermedades somáticas y mentales	51
4.4 Pacientes con demencia	51
Pacientes que todavía tienen capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia	52
Pacientes que ya no tienen capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia	53
4.5 Pacientes con una discapacidad intelectual	53
Consulta a experto independiente	54
4.6 Pacientes con un trastorno de la capacidad de comunicarse verbalmente	54
4.7 Coma y disminución del estado de consciencia	55
Situación 1. Coma o disminución del estado de consciencia surgido después de que el paciente haya solicitado al médico la eutanasia, pero antes del momento previsto para la práctica de la eutanasia	55
Situación 2. Coma o disminución del estado de consciencia surgido sin tener prevista la práctica de la eutanasia	57
4.8 Eutanasia y sedación paliativa	59
4.9 “Vida agotada” o “cansancio vital”	61
4.10 Donación de órganos y tejidos tras la eutanasia	61
4.11 Requisitos que no impone la ley	62

5 REFERENCIAS ÚTILES	
5.1 Sitio web de las comisiones	64
5.2 Programa SCEN	64
5.3 Evaluaciones de la Ley WTL	64
5.4 Normas políticas del Ministerio Fiscal	65
5.5 Normas médico-profesionales	65
5.6 Centro Especializado de Eutanasia	66
6 MODIFICACIONES PRINCIPALES CON RESPECTO A LA ANTERIOR VERSIÓN DE 2018 Y LA PÁGINA SUELTA DE 2020	67
ANEXO: DISPOSICIONES LEGALES RELEVANTES	
Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL)	72
Código Penal	79
Ley reguladora de los funerales	80

INTRODUCCIÓN

Estimado lector:

Tiene en sus manos el Código sobre la Eutanasia 2022, redactado por las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (CRV). El principal objetivo de este código es mantener y, siempre que sea posible, mejorar el alto grado de diligencia y cuidado con que se practica la eutanasia en los Países Bajos. Para conseguir ese objetivo, el código ofrece información previa sobre la forma en que las CRV interpretan los requisitos legales de diligencia y cuidado, para los médicos implicados en la realización de una eutanasia. En dicha interpretación, las CRV se basan en normas que se han ido derivando de los dictámenes que han emitido las CRV en los últimos 20 años sobre notificaciones individuales de eutanasia, en la jurisprudencia y por supuesto, en la ley.

Esta es la segunda versión actualizada del Código sobre la Eutanasia. El primer código vio la luz en 2015 y fue actualizado en 2018. En 2020, se modificaron únicamente las partes del código dedicadas a la declaración de voluntad por escrito y a los pacientes con demencia, a raíz de la sentencia que dictó el Tribunal Supremo (*Hoge Raad*) el 21 de abril de 2020 sobre esas cuestiones. La sociedad está en constante movimiento y el derecho tiene que adaptarse a los cambios. Por eso es necesario actualizar regularmente el Código sobre la Eutanasia. Las principales modificaciones con respecto al Código sobre la Eutanasia 2018 se incluyen como capítulo 6 de este código.

El Código sobre la Eutanasia 2022 no es la única norma dirigida a los médicos implicados en la realización de la eutanasia. Los médicos también deben respetar sus propias normas profesionales que se recogen, entre otros, en la Directriz de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG)/Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*) de 2021 y en la Postura de la KNMG sobre las decisiones en torno al final de la vida (*Standpunt Beslissingen rond het levenseinde*) de 2021. Se ha intentado reducir al mínimo y de común acuerdo las diferencias entre el código y las normas profesionales. También se han incluido varias modificaciones en el Código sobre la Eutanasia por ese motivo. Las pequeñas diferencias que todavía existen se mencionan en el código. De esta forma se han llevado a la práctica los comentarios sobre el borrador de este código que enviaron a las CRV la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), el Ministerio Público, la Inspección de Sanidad y Juventud, la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia

(KNMP), la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (NVvP) y el Centro Especializado de Eutanasia. Me gustaría agradecer de corazón a esas organizaciones la forma constructiva en que han colaborado en este proceso. Todo ello hace del código un instrumento práctico y con una amplia base, para garantizar la calidad de la realización.

El Código sobre la Eutanasia ya ha demostrado ampliamente su valor añadido para la práctica médica. Este código ofrece apoyo y estructura al médico encargado y al asesor, durante el proceso de preparación de una eutanasia. El código proporciona también información y perspectiva a los pacientes, sus familiares y amigos y otros interesados. Finalmente, este código también ayuda a las CRV a mantener la homogeneidad entre sus diferentes dictámenes. Con ello, el código es también una forma de autorregulación. Todas las comisiones de verificación seguirán el Código sobre la Eutanasia 2022 o deberán explicar por qué deben apartarse del código en un caso concreto y específico. Dichas excepciones pueden ser motivo para actualizar nuevamente el código con el paso del tiempo. El código no contiene casuística individual, que puede encontrarse en el sitio web de las CRV (euthanasiecommissie.nl) y en el informe anual (de forma limitada).

La actualización del Código sobre la Eutanasia ha corrido a cargo esta vez de los miembros y del secretario de la sala de reflexión interna de las CRV. Se trata de M. Biesot (secretario), M.J. Diemer, H.A. Komen, T.C.M. van Nordennen, L. van der Scheer y H.A.M. Weijers, bajo la presidencia de A. Kors. Les agradezco enormemente su buen trabajo, porque han conseguido reflejar esta compleja materia en papel, de forma legible y comprensible.

Si tiene usted comentarios u observaciones acerca del Código sobre la Eutanasia 2022, puede comunicarlos a través del formulario de notificación en nuestro sitio web (euthanasiecommissie.nl). Le agradeceremos cualquier aportación.

J. Recourt, presidente coordinador de las CRV

Utrecht, julio de 2022

OBJETO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA 2022



Desde la entrada en vigor en 2002 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (en lo sucesivo, según sus siglas en neerlandés: la Ley WTL, conocida como la ley sobre la eutanasia), se encomendó a cinco comisiones regionales de verificación la tarea legal de evaluar las notificaciones de los médicos sobre la terminación de la vida a petición del paciente o la ayuda al suicidio que hayan llevado a la práctica. Desde entonces, las comisiones han comprobado en miles de notificaciones el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado que impone la Ley WTL¹. Las comisiones redactan al respecto un informe conjunto: el informe anual. También publican un número considerable de dictámenes en euthanasiecommissie.nl. Los informes anuales y los dictámenes publicados por las comisiones ofrecen una imagen de la forma en que las comisiones aplican e interpretan los requisitos de diligencia y cuidado aplicables a la eutanasia. Para que dicha información sea más accesible, las comisiones han redactado este Código sobre la Eutanasia 2022 actualizado.

7

La Ley WTL distingue entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio. En el código, ambas formas de terminación de la vida se incluyen en el concepto general de eutanasia. Solo se hace una distinción entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio, en los casos necesarios².

En el Código sobre la Eutanasia 2022, las CRV ofrecen una práctica visión general de la forma en que interpretan los requisitos de diligencia y cuidado. Este texto no pretende describir todas las situaciones imaginables. El Código sobre la Eutanasia 2022 tiene por finalidad resumir las consideraciones de las comisiones.

Este código es sobre todo importante para los médicos encargados y los asesores, pero también puede cubrir la necesidad de información de los pacientes que desean solicitar la eutanasia o de otros interesados. Todos ellos pueden conocer una imagen general de las condiciones que deben

1 El texto de la Ley WTL se incluye en el Anexo "Disposiciones legales relevantes".

2 Dicha distinción se especifica, por ejemplo, en el apartado 3.7., cuando se trata la realización de la eutanasia con la diligencia de la práctica médica.

cumplirse en los casos de eutanasia. Es de interés general que exista la mayor claridad posible sobre la forma en que las comisiones aplican la ley.

La estructura del Código sobre la Eutanasia 2022 es la siguiente. En el capítulo 2 se ofrece un breve esbozo de las normas legales vigentes con relación a la eutanasia y de la forma de trabajo de las comisiones. También se trata el significado de las directrices médico-profesionales. En el capítulo 3 se explican de forma general los requisitos legales de diligencia y cuidado y la forma en que los interpretan las CRV. Posteriormente, el capítulo 4 trata varios temas y situaciones especiales. En el capítulo 5 pueden encontrarse varias referencias útiles. Finalmente, el capítulo 6 contiene una enumeración de las modificaciones principales con respecto a la versión anterior, de 2018, y a la página suelta añadida en 2020.

Con el fin de facilitar la lectura, se ha optado por usar en todo el Código sobre la Eutanasia 2022 el género masculino. Naturalmente, también incluye la mención al género femenino.

LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY, FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES Y SIGNIFICADO DE LAS DIRECTRICES

2

2.1. LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY

REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO³

En las décadas anteriores a la entrada en vigor de la Ley WTL, comenzó a aplicarse en los Países Bajos una práctica (jurisprudencial) conforme a la cual, en determinadas circunstancias, un médico podía acceder a una petición de eutanasia de un paciente con un sufrimiento insoportable. Además de dicha petición del paciente y del sufrimiento insoportable, también se aplicaban otras exigencias. Dichas exigencias fueron recogidas desde 2002 en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL).

Los artículos 293 y 294 del Código Penal (*Wetboek van Strafrecht*) establecen que la eutanasia es constitutiva de delito en los Países Bajos. La Ley WTL no ha cambiado esa norma. Únicamente introduce una excepción para los médicos. En consecuencia, no es constitutiva de delito la eutanasia practicada por un médico que cumpla los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en la Ley WTL y que notifique la eutanasia (véase el apartado 2.2.).⁴

Dichos requisitos implican que el médico:

- a. se haya convencido de que existe una petición del paciente voluntaria y bien meditada (artículo 2, párrafo 1, letra a de la Ley WTL);
- b. se haya convencido de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente (artículo 2, párrafo 1, letra b de la Ley WTL);
- c. haya informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sus perspectivas de futuro (artículo 2, párrafo 1, letra c de la Ley WTL);

³ Para una información más detallada, véase *euthanasiecommissie.nl*.

⁴ El texto de los artículos 293 y 294 del Código Penal se incluye en el anexo "Disposiciones legales relevantes".

- d. haya llegado junto con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra el paciente (artículo 2, párrafo 1, letra d de la Ley WTL);
- e. haya consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados de la “a” a la “d” (artículo 2, párrafo 1, letra e de la Ley WTL), y
- f. haya llevado a cabo la terminación de la vida o la ayuda al suicidio con la mayor diligencia y cuidado desde el punto de vista médico (artículo 2, párrafo 1, letra f de la Ley WTL).

El sufrimiento del paciente debe tener un fundamento médico (véase el apartado 3.3). Pero no se exige que se trate de una enfermedad somática (física). Igualmente, tampoco es necesario que el paciente padezca una enfermedad potencialmente mortal. En la WTL no se incluye la condición de que la eutanasia solo pueda practicarse en la “fase terminal”.

Si se cumplen los requisitos de diligencia y cuidado mencionados por la ley, no desempeña ningún papel la expectativa de vida del paciente. En la práctica, dicha expectativa de vida suele ser limitada, pero la ley no excluye que un médico atienda a una petición de eutanasia de un paciente que todavía pueda vivir muchos años.

La Ley WTL es aplicable a la eutanasia en pacientes a partir de los 12 años. Cuando se trata de peticiones de menores de edad, la ley incorpora varias disposiciones sobre la implicación de los padres.

> *Para más detalles, véase el apartado 4.2.*

Existen varias sentencias del Tribunal Supremo (*Hoge Raad*) que también tienen importancia para la interpretación de la Ley WTL. Dichas sentencias contienen normas importantes que complementan la Ley WTL. La doctrina aplicada en las sentencias se utiliza siempre que es necesario.

- > *Sentencia Schoonheim (1984): apartado 3.3.*
- > *Sentencia Chabot (1994): apartado 3.3.*
- > *Sentencia Brongersma (2002): apartado 3.3.*
- > *Sentencia relativa a la causa penal sobre eutanasia en pacientes con demencia avanzada (2020): apartado 4.1.*

Un médico no está obligado a acceder a una petición de eutanasia, aunque se cumplan los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley WTL. La eutanasia no es un derecho del paciente. Los médicos pueden negarse a practicar la eutanasia. Si el médico no quiere practicar la eutanasia, la profesionalidad médica implica que lo comunique al paciente lo antes

posible.⁵ Así el paciente puede contactar con otro médico si lo desea. En ocasiones, los propios médicos remiten al paciente a otro compañero. También puede ser que el médico remita al paciente al Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*).⁶

NOTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN

El médico debe notificar al forense municipal cuando lleve a cabo una eutanasia. Debe utilizar el modelo de formulario (formulario normalizado) para que el médico encargado comunique al forense municipal un fallecimiento como consecuencia de una terminación de la vida a petición del paciente o de una ayuda al suicidio, y lo debe entregar al forense. También entrega al forense el informe motivado⁷ (para cuya redacción el médico utiliza el modelo de informe del médico habitual, en lo sucesivo: informe normalizado) que se regula en el Decreto de modelos (*Besluit modellen*) del artículo 9, párrafo 2 de la Ley reguladora de los funerales (*Wet op de lijkbezorging*), que se puede descargar en euthanasiecommissie.nl y en knmg.nl), conjuntamente con el informe del asesor.⁸ Normalmente, el médico entrega también otra información como (partes de) el expediente del paciente, cartas de especialistas y, si existe, una declaración de voluntad por escrito redactada por el paciente. El forense municipal envía la notificación con los documentos correspondientes a la comisión en cuya región se haya practicado la eutanasia, para que dicha comisión pueda evaluarla. La comisión debe comprobar y verificar los documentos y el proceso en torno a la eutanasia.⁹ Si la comisión dictamina que el médico ha cumplido todos los requisitos, lo comunicará al médico por escrito. Con dicha notificación termina el proceso de verificación y evaluación. No obstante, si la comisión dictamina que el médico no ha cumplido uno o varios de los requisitos de diligencia y cuidado, no solo se comunicará por escrito al médico. La ley prescribe que, en esos casos, la comisión debe comunicar su dictamen al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*: IGJ).¹⁰ Dichas instancias evalúan los pasos que consideran convenientes.

6 expertisecentrum euthanasie.nl.

7 El "informe motivado" es un requisito legal, incluido en el artículo 7, párrafo 2 de la Ley reguladora de los funerales. El incumplimiento de este requisito es una infracción (art. 81 de la Ley reguladora de los funerales).

8 Véase el artículo 7, párrafo 2 de la Ley reguladora de los funerales. El texto de dichas disposiciones legales se incluye en el Anexo "Disposiciones legales relevantes".

9 Si lo considera necesario, la comisión también puede obtener información del forense municipal.

10 Las notificaciones que han sido consideradas diligentes y cuidadosas por una comisión, no se remiten al MF y la IGJ. Es posible que dichas instancias conozcan algún caso de ese tipo a través de otras instancias (por ejemplo, por notificación de un tercero). En ese caso, ambas instancias tienen competencia para investigar el caso.

La comisión verifica que el médico encargado haya actuado con la debida diligencia. Verifica su actuación de acuerdo con la ley, con el historial de la tramitación parlamentaria de la ley y la jurisprudencia relevante. También tiene en cuenta dictámenes anteriores de las comisiones, las directrices (médico-) profesionales y las resoluciones del MF sobre la eutanasia. La comisión estudia si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados. En el caso de los requisitos de las letras a, b y d, la comisión verifica si el médico pudo llegar *razonablemente* al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada, un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y que no había ninguna otra solución razonable. En el caso de los requisitos de las letras c, e y f, la comisión verifica si el médico ha informado al paciente, si al menos ha consultado a un médico independiente y si ha practicado la eutanasia con la diligencia y el cuidado médicos necesarios.

2.2. FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES¹¹

Existen cinco comisiones regionales de verificación: una para Groninga/Frisia/Drenthe/islas BES¹², una para Overijssel/Güeldres/Utrecht/Flevoland, una para Holanda del Norte, una para Holanda del Sur/Zelandia y una para Brabante Norte/Limburgo.¹³

Las comisiones evalúan las notificaciones recibidas, partiendo del informe motivado (esto es, del informe normalizado relleno) que ha presentado el médico encargado, del informe presentado por el asesor y de los restantes documentos relevantes (como el expediente del paciente, cartas de especialistas o una declaración de voluntad por escrito).

Las comisiones hacen una distinción entre notificaciones que no suscitan preguntas (según su abreviatura en neerlandés: NVO, que son alrededor del 95 % de los casos) y notificaciones que suscitan preguntas (también según su abreviatura en neerlandés: VO, alrededor del 5 % de los casos). Los miembros de las comisiones evalúan de forma digital los casos que no suscitan preguntas. Pueden comentarlos entre ellos a través de un sistema digital protegido. Los casos que no suscitan preguntas no se comentan en una reunión. Si surgen preguntas durante la tramitación digital de un caso que, en principio, no suscitaba preguntas, dicho caso

¹¹ Si desea una información más detallada, consulte euthanasiecommissie.nl y las directrices que puede descargar en dicho sitio sobre la forma de trabajo de las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (2019).

¹² Bonaire, Saba y San Eustaquio.

¹³ Para la composición de esas comisiones, consulte euthanasiecommissie.nl.

pasa a considerarse un “VO” (que suscita preguntas). Esos casos sí que se comentan durante las reuniones de la comisión. La calificación de una notificación como “VO” (que suscita preguntas) depende de las preguntas que suscita una notificación concreta, por ejemplo porque trata cuestiones complejas o porque determinados puntos del expediente plantean interrogantes.

DIAGRAMA 1

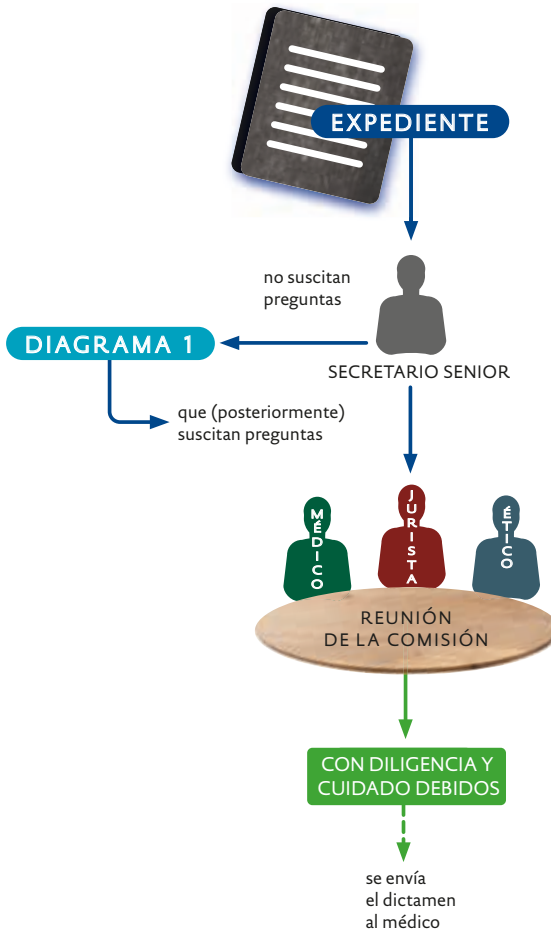
94,6% DE LAS NOTIFICACIONES
(QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS)



El médico debe responder a las preguntas que se plantean en el informe normalizado. En los casos en que la información facilitada es insuficiente o suscita preguntas, la comisión puede llamar al médico encargado o al asesor y pedirles información adicional. La comisión también puede pedir al médico o al asesor que complementen por escrito la información. Además, la comisión puede invitar al médico o al asesor a una conversación explicativa. El contenido de la conversación se consigna en un informe. El informe se envía al médico (o al asesor, si ha hablado con la comisión), por si desea hacer alguna observación. Durante la conversación, el médico puede estar acompañado de otra persona, si así lo desea. Las comisiones son conscientes de que una conversación así

DIAGRAMA 2

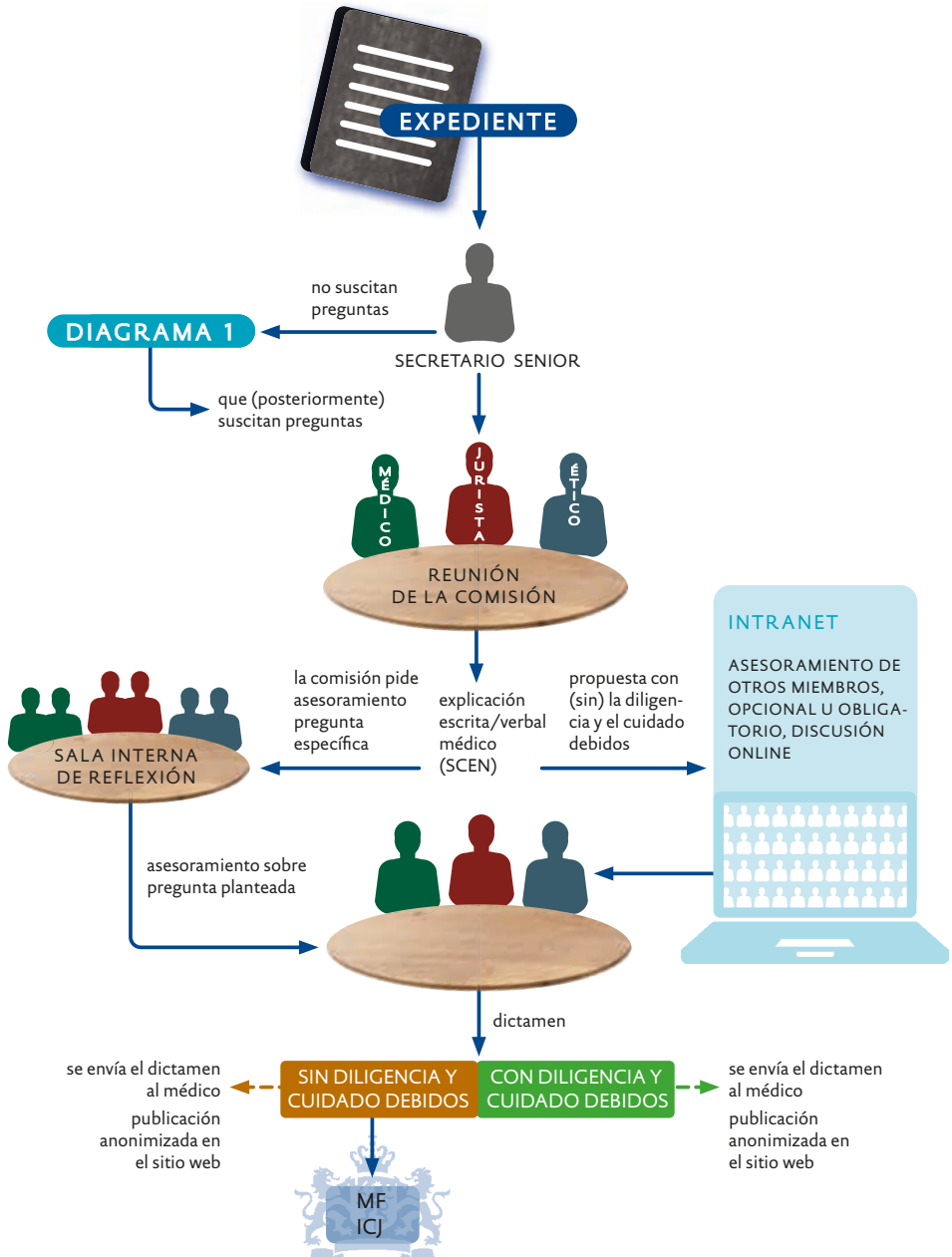
5,4% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



puede constituir una gran carga para el médico. No obstante, puede ser necesaria una explicación verbal para aclarar cuestiones imprecisas. En algunos casos, la explicación puede ser esencial para hacer una evaluación correcta. La comisión también puede solicitar información al forense o al personal sanitario implicado (no solo al médico y al asesor).

DIAGRAMA 3

<1% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



Si la comisión considera recoger en su dictamen que el médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado, antes de adoptar dicha decisión se invita al médico a una conversación; de esa forma, se le ofrece la oportunidad de explicar sus actos. En esta situación, el médico también recibe el informe de la conversación y puede aportar sus observaciones. Si, después de la conversación con el médico, la comisión mantiene su intención de emitir un dictamen desfavorable, el borrador del dictamen se envía a todos los miembros y secretarios de las CRV para que asesoren sobre la cuestión. Posteriormente, la comisión debe emitir un dictamen definitivo.

Una comisión también puede decidir en otros casos enviar un borrador del dictamen a los miembros y los secretarios de todas las comisiones. Por ejemplo cuando se trata de dictámenes sobre notificaciones complejas, o de notificaciones de casos que tratan cuestiones (jurídicas) nuevas. De esta forma, las comisiones pretenden armonizar sus dictámenes en beneficio de una mayor seguridad y uniformidad jurídicas.

Las CRV crearon en 2017 una sala interna de reflexión que emite asesoramiento sobre cuestiones jurídicas, entre otros con el objetivo de aumentar la coherencia y la armonización interna de los dictámenes. Una comisión o la reunión de los presidentes pueden pedir a la sala de reflexión que asesore sobre una cuestión determinada. Después, la comisión o la reunión de los presidentes deciden cómo van a proceder con el asesoramiento obtenido.

En principio, la comisión comunica su dictamen al médico en el plazo de seis semanas después de recibir la notificación. Dicho periodo puede ser ampliado con otras seis semanas si lo exigen las circunstancias. La comisión informa al médico sobre la citada ampliación del plazo.

Desde 2015, las CRV tienen un reglamento de reclamaciones, de acuerdo con el cual se ha creado una comisión de reclamaciones independiente. Pueden presentar una reclamación los médicos encargados, los asesores, los forenses y otro personal sanitario, siempre que sean parte o interesados en una notificación de terminación de la vida a petición del paciente o de ayuda al suicidio. Las reclamaciones únicamente pueden referirse al trato recibido por parte de miembros o empleados de las CRV. Las reclamaciones sobre el contenido y la motivación del dictamen de una comisión no se tramitan. El reglamento de reclamaciones es público y puede consultarse en el sitio web de las CRV.

2.3. SIGNIFICADO DE LAS POSTURAS Y LAS DIRECTRICES MÉDICO-PROFESIONALES

Al evaluar notificaciones de eutanasia, la comisión tiene una responsabilidad propia, basada en la ley. Esto significa que las posturas y directrices médico-profesionales son importantes si entran dentro del marco legal. Puede ser que exista una diferencia entre una postura o una directriz y la ley o la jurisprudencia, más especialmente que la postura o la directriz impongan requisitos más estrictos que la ley o la jurisprudencia. En ese caso, para la comisión serán determinantes la ley, la jurisprudencia y las prácticas actuales de verificación.¹⁴ También puede ser que en dichas posturas o directrices se traten aspectos que el médico debe tener en cuenta dentro del marco de su responsabilidad profesional, pero que no son importantes en el marco de una evaluación por parte de la comisión.¹⁵ En ese caso, puede suceder que la comisión dictamine que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, pero que no ha actuado de forma totalmente conforme a las normas profesionales de su grupo profesional.

Dentro del grupo profesional médico se han desarrollado varias posturas y directrices que son importantes cuando un médico debe adoptar una decisión sobre una petición de eutanasia recibida de un paciente. Por ejemplo, la Postura sobre las decisiones en torno al final de la vida (*Standpunt Beslissingen rond het levenseinde*) de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*, en lo sucesivo, según su abreviatura en neerlandés: KNMG) (2021), la Directriz sobre eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia (*Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*) de la KNMG (2010) y la Directriz sobre terminación de la vida a petición de pacientes con una enfermedad mental (*Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*), de la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*, en lo sucesivo, según su abreviatura en neerlandés: NVvP) (2018). Dichas posturas y directrices suelen ser útiles para interpretar los requisitos legales de diligencia y cuidado formulados de forma general (esta cuestión se trata en mayor detalle en el capítulo 3). Existe una directriz a la que se remiten explícitamente las comisiones en sus dictámenes. Se trata de la Directriz sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio (*Richtlijn*

14 Véase también la carta que envió el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte al Congreso el 4 de julio de 2014 (*Documentos Parlamentarios (Kamerstukken) II, 2013-2014, 32647, n.º. 30*).

15 Se puede pensar en la diligencia o el cuidado que debe respetar el médico frente a la familia de un paciente, y que aparecen formulados en el derecho disciplinario. Véase por ejemplo el Comité Disciplinario Regional de Zwolle, 18 de mayo de 2016, G 2006/135 y el Comité Disciplinario Regional de La Haya, 23 de octubre de 2012, GJ 2013/8.

Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding) de la KNMG y de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) (2021). Esta directriz es importante para verificar los requisitos de diligencia y cuidado y que la eutanasia se haya llevado a cabo con el mayor cuidado médico. Además trata, entre otras cosas, de la elección de sustancias, de la dosificación y también del control adecuado de una disminución suficiente de la consciencia del paciente. Sobre todo teniendo en cuenta la remisión que se hace en este requisito de diligencia y cuidado a una “realización con el mayor cuidado médico”, lo lógico es que la comisión se oriente en la directriz que los grupos profesionales (médicos y farmacéuticos) han redactado al respecto.



REQUISITOS LEGALES DE DILIGENCIA Y CUIDADO

3

3.1. MÉDICO ENCARGADO

De acuerdo con la Ley WTL, solamente un médico tiene derecho a dar curso a una petición de eutanasia de un paciente. La ley se centra en el médico que realmente lleva a cabo la eutanasia (el médico encargado). Por lo general, se trata del médico que trata normalmente al paciente (el médico habitual), pero eso no es una exigencia legal. En todos los casos, el médico encargado debe haberse informado correctamente sobre la situación del paciente y debe haber constatado personalmente que se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Un médico habitual que conoce al paciente desde hace (mucho) tiempo también puede basarse en ese conocimiento del paciente.

UN MÉDICO NO HABITUAL EN SITUACIONES NO URGENTES

19

También puede dar curso a una petición de eutanasia un médico que no se encargue normalmente del tratamiento del paciente. En general, dicho médico deberá demostrar que se ha tomado suficiente tiempo para poder estudiar a fondo la situación del paciente, en relación con los requisitos legales. En los casos en que el médico que lleva a cabo la eutanasia (el médico encargado) no es el profesional que trata normalmente al paciente, es importante que la comisión indique en su informe con cuánta frecuencia y detalle ha hablado el médico con el paciente.

UN MÉDICO NO HABITUAL EN SITUACIONES URGENTES

Por diferentes circunstancias, puede suceder que, en el último momento, la eutanasia la realice otro médico diferente al médico habitual (por ejemplo, un suplente o un compañero si el médico no está disponible y la situación del paciente empeora con rapidez de forma inesperada). La obligación legal de notificación corresponde al médico que haya llevado a cabo realmente la eutanasia. En las situaciones mencionadas, el médico encargado de la eutanasia puede basarse en la información de los colegas que también hayan estado implicados en el caso, pero deberá asegurarse igualmente de que se han cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado.

En lo sucesivo, cuando se hable del “médico”, se hará referencia al médico encargado de la eutanasia.

3.2. PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La ley establece que el 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.

De la ley se deriva que es el propio paciente quien debe hacer la petición. No se puede aceptar una petición de eutanasia realizada por un tercero en nombre del paciente.¹⁶ En todos los casos debe quedar claro que la petición ha sido expresada por el propio paciente.¹⁷

Un paciente puede comunicar una petición con mucha antelación a la realización efectiva, pero en situaciones en que el cuadro clínico del paciente empeora con rapidez, el periodo de tiempo entre la petición y la realización efectiva puede ser (muy) breve. Esto último significa que una petición no tiene por qué ser “duradera”, en el sentido de que solo podría accederse a una petición si se ha mantenido durante mucho tiempo. Las dudas del paciente sobre la eutanasia son frecuentes y comprensibles. Se trata de que el médico considere que la petición es inequívoca y consecuente.

La mayoría de los pacientes están en condiciones de comunicarse verbalmente o por escrito, hasta el momento de la realización de la eutanasia. En algunos casos, la capacidad de comunicación del paciente puede disminuir (enormemente) o verse dificultada por su enfermedad. Podemos encontrarnos ante múltiples situaciones, por ejemplo:

- el paciente ya no puede expresar la petición con palabras, pero todavía puede comunicarse de otras formas (por ejemplo, con gestos de las manos, asintiendo, presionando en la mano de otra persona en

16 No es pues posible que un paciente apodere a un tercero para que haga una petición de eutanasia en su nombre. El punto de partida es que sea el propio paciente quien solicite la eutanasia; véanse Documentos Parlamentarios II, 1998-1999, 26691, nº. 3, p. 9. Sí que es posible que otras personas avisen a un médico de que el paciente desea que se le practique la eutanasia, de forma que el médico pueda hablar con el paciente o, si el paciente ya no está en condiciones de comunicarse, pueda evaluar una declaración escrita de voluntad.

17 Véase el dictamen 2022-035, en el sitio web de las CRV. En este caso, se trataba de una mujer que no hablaba neerlandés ni inglés. Actuaba como intérprete uno de sus allegados. En su dictamen, la comisión reflexiona explícitamente sobre la pregunta de si, en estas circunstancias, el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada. De hecho, debe quedar siempre claro que la petición ha sido expresada por el propio paciente. En este caso, la comisión consideró que la petición había sido expresada por la paciente.

- reacción a preguntas cerradas del médico, o con ayuda de un ordenador con reproducción de voz);
- el paciente todavía puede expresar su petición, pero ya no puede argumentarla.

En esos casos, se trata de que el médico esté convencido de que existe una petición (continuada), partiendo de lo que el paciente todavía puede hacer y de su comportamiento. La capacidad de expresión que el paciente todavía tiene en ese momento puede ser evaluada en relación con declaraciones (escritas) anteriores, comportamientos o señales del paciente.

En las situaciones en que el paciente ya no puede expresar su voluntad con respecto a la eutanasia, una declaración escrita de voluntad (redactada con anterioridad) puede sustituir a la petición verbal del paciente.

- > Véanse más detalles sobre la declaración de voluntad por escrito, en el apartado 4.1.

PETICIÓN VOLUNTARIA

La petición del paciente debe ser voluntaria. Existen dos aspectos en la voluntariedad.

En primer lugar, la petición debe haberse realizado sin ninguna influencia inaceptable de otros (voluntariedad externa). El médico debe estar convencido de que no ha existido dicha influencia. Se presta también atención a situaciones en las que un allegado del paciente interviene demasiado en la entrevista entre el médico y el paciente, u ofrece constantemente respuestas que el médico quiere escuchar del paciente. Este tipo de circunstancias pueden hacer necesario que el médico también hable en privado con el paciente. El que un paciente crea que es una carga para otros y pida la eutanasia en parte por ese motivo, no implica necesariamente que no exista voluntariedad.¹⁸

En segundo lugar, el paciente debe tener capacidad para expresar su voluntad (voluntariedad interna) con respecto a su petición de eutanasia.¹⁹ Esto implica que el paciente debe presentar cuatro características.²⁰ Está en condiciones de comunicar de forma comprensible su petición de eutanasia. Puede comprender la

18 La sensación de ser una carga para los demás puede contribuir al sufrimiento que experimenta el paciente.

19 En los documentos parlamentarios de la Ley WTL se indica repetidamente que, para poder hacer una petición de eutanasia, el paciente debe tener capacidad para expresar su voluntad; véase por ejemplo Documentos parlamentarios II, 1999-2000, 26691,

20 P.S. Appelbaum y T. Grisso, "Assessing patients' capacities to consent to treatment", *The New England Journal of Medicine* 1988: 1635-1638.

información (médica) relevante sobre su situación y su pronóstico. El paciente conoce su enfermedad: en este contexto, esto significa que entiende su situación y las consecuencias de la eutanasia y las eventuales alternativas de tratamiento. Finalmente, el paciente está en condiciones de explicar claramente por qué desea la eutanasia.

La capacidad para expresar la voluntad puede cambiar con el tiempo. Asimismo, el paciente puede ser al mismo tiempo capaz para adoptar una decisión (por ejemplo, una petición de eutanasia) e incapaz para otras (por ejemplo, la administración de sus finanzas). Este extremo se expresa en la descripción de la capacidad de expresar la voluntad que hace la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (*Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*, siglas en neerlandés: WGBO) (art. 465, del Libro 7 del Cc): el paciente debe ser considerado en condiciones de valorar razonablemente sus intereses con relación a la decisión de que se trate.²¹

Si un paciente es declarado incapaz, la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (WGBO) prevé que su representante pueda dar autorización informada, en nombre del paciente, para un determinado acto médico. En las peticiones de eutanasia no es posible la representación. Por consiguiente, el paciente debe estar en condiciones de entender el alcance de dicha petición, de comprender la información sobre su pronóstico y sobre las alternativas, y de adoptar una decisión al respecto. Si un paciente ha perdido la capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia, la petición verbal puede ser sustituida por una declaración de voluntad por escrito que haya sido redactada cuando el paciente todavía tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición.

En muchos casos, no existirá ninguna duda sobre la capacidad del paciente para expresar su voluntad sobre su petición de eutanasia. No obstante, en determinados casos y con determinados cuadros clínicos, será necesario estudiar detenidamente y de forma explícita la capacidad del paciente a este respecto. En caso de duda acerca de la capacidad del paciente con respecto a su petición de eutanasia, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto. Dicha solicitud de asesoramiento puede ser parte de las preguntas que se plantean al asesor, mencionadas en el art. 2, párrafo 1, letra e, de la Ley WTL, pero la capacidad de expresar la voluntad también puede ser evaluada previamente por un médico experto en la materia.

> *Véanse más detalles sobre grupos específicos de pacientes en los apartados 4.3., 4.4. y 4.5.*

21 Consulte el Manual para evaluar la capacidad para expresar la voluntad, versión de 2007 (*Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*) en rijksoverheid.nl (en neerlandés; buscar: *handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*)

El requisito de la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a la petición de eutanasia está estrechamente relacionado con el requisito de que la petición de eutanasia debe ser bien meditada (véase a continuación).

PETICIÓN BIEN MEDITADA

La petición también debe ser bien meditada. Esto significa que el paciente debe haber sopesado cuidadosamente la cuestión, partiendo de información suficiente y de un conocimiento claro de la enfermedad. No puede tratarse de una petición hecha en un impulso repentino. También hay que tratar con cuidado los casos en los que el paciente da muestras de duda, por ejemplo porque en un periodo determinado hace una petición, luego la retira, después vuelve a hacerla, etc. Es comprensible que un paciente tenga dudas o reticencias ante un acto tan trascendente como la eutanasia. Las reticencias o las dudas no tienen por qué ser una contraindicación para la eutanasia. Lo importante es que la petición sea inequívoca, teniendo en cuenta todas las circunstancias y declaraciones del paciente.

Por lo que se refiere a los requisitos de diligencia y cuidado con relación a la voluntariedad y a la meditación de la petición, se pueden plantear en determinados casos preguntas especiales. Podemos pensar en casos de pacientes con una enfermedad mental, de pacientes con demencia, de pacientes con una discapacidad intelectual, de pacientes con afasia, de pacientes en una situación de coma o de disminución del estado de consciencia o de pacientes menores de edad.

> *Véanse más detalles sobre estas situaciones especiales en el Capítulo 4.*

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Petición realizada por el propio paciente.
- Voluntariedad “externa”: ninguna influencia perceptible de otros.
- Voluntariedad “interna” o capacidad de expresar la voluntad sobre la petición de eutanasia: conocimiento y comprensión de la situación.
- Petición bien meditada: bien informada, inequívoca, que no sea fruto de un impulso repentino.
- Una declaración de voluntad por escrito puede sustituir a una petición verbal (véase el apartado 4.1.).
- Atención especial para las peticiones en situaciones específicas (véase el capítulo 4).

3.3. SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA



ALGUNOS ASPECTOS GENERALES

El sufrimiento es un concepto muy amplio. El sufrimiento puede ser consecuencia del dolor y la ansiedad, del agotamiento, del deterioro físico, de la ausencia de perspectivas de mejora, pero también de una dependencia creciente o de un deterioro personal que el paciente experimenta como grave, o de la pérdida de dignidad. En la sentencia Schoonheim (1984), el Tribunal Supremo neerlandés ya dictaminó que el sufrimiento puede estar formado por (el miedo a) un deterioro en constante aumento o la perspectiva de no poder morir de forma digna.

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

Es necesario que el paciente experimente el sufrimiento. Pueden existir situaciones en las que el paciente ya no siente sufrimiento, como en casos de coma o en casos dudosos como la disminución del estado de consciencia. Si el paciente pasa a encontrarse en una situación en la que (ya) no experimenta sufrimiento, en principio no es posible acceder a una petición de eutanasia. El hecho de que los allegados del paciente consideren su situación como denigrante no tiene ninguna influencia.

- > *Para más detalles sobre el coma y la disminución del estado de consciencia, véase el apartado 4.7.*
- > *Para más detalles sobre la relación entre eutanasia y sedación paliativa, véase el apartado 4.8.*

El sufrimiento se puede desprender de lo que cuenta el propio paciente, pero también de otras expresiones o reacciones físicas del paciente. En los casos en que el paciente ya no puede expresar correctamente con palabras su sufrimiento, el médico debe fijarse en otras señales que pueden darle información sobre la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento.

FUNDAMENTO MÉDICO DEL SUFRIMIENTO

El punto de partida de las CRV es que el médico debe adquirir el convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente, y que el sufrimiento esté basado en un fundamento médico (sentencia Brongersma, 2002). La enfermedad puede ser de naturaleza somática o psíquica (sentencia Chabot, 1994).

No es necesario que se trate de un solo problema médico dominante. El sufrimiento del paciente también puede ser consecuencia de una acumulación de enfermedades mayores y menores. Los pacientes pueden sufrir de forma insoportable por una acumulación de enfermedades. Además, cada paciente tiene un umbral diferente, a partir del cual considera el sufrimiento insoportable. El que los pacientes consideren sus enfermedades insoportables depende de su historial médico, de su biografía, de su personalidad, su patrón de valores y su umbral de aguante.

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

Si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad *potencialmente mortal*. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo) pueden ocasionar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. Una suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan puede ocasionar sufrimiento. Para estos pacientes, el sufrimiento y su consideración como insoportable también van aparejados con cuestiones como la biografía, la personalidad y el umbral de aguante.

De esta forma se diferencian, por ejemplo, una acumulación de enfermedades generalmente degenerativas de la problemática de la “vida agotada”, al menos cuando con esta última expresión se haga referencia a un sufrimiento sin fundamento médico. Al contrario de la problemática de la “vida agotada”, una acumulación de enfermedades propias de la vejez sí que tiene un fundamento médico.

> *Para más detalles sobre la “vida agotada”, véase el apartado 4.9.*

SUFRIMIENTO SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

El sufrimiento de un paciente se considera *sin perspectivas de mejora* si la enfermedad o afección que ocasiona el sufrimiento es incurable y también es imposible mitigar los síntomas para que el sufrimiento no sea insoportable. Para evaluar la ausencia de perspectivas de mejora, ocupan un lugar central el diagnóstico y el pronóstico. La ausencia de perspectivas de mejora se refiere a si existe una previsión real de que los síntomas desaparezcan o mejoren (por causas que no sean la eutanasia). Además, el médico debe tener en cuenta tanto la medida de mejora que puede conseguirse con el tratamiento, como la carga que dicho tratamiento puede conllevar para el paciente. La ausencia de

perspectivas de mejora debe evaluarse en relación con la enfermedad o afección del paciente y con los síntomas que conlleva. Se habla de ausencia de perspectivas de mejora cuando no existen para el paciente opciones de tratamiento razonables, curativas o paliativas, que hagan desaparecer el sufrimiento insoportable. La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar o reducir el sufrimiento (art. 2, párrafo 1, letra d WTL).

> *Para más detalles, véase el apartado 3.5.*

Los pacientes también emplean la expresión “sin perspectivas de mejora” para indicar que la imposibilidad de que se produzca ninguna mejora hace que el sufrimiento sea para ellos insoportable y, por eso, desean que termine dicho sufrimiento. En ese sentido, el que el paciente experimente que no existen perspectivas de mejora hace que el sufrimiento sea aún más insoportable.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE

En ocasiones es difícil determinar si existe sufrimiento insoportable, porque cada persona experimenta el sufrimiento de forma diferente. Lo que para algunos pacientes es todavía soportable, puede ser insoportable para otros. Lo que cuenta es la experiencia del paciente individual. El que los pacientes consideren su sufrimiento insoportable depende de su biografía y de su historial médico, de su personalidad, su patrón de valores y su umbral de aguante psíquico. Teniendo en cuenta el trayecto previo, el médico debe sentir y comprender que el sufrimiento es insoportable para ese paciente concreto. Por tanto, el médico no solo debe evaluar la situación, sino también ponerse en el lugar del paciente de que se trate.

La angustia por el deterioro próximo de la salud puede ser para el paciente un factor determinante de su sufrimiento. Puede tratarse de (angustia por) dolor creciente, de un deterioro en aumento, ansiedad o náusea, pero también de situaciones que afectan los valores fundamentales del paciente (autosuficiencia y dignidad). El sufrimiento real del paciente depende de la conciencia de que su situación solo puede empeorar y va a afectar negativamente y de forma progresiva a valores y circunstancias que son importantes para el paciente. Podemos pensar no solo en el cáncer, por ejemplo, sino también en la ELA, la EM, la demencia y la enfermedad de Parkinson.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

PUNTOS FUNDAMENTALES

- El sufrimiento debe tener un fundamento médico.
- El sufrimiento puede ser consecuencia de una acumulación de aspectos psíquicos o físicos.
- El sufrimiento puede ser consecuencia de síntomas derivados de una combinación de afecciones.
- El sufrimiento puede ser consecuencia de síntomas derivados de una acumulación de enfermedades propias de la vejez.
- Ausencia de perspectivas de mejora: no existen opciones de tratamiento curativas o paliativas para eliminar el sufrimiento insoportable (véase también el apartado 3.5).
- Sufrimiento insoportable: se trata del sufrimiento de “ese” paciente concreto (en relación con su historial vital y médico, su personalidad, su patrón de valores y su umbral de aguante). El sufrimiento debe ser para el médico patente y comprensible.
- La angustia por el deterioro futuro también puede formar parte del sufrimiento insoportable.
- El propio paciente debe experimentar el sufrimiento.

3.4. INFORMACIÓN AL PACIENTE

El médico debe haber informado al paciente sobre su situación y sobre sus perspectivas. Solo puede existir una petición bien meditada como las mencionadas en el art. 2, párrafo 1, letra a de la Ley WTL si el paciente está bien informado de la situación de su salud (cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico, posibilidades de tratamiento). La comisión evalúa si el médico ha informado suficientemente al paciente. El médico debe averiguar si el paciente ha recibido suficiente información y si ha comprendido bien la información facilitada. No puede asumirlo sin más, incluso en casos en que también hayan estado otros médicos implicados en el proceso de petición.

En el caso de una larga enfermedad con el paciente encamado, normalmente estará bien informado de su situación y perspectivas. También es posible que se comente la eutanasia en varias ocasiones. En otros casos, la petición de eutanasia puede ser bastante inesperada para el médico. Sobre todo en estos últimos casos, es importante que el médico se asegure de que el paciente conoce toda la información relevante. Esto está relacionado con el carácter trascendental de una petición de eutanasia.

INFORMACIÓN:**PUNTOS FUNDAMENTALES**

- Se ha informado al paciente sobre la situación de su salud y sus perspectivas.
- El médico constata que el paciente ha comprendido la información.

3.5. INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

El médico debe haber llegado 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 insostenible del paciente o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones.

La pregunta de si existen otras soluciones razonables debe ser evaluada teniendo en cuenta el diagnóstico y el pronóstico. En los casos en los que el médico no tiene suficientes conocimientos especializados para evaluar si existen otras alternativas razonables, está indicado que investigue si ha habido otros médicos especializados implicados en el tratamiento o que consulte a un colega con mayores conocimientos sobre el campo concreto. El cumplimiento de estos requisitos deberá reflejarse en el informe del médico.

En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto del médico y el paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay otra posibilidad real y razonable para el paciente de aliviar o eliminar el sufrimiento (no es necesario que se trate únicamente de una intervención médica). Las ventajas de la alternativa deben ser superiores a las desventajas. El término “razonable” implica entre otras cosas que existe una relación favorable entre el efecto que se puede lograr con la alternativa y la carga que va a suponer para el paciente. La mejora que puede alcanzarse con la alternativa también debe poder conseguirse en un periodo no muy largo; aquí también desempeña un papel la expectativa de vida del paciente. La posible carga para el paciente debe evaluarse partiendo de las circunstancias del caso concreto, como por ejemplo el número de tratamientos a que ya se ha sometido un paciente, los eventuales efectos adversos de un tratamiento, la fase en que se

encuentra la enfermedad del paciente y su edad, su situación médica y su umbral de aguante físico y psíquico. No es necesario que se intenten todas las posibilidades imaginables. En ocasiones, la conclusión es: “ya es suficiente”.

Una intervención complicada o de larga duración con un resultado limitado, normalmente no puede considerarse una “alternativa razonable”. Sí que lo es una intervención médica o un tratamiento que pueden reducir sustancialmente el sufrimiento o incluso eliminarlo durante un largo plazo. Naturalmente, un paciente con capacidad de expresar su voluntad tiene derecho a negarse a someterse al tratamiento o la intervención, pero esa negativa puede tener como consecuencia que no pueda accederse en ese momento a la petición de eutanasia del paciente.

La atención paliativa desempeña un importante papel al final de la vida del paciente. Pero un paciente puede tener buenos motivos para rechazar la atención paliativa, por ejemplo porque no quiere estar en un estado de aletargamiento o no quiere perder la consciencia. Es importante que el médico informe bien al paciente sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento paliativo, pero la decisión final de usar o no esta opción es del paciente.

En consecuencia, podemos hablar de que existe otra opción razonable:

- a. si conlleva una reducción considerable del sufrimiento insoportable del paciente;
- b. si tiene efectos dentro de un periodo razonable;
- c. si existe una relación aceptable entre las ventajas y los inconvenientes (efecto frente a carga).

El voto del paciente es muy importante para evaluar la pregunta de si una solución es “razonable”.

El médico debe indicar en su informe para la comisión si existían alternativas, cómo fueron comentadas con el paciente y por qué no eran razonables para el paciente.

INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Opinión común del médico y el paciente.
- Otra solución razonable: impacto esencial en el sufrimiento, efecto en un futuro próximo, durante un largo periodo, relación favorable entre ventajas y desventajas.
- Evaluar la carga para el paciente teniendo en cuenta sus circunstancias específicas.
- Si el paciente rechaza otra solución razonable, esto puede impedir que se practique la eutanasia.
- El que un paciente rechace la sedación paliativa no impide la práctica de la eutanasia.

3.6. ASESOR INDEPENDIENTE

Antes de practicar la eutanasia, el médico debe consultar como mínimo a otro médico independiente, que debe ver al paciente y evaluar si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados 3.2. a 3.5, de la letra “a” a la letra “d”. La Ley WTL no prescribe que el asesor se pronuncie sobre la diligencia de la práctica médica de la eutanasia (requisito de diligencia y cuidado f, véase a continuación el apartado 3.7.). No obstante, nada se opone a que el asesor, si es necesario, asesore al médico al respecto.

El asesor consultado emite un dictamen independiente sobre la pregunta de si considera que se han cumplido los primeros cuatro requisitos de diligencia y cuidado (de la letra “a” a la letra “d”) y redacta un informe escrito para el médico sobre dicho aspecto. Esta consulta sirve para fomentar un proceso de toma de decisión lo más cuidadoso posible. Ayuda al médico a averiguar si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado y a reflexionar sobre la petición de eutanasia antes de llegar a la decisión definitiva de practicarla. El médico debe conocer el informe del asesor y tenerlo en cuenta a la hora de sopesar si va a proceder a la eutanasia. El informe también es esencial para que la comisión dictamine si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. La comisión exige que el médico encargado solicite la consulta. Si el médico no cumple este requisito, la comisión espera que el médico lo explique en su informe

En ocasiones, el paciente está siendo tratado por varios médicos conjuntamente. En esas situaciones, puede ser que uno de ellos solicite la consulta y que sea otro de los médicos que tratan al paciente quien se encargue de llevar a cabo la eutanasia. Si el médico encargado no es el

médico que solicita la consulta, el médico encargado deberá ponerse en contacto con el asesor antes de proceder a la eutanasia, para comunicarle que va a llevar a cabo la eutanasia. En ese caso, el asesor y el médico encargado deberán declararse independientes con relación al otro. El médico encargado debe conocer el informe del asesor y tenerlo en cuenta a la hora de sopesar si va a proceder a la eutanasia.

No se trata de que el asesor evalúe al médico. Tampoco es tarea del asesor “autorizar” al médico. Se trata de que el asesor llegue a un dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado y que informe al médico al respecto de forma escrita y motivada.

Se recomienda que el médico independiente que se consulta como asesor sea lo que se conoce como un médico SCEN. SCEN significa: *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos). SCEN es un programa de la KNMG. Un médico SCEN está formado por la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y está disponible y dispuesto a realizar una evaluación independiente y experta en el marco de una petición de eutanasia. Los médicos SCEN también prestan apoyo y proporcionan información. Solo los médicos pueden solicitar la participación de un médico SCEN. La KNMG aprobó en 2012 una directriz para médicos SCEN, con el título Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia (*Goed steun en consultatie bij euthanasie*). El médico tiene un interés especialmente importante en que el informe de asesoramiento sea correcto y completo. Por ello, SCEN ha redactado una guía para el informe de asesoramiento (*Leidraad voor het consultatieverslag*, 2015). La KNMG también ha redactado un informe normalizado para los médicos SCEN (*Modelverslag voor SCEN-artsen*, 2022). Los documentos mencionados pueden encontrarse en scen.nl. Los médicos SCEN forman parte de un grupo regional SCEN que, entre otras cosas, se dedica a garantizar la calidad a través de la intervisión.

NECESIDAD DE INFORMACIÓN DEL MÉDICO EN UNA FASE TEMPRANA

El asesor independiente mencionado en la Ley WTL es aquel a quien el médico solicita un dictamen “amplio” sobre la siguiente pregunta: ¿se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el art. 2, párrafo 1, letras “a” a “d” de la Ley WTL (petición, sufrimiento, información, alternativas)? Normalmente, el paso de consultar con un asesor independiente se dará cuando el médico esté considerando seriamente acceder a la petición del paciente.

Pero también es posible que el médico tenga preguntas antes de iniciar el procedimiento de eutanasia. El médico también puede consultar a un médico SCEN (para recabar su apoyo) o pedir asesoramiento a otros

colegas o a un asesor sobre eutanasia del Centro Especializado de Eutanasia. Puede tratarse de dudas sobre el propio proceso (“¿Qué pasos debo dar?”), por ejemplo porque el médico tiene poca o ninguna experiencia con casos de eutanasia, pero también de factores del paciente (“¿Existen motivos para investigar la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a su petición de eutanasia?”, “¿Existen otras alternativas de tratamiento?”). Consultar acerca de este tipo de cuestiones con un médico SCEN, con otros colegas o con un asesor sobre eutanasia del Centro Especializado de Eutanasia no puede considerarse una “consulta” en el sentido de la ley. En este caso se trata de pedir un asesoramiento antes de llegar a la consulta que prescribe la ley.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO EN RELACIÓN CON EL ASESOR

Antes de llegar a una decisión definitiva de practicar la eutanasia, el médico debe conocer el informe del asesor. El médico debe dar una importancia considerable al dictamen del asesor. Si el médico y el asesor tienen opiniones diferentes, el médico puede decidir acceder a la petición del paciente. En ese caso, el médico deberá motivar suficientemente su decisión; tendrá que reflexionar explícitamente sobre la visión que haya aportado el asesor. Si existe una diferencia de opinión entre el médico y el asesor, el médico también puede consultar a otro asesor. Por otra parte, no se trata de que el médico siga buscando hasta que encuentre un asesor que esté de acuerdo con él.²² Un médico que consulte a varios asesores debe facilitar a la comisión todos los informes de los asesores, a través del forense.

El médico tiene un interés especialmente importante en que el informe de asesoramiento sea correcto y completo. Es posible que existan dudas sobre la calidad del informe de consulta del asesor, por ejemplo porque un asesor no ha evaluado todos los requisitos de diligencia y cuidado, porque sus conclusiones no están suficientemente motivadas o porque existen contradicciones internas en su informe. Un ejemplo de contradicción es que el asesor indique en su informe que el sufrimiento del paciente todavía no es insostenible o que no ha hecho una petición concreta, pero aun así concluye que se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. Si la calidad del informe del asesor es insuficiente, el médico debe pedir al asesor que modifique su informe. Si es necesario, el médico puede remitirse a las directrices redactadas por la KNMG/SCEN sobre las responsabilidades y el informe del asesor. Si la calidad sigue siendo insuficiente, deberá consultar con un segundo asesor.

²² Véase el apartado 23 de la directiva de la KNMG “Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia” (2012).

INDEPENDENCIA DEL ASESOR

Cuando se refiere al asesor, la ley habla de un “médico independiente”. En este contexto, independiente significa que el asesor está en condiciones de emitir un dictamen propio. Se trata además de la independencia con respecto al médico y al paciente. Por eso es importante que el asesor y el médico traten en sus informes su relación mutua y que el asesor trate en su informe su relación con el paciente.

La independencia que se exige al asesor *con respecto al médico* implica que no exista ninguna relación personal, organizativa, jerárquica o financiera entre ellos. Por ejemplo, no puede actuar como asesor un compañero de consulta, un miembro de la misma sociedad civil, un familiar o un médico que tenga una relación de dependencia con el médico que solicita el asesoramiento (que puede ser financiera o de otro tipo, como por ejemplo un asistente de un médico). Tampoco se acepta a un asesor que sea médico o paciente del médico encargado.²³

También puede existir falta de independencia si ambos médicos actúan regularmente juntos, alternando los papeles de médico encargado y asesor, cuando en el trayecto previo a una eutanasia el médico SCEN ha prestado un apoyo que va más allá del mero asesoramiento e información, o si el médico y el asesor se tratan en el ámbito privado (el trato personal suscita preguntas sobre la independencia mutua de ambos profesionales). El que el médico y el asesor se conozcan, por ejemplo de un grupo de intervisión, no supone ningún problema. Si ambos médicos se conocen de un grupo de sustitución de turnos, la posibilidad de que el asesor emita un dictamen independiente dependerá de la situación concreta. Lo importante es que el médico y el asesor sean conscientes de la situación y que incluyan en el informe su opinión motivada al respecto.

La independencia del asesor *con respecto al paciente* implica, entre otras cosas, que no exista ninguna relación (familiar) mutua o amistad entre el asesor y el paciente y que el asesor no esté (también) encargado del tratamiento del paciente o lo haya estado recientemente. Un contacto único entre el médico y el paciente en el marco de una sustitución de turnos no tiene por qué ser un problema. Dependerá de la naturaleza del contacto y del momento en que se produjo.

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”. En esos casos, las comisiones esperan que el médico o los médicos consulten a un asesor diferente para cada uno de los miembros de la pareja. Esto es necesario para garantizar que ambas peticiones de eutanasia se evalúan por

²³ Véanse los dictámenes 2020-151 y 2021-71 (el asesor está registrado como paciente del médico) en el sitio web de las CRV.

separado. Ambos asesores deben asegurarse de que no existe ninguna presión de un miembro de la pareja sobre (la petición de eutanasia de) el otro.

CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y EXPERIENCIA DEL ASESOR

Las comisiones prefieren que un asesor se asigne de forma aleatoria, según los turnos de los médicos SCEN. Normalmente, el asesor dispone de suficientes conocimientos y experiencia para poder evaluar la notificación correspondiente. No obstante, si el asesor tiene alguna duda, es importante que lo comente con el médico.

Para poder formarse una opinión adecuada sobre los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la petición, más concretamente sobre la capacidad de expresar la voluntad con respecto a la petición de eutanasia, sobre el sufrimiento sin perspectivas de mejora o sobre la inexistencia de otra solución razonable, en algunos casos será necesario que el médico, además del asesoramiento del asesor (el médico SCEN normal), también obtenga asesoramiento de un médico independiente con una especialidad concreta (psiquiatra, geriatra, y similares). Esto sucederá principalmente si desempeña algún papel una enfermedad mental, la demencia o una discapacidad intelectual, pero también puede ser necesario en otro tipo de situaciones (por ejemplo, si el médico tiene una duda razonable sobre la capacidad de un paciente de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia).

- > Véanse más detalles sobre la consulta de un experto para pacientes con una enfermedad mental, demencia o una discapacidad intelectual, apartados 4.1 y del 4.3. al 4.5.

PUNTO DE PARTIDA: EL ASESOR VISITA AL PACIENTE Y HABLA CON ÉL

La ley dispone que el asesor debe ver al paciente.²⁴ En la inmensa mayoría de los casos, se tratará de una combinación de ver al paciente y conversar con él. El punto de partida es que el asesor también vea al paciente a solas. Puede ser que cuando el asesor visite al paciente, este ya no esté en condiciones de hablar. Si el médico puede prever una evolución así, lo aconsejable es que avise al asesor para que acuda antes. En caso necesario, puede haber contacto telefónico posterior entre el médico y el asesor. Si el paciente ya no está en condiciones de hablar cuando le visite el asesor, el asesor deberá emitir su dictamen partiendo de otros hechos y circunstancias relevantes. También puede ser práctico recibir información adicional del médico y (en su caso) de la familia y del

²⁴ Normalmente, “ver” al paciente significa: “visitar” al paciente. En las islas BES, esto puede suponer un problema y puede optarse, por ejemplo, por una videollamada entre el asesor y el paciente, a través de Internet.

personal sanitario. La ley no exige que el asesor siempre pueda comunicarse con el paciente (verbalmente o por otros medios). Esto se deriva también de la posibilidad legal de acceder a una petición de eutanasia en casos en los que el paciente ya no puede comunicarse, pero ha redactado anteriormente una declaración de voluntad por escrito.

- > *Véanse más detalles sobre la declaración de voluntad por escrito, en el apartado 4.1.*
- > *Para más detalles sobre el coma y la disminución del estado de consciencia, véase el apartado 4.7.*

También puede suceder que el asesor visite al paciente muy poco antes de la práctica de la eutanasia, en ocasiones el mismo día del fallecimiento. Las circunstancias del caso y, sobre todo, un empeoramiento grave e inesperado de la situación del paciente, pueden hacer que esto sea inevitable. Del informe del médico debe desprenderse que ha conocido las conclusiones del asesor antes de proceder a la eutanasia.

SEGUNDA CONSULTA AL ASESOR

No es excepcional que transcurra cierto tiempo entre la visita del asesor al paciente y la eutanasia. Normalmente, esto no supone un problema. La ley no dice nada sobre el “periodo de validez” de un informe de un asesor. En general, el informe sigue siendo aplicable mientras no cambien esencialmente las circunstancias del paciente y el cuadro clínico progresa de la forma esperada. Además, normalmente se trata de días o semanas, no de meses. A medida que aumenta el periodo de tiempo entre la visita del asesor y la práctica de la eutanasia, lo más lógico es que exista un nuevo contacto entre el médico y el asesor y, si no se produce dicho contacto, esto suscitará preguntas en la comisión. En ocasiones, el asesor deberá visitar al paciente una segunda vez. También habrá casos en que sea suficiente con que el médico y el asesor o el asesor y el paciente mantengan un contacto telefónico. No se han dado normas específicas sobre estas cuestiones. El médico es quien lo debe evaluar, teniendo en cuenta las conclusiones previas del asesor y los cambios posteriores que se han producido en el paciente. Si es necesario, el médico puede consultarlo con la comisión.

Es frecuente que el asesor visite al paciente cuando la petición todavía no es actual y el sufrimiento no es (aún) insoportable. En esos casos, el asesor deberá emitir un dictamen en el que constate que todavía no se cumplen todos los requisitos de diligencia y cuidado. En determinados casos, el asesor puede indicar con bastante precisión cuál es la evolución esperada y cuándo se cumplirán todos los requisitos. También en esas situaciones suele ser suficiente que exista un contacto telefónico entre el médico y el asesor en el momento en que se produzca la petición efectiva y el sufrimiento sea insoportable. Si la situación no es tan clara, lo normal es

que el asesor vuelva a visitar al paciente. En algunos casos, es suficiente un contacto telefónico entre el asesor y el paciente.

En principio, será necesaria una segunda visita del asesor al paciente:

- si el asesor visita al paciente en una fase temprana y constata que todavía no existe un sufrimiento insoportable;
- si el asesor constata que se han cumplido los requisitos, pero el tiempo transcurrido entre la consulta y la práctica de la eutanasia es muy largo, o si ha habido cambios que no estaban previstos en el momento de la redacción del informe.

Si ya no es posible contactar con el mismo asesor, puede consultarse a un asesor distinto. En principio, ese asesor también deberá ver al paciente y, si es posible, hablar con él. El asesor también deberá redactar un informe de ese segundo contacto, en su caso como *addendum* del primer informe.

LAS COMISIONES Y EL ASESOR

Las comisiones controlan los actos del médico encargado, no los del asesor.²⁵ La comisión sí que puede pedir al asesor que responda a las preguntas de la comisión, por escrito o en una conversación. Eso sucede algunas veces.

Las comisiones y la KNMG/SCEN tienen contacto una vez al año sobre la calidad de las consultas y los informes de asesoramiento en general.

Si la comisión tiene críticas graves sobre la calidad de un informe de asesoramiento, puede expresar su opinión directamente al asesor en cuestión, por teléfono o por escrito. Esto suele suceder principalmente si un asesor redacta repetidamente informes que suscitan (normalmente el mismo tipo de) preguntas. Como el médico encargado es el responsable final de que exista un informe (de asesoramiento) de suficiente calidad, la comisión también envía al médico una copia de estas reacciones. Si la calidad de los informes de asesoramiento sigue siendo insuficiente incluso después de dichas advertencias y reacciones, la comisión puede notificar este problema a la KNMG/SCEN, indicando el nombre del médico SCEN.

²⁵ La KNMG ha creado una comisión de reclamaciones para médicos SCEN. Los interesados pueden presentar quejas ante dicha comisión sobre la actuación de los médicos SCEN.

**ASESOR INDEPENDIENTE:
PUNTOS FUNDAMENTALES**

- Consultar a un colega sobre aspectos parciales no es una consulta formal como la que menciona la ley.
- Consulta formal: el asesor debe ser independiente.
- El punto de partida es que el asesor vea al paciente y hable con él; si la comunicación es imposible, puede ser suficiente con que vea al paciente.
- En determinadas circunstancias, sobre todo debido al transcurso del tiempo, puede ser necesario consultar nuevamente al asesor (o, si no está disponible el mismo asesor, a otro distinto).
- En su informe, el asesor dedica atención explícita a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo 1, letras de la “a” a la “d”, de la Ley WTL.
- Antes de la práctica de la eutanasia, el médico debe conocer en detalle el informe del asesor y su dictamen debe tener un gran peso en la decisión final.

3.7. REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Si se llega finalmente a la eutanasia, el médico debe llevarla a cabo 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 de la disminución inducida de la consciencia del paciente. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las comisiones aplican como guía la Directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*) de 2021 (en lo sucesivo: la directriz). Dicha directriz ofrece asesoramiento a médicos y farmacéuticos sobre una realización práctica adecuada y eficaz de la eutanasia y la ayuda al suicidio. La directriz indica las sustancias que son la primera elección, y también menciona sustancias desaconsejadas.

GENERAL

A continuación y con relación a la práctica de la eutanasia se hace una diferenciación entre la terminación de la vida a petición del paciente (= el médico administra las sustancias) y la ayuda al suicidio (= el paciente es quien se toma las sustancias que le facilita el médico). Hay normas que se aplican a ambos casos. En este sentido, es importante que el médico consigne en su informe las sustancias utilizadas, la dosis y la forma de administración y describa el tiempo transcurrido. De acuerdo con la directriz, el médico debe disponer de una dosis de emergencia de

sustancias y de materiales para administrar dicha dosis de emergencia, para el caso de que algo vaya mal con el primer lote. El médico no puede dejar en el domicilio del paciente la sustancia que se va a emplear para practicar la eutanasia, antes de la terminación de la vida a petición del paciente o de la ayuda al suicidio, para evitar que el paciente u otras personas puedan administrar o ingerir las sustancias sin la presencia del médico. Debido a la necesidad de que se puedan verificar los actos del médico, deberá administrar todas las sustancias al paciente el mismo médico.

TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE: ORDEN Y DOSIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS

En el caso de la terminación de la vida a petición del paciente, la directriz parte de la administración intravenosa de una sustancia que induzca el coma, seguida de la administración intravenosa de un bloqueador neuromuscular. La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá poder motivarlo suficientemente. Es aconsejable que, antes de practicar la eutanasia, el médico comente con el paciente y con su familia los efectos de las sustancias que va a utilizar. Es importante respetar los deseos individuales del paciente, en la medida en que sea posible y siempre que dichos deseos se incluyan en el marco de la directriz

TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE: COMPROBACIÓN ADECUADA DE UNA DISMINUCIÓN SUFICIENTE DE LA CONSCIENCIA

Debe evitarse que el médico administre el bloqueador neuromuscular antes de que disminuya suficientemente la consciencia del paciente. De lo contrario, el paciente podría sentir los efectos negativos del bloqueador neuromuscular. Antes de administrar el bloqueador neuromuscular, el médico debe comprobar adecuadamente que la consciencia del paciente ha disminuido suficientemente. También debe responder la pregunta correspondiente en el informe normalizado.

Las CRV consideran que existe una comprobación adecuada de una disminución suficiente del nivel de consciencia del paciente si el médico ha comprobado que no existe ninguna reacción a un reflejo de defensa (reflejo en pestañas o córnea), o una reacción a un estímulo doloroso²⁶ (aplicar una fuerte presión en la parte proximal de la uña o pellizcar el trapecio).

En caso de duda, las comisiones investigarán la medida en que el médico ha comprobado el grado de disminución de la consciencia y de qué forma lo ha hecho.

26 La administración de un estímulo doloroso puede ser traumática para los allegados.

TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE: REALIZACIÓN A CARGO DEL PROPIO MÉDICO

No está permitido que el médico permita a un familiar o a un tercero que administre la sustancia para practicar la eutanasia, por ejemplo a través de una sonda gástrica (PEG). El médico debe llevar a cabo personalmente todas las partes del proceso, y no puede delegarlo en otros (como, por ejemplo, un enfermero). Esto implica también que el médico esté presente y permanezca con el paciente hasta que se produzca la muerte y concluya la consulta con el forense.²⁷

AYUDA AL SUICIDIO: SUSTANCIAS Y DOSIS

La ayuda al suicidio implica que el médico entregue al paciente la sustancia (un barbitúrico), para que sea el propio paciente quien la ingiera. Aquí no se aplican las dos fases antes descritas (primero disminuir suficientemente el nivel de consciencia del paciente y después administrar un bloqueador neuromuscular). Antes de la ayuda al suicidio, el médico debe suministrar al paciente una sustancia contra los vómitos y la náusea. La naturaleza y la dosis de las sustancias que se emplean en la ayuda al suicidio también se encuentran en la directriz.

AYUDA AL SUICIDIO: EL MÉDICO PERMANECE MUY PRÓXIMO AL PACIENTE

Si el paciente así lo desea, el médico puede abandonar la habitación después de que el paciente haya ingerido la sustancia. No obstante, el médico deberá permanecer en el entorno directo del paciente, porque es muy importante para poder intervenir si se producen complicaciones (por ejemplo, si el paciente vomita el barbitúrico). Puede suceder que sea necesario que el médico proceda a la terminación activa de la vida del paciente. También puede suceder que el paciente no fallezca tras ingerir la bebida con el barbitúrico. En ese caso, tras un cierto tiempo, el médico deberá proceder a la terminación activa de la vida del paciente. Deberá comentar previamente esa posibilidad con el paciente y con su familia, y también deberá acordar con el paciente un periodo de tiempo después del cual se procederá a la terminación de la vida. En los casos de ayuda al suicidio, el médico debe colocar previamente una vía al paciente y llevar consigo las sustancias para la terminación de la vida. Después de la ayuda al suicidio, el médico debe estar presente hasta que el paciente fallezca y concluya la consulta con el forense.²⁸

27 Véase el dictamen 2021-81 en el sitio web de las CRV; en ese caso, el médico abandonó al paciente después de haberle administrado una parte de las sustancias para practicar la eutanasia, con el fin de traer una aguja de reserva, dejando el bloqueador neuromuscular con el paciente y la familia.

LA RELACIÓN ENTRE EL MÉDICO Y EL FARMACÉUTICO

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 recibe realmente las sustancias y las dosis correctas.

Es importante que el farmacéutico tenga suficiente tiempo para poder considerar los aspectos farmacéuticos, como las sustancias y el método más adecuados. En consecuencia, el médico y el farmacéutico deben contactar con suficiente antelación.

Al igual que el médico, el farmacéutico no tiene obligación de colaborar en una eutanasia.

TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Sucesivamente:
 - El médico administra una sustancia que induce el coma;
 - Se comprueba que la consciencia del paciente está suficientemente disminuida;
 - El médico administra un bloqueador neuromuscular.
- El médico permanece hasta constatar la muerte, hasta que acuda el forense y concluya la consulta con dicho profesional.
- Sustancias y dosis que se utilizan, forma de administración y comprobación adecuada de la disminución suficiente de la consciencia del paciente: Directriz KNMG/KNMP 2021.
- El médico lleva consigo una dosis de emergencia de sustancias de administración intravenosa y materiales para administrar dicha dosis de emergencia.

AYUDA AL SUICIDIO CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA:

PUNTOS FUNDAMENTALES

- Sucesivamente:
 - comentar con el paciente y la familia el tiempo que va a transcurrir y la eventual terminación de la vida;
 - colocar previamente una vía y administrar sustancia contra los vómitos;
 - el médico entrega la bebida con el barbitúrico;
 - el médico está presente o permanece en las proximidades hasta constatar la muerte, hasta que acuda el forense y concluya la consulta con dicho profesional.
- Sustancias y dosis que se utilizan, forma de administración: Directriz KNMG/KNMP 2021.
- El médico lleva consigo una dosis de emergencia de sustancias de administración intravenosa y materiales para administrar dicha dosis de emergencia.

ALGUNAS CUESTIONES ESPECIALES

4

4.1. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO

El art. 2, párrafo 2 de la Ley WTL establece que un paciente que tenga capacidad de expresar su voluntad sobre esta cuestión, puede redactar una declaración por escrito en la que solicite la eutanasia (que se denominará en lo sucesivo: declaración de voluntad por escrito). Si, posteriormente, el paciente ya no puede expresar su voluntad con respecto a la eutanasia (por ejemplo, como consecuencia de demencia avanzada o de disminución del estado de consciencia), el médico puede considerar la declaración escrita de voluntad como la petición a que se refiere al art. 2, párrafo 1, letra a de la Ley WTL. De esta forma, la declaración de voluntad por escrito tiene la misma categoría que una petición verbal de eutanasia.²⁹

La ley no exige que una declaración de voluntad por escrito tenga un determinado periodo de vigencia o deba ser actualizada con cierta regularidad. No obstante, cuanto más antigua sea la declaración de voluntad, más dudas pueden existir sobre si dicha declaración sigue reflejando lo que quiere realmente el paciente. Se podrá dar más valor a la declaración en los casos en que el paciente haya actualizado la declaración de voluntad o haya confirmado verbalmente el contenido de la declaración después de haberla redactado, que cuando eso no suceda. Es importante que el paciente describa, en la medida de lo posible, las circunstancias concretas en que desea que se lleve a cabo la terminación de la vida. Es responsabilidad del paciente comentar con el médico la declaración de voluntad en el momento de su redacción y de su actualización. El médico debe incluir esa información en el expediente. También es aconsejable para el paciente que entregue la declaración de voluntad al médico, para que pueda incluirla en el expediente. Una declaración de voluntad no tiene por qué tener una forma determinada; el paciente puede redactarla con sus propias palabras. Una declaración redactada personalmente por el paciente, en la que indica sus preferencias usando sus propias palabras, suele tener más significado que un formulario previamente impreso. No es necesario que el paciente consigne la declaración de voluntad ante notario, en un testamento vital.

29 Véase la carta del ministro de Sanidad, Bienestar y Deportes de fecha 4 de julio de 2014 sobre la declaración de voluntad por escrito en casos de eutanasia.

REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO “APLICABLES POR ANALOGÍA”

El art. 2, párrafo 2 de la Ley WTL establece que, en el caso de una declaración de voluntad por escrito, se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el art. 2, párrafo 1 de la Ley WTL. Según el historial de la tramitación parlamentaria de la ley, esto significa que los requisitos de diligencia y cuidado “se apliquen a la situación concreta tanto como sea posible”.³⁰ En otras palabras: el médico debe dar un contenido a los requisitos de diligencia y cuidado que sea acorde con las particularidades de esos casos. Debe tener en cuenta las circunstancias específicas, como el hecho de que ya no sea posible la comunicación con el paciente y que el paciente ya no pueda responder a preguntas. Normalmente, el médico ya habrá tenido contacto con el paciente cuando todavía estaba en condiciones de expresar su voluntad con respecto a la eutanasia. Si después se produce una situación en la que va a desempeñar un papel la declaración escrita de voluntad, la información de los anteriores contactos verbales con el paciente puede ser especialmente valiosa para el médico.

En los casos de eutanasia conforme a una declaración de voluntad por escrito, se aplican por analogía los requisitos de diligencia y cuidado. Sobre este aspecto se puede señalar lo siguiente:

A. EL MÉDICO DEBE HABER LLEGADO AL CONVENCIMIENTO DE QUE LA PETICIÓN DEL PACIENTE ES VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

El médico debe haber llegado al convencimiento de que el paciente redactó en su momento la declaración de voluntad por escrito de forma voluntaria y bien meditada. El médico deberá basarse en su propia evaluación del historial médico y en la situación concreta del paciente. Cuando ya no es posible que el paciente verifique verbalmente sus deseos, otras fuentes importantes de información son sus conversaciones con otros profesionales sanitarios que tengan o hayan tenido una relación terapéutica con el paciente y con los allegados del paciente.

Además, el médico debe constatar que la situación actual del paciente se corresponde con la situación que el paciente esbozó en su declaración de voluntad por escrito. Esto exige en primer lugar que se determine cuál es el contenido de la declaración de voluntad por escrito. El médico debe interpretar la declaración de voluntad por escrito con el fin de averiguar cuál era la intención del paciente. Para ello, el médico debe fijarse en todas las circunstancias del caso, y no solo en las palabras literales de la solicitud. Existe pues espacio para interpretar la declaración de voluntad por escrito. No obstante, las expresiones poco claras o las contradicciones

³⁰ Según la explicación de la enmienda que llevó a incluir en el artículo 2, párrafo 2 de la Ley WTL el fragmento “se aplicarán por analogía” (Documentos parlamentarios II, 26691, n.º 35).

esenciales en la declaración de voluntad por escrito pueden conllevar que no pueda accederse a una petición de eutanasia.

En cualquier caso, la declaración de voluntad por escrito debe incluir, como mínimo, que el paciente solicita la eutanasia si se encuentra en una situación en la que ya no pueda expresar su voluntad con respecto a la eutanasia. Si el paciente también desea que accedan a su petición aunque no exista un sufrimiento insoportable como consecuencia de su enfermedad física, de la declaración de voluntad por escrito deberá desprenderse también que el paciente considera insoportable su sufrimiento psíquico (esperado) en dicha situación y que ese es el motivo de su petición.

El médico deberá evaluar si existen contraindicaciones que impidan que se lleve a cabo la eutanasia. El médico puede interpretar que las contraindicaciones provenientes del periodo en el que el paciente todavía podía expresar su voluntad con respecto a la eutanasia constituyen una retirada o una modificación de la anterior declaración de voluntad por escrito. En ese caso, no se podrá practicar la eutanasia. Las contraindicaciones provenientes del periodo en el que el paciente ya no podía expresar su voluntad con respecto a la eutanasia (por ejemplo, por demencia avanzada) ya no pueden considerarse una retirada o una modificación de la anterior declaración de voluntad por escrito. El médico sí que puede interpretarlas como una indicación que, vista en conjunto con todo el cuadro clínico y el comportamiento del paciente, es relevante para evaluar el estado físico y psíquico actual del paciente. Su condición puede ser tal que el médico se vea obligado a llegar a la conclusión de que no existe la situación prevista por el paciente en el momento de formular su petición, en la cual desearía que se acabara su vida. Este sería por ejemplo el caso cuando expresiones verbales claras o comportamientos coherentes del paciente no coincidan con lo que recoge la solicitud. El estudio del médico de las circunstancias que pueden señalar la existencia de contraindicaciones es también importante para evaluar si el sufrimiento del paciente es insoportable.

El médico debe esforzarse por comunicarse con el paciente de forma significativa, entre otras cosas sobre el propósito de llevar a cabo la eutanasia. El médico no está obligado a preguntar sobre un deseo actual de vivir o morir de un paciente que ya no puede expresar su voluntad sobre esa cuestión. Con ello se impondría un requisito que no contempla la ley. La posición específica de un paciente que ya no puede expresar su voluntad con respecto a la eutanasia conlleva la imposibilidad de verificar verbalmente su deseo y su padecimiento. Si se exigiera esa verificación, dejaría de tener valor la declaración de voluntad por escrito. De hecho, una petición escrita de eutanasia está pensada para las situaciones en que la persona que haya redactado la declaración ya no está en condiciones de expresar su voluntad con respecto a la eutanasia.

B. EL MÉDICO DEBE HABER LLEGADO AL CONVENCIMIENTO DE QUE EL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE ES INSOPORTABLE Y QUE NO TIENE PERSPECTIVAS DE MEJORA

En el momento de la realización de la eutanasia, el médico debe haber llegado al convencimiento de que el paciente sufre de forma insoportable.³¹ Puede tratarse de un sufrimiento insoportable debido a una enfermedad física, pero también puede existir un sufrimiento insoportable si el paciente se encuentra en la situación (esperada) que describe en su declaración de voluntad por escrito como de sufrimiento insoportable y si del comportamiento duradero del paciente se puede deducir que sufre de forma insoportable. La mera circunstancia de que el paciente se encuentre en la situación descrita en la declaración de voluntad por escrito no es suficiente para concluir que existe realmente un sufrimiento insoportable. El médico deberá poder constatar (con el mayor cuidado y de forma motivada) que existe realmente un sufrimiento insoportable del paciente. Esto requiere una evaluación cuidadosa del estado actual del paciente, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso concreto. El médico deberá responder a la pregunta sobre la gravedad del sufrimiento del paciente de acuerdo con sus conclusiones sobre la situación del paciente. El médico podrá basarse en su propia evaluación del historial médico y en la situación concreta del paciente. Además, pueden tenerse en cuenta todas las expresiones (no) verbales del paciente. También es importante consultar con otros profesionales sanitarios que tengan o hayan tenido una relación terapéutica con el paciente y consultar con familiares y allegados del paciente. Si el médico no está convencido de que existe un sufrimiento insoportable real del paciente, no se puede llevar a cabo la eutanasia.

La constatación de si realmente existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora es una opinión profesional médica y, por consiguiente, está reservada al médico. El control posterior de si el médico pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable no es más que una verificación de si el médico pudo llegar razonablemente a la conclusión de que existía un sufrimiento insoportable

C. EL MÉDICO HA INFORMADO AL PACIENTE SOBRE LA SITUACIÓN EN QUE SE ENCUENTRA Y SOBRE SUS PERSPECTIVAS DE FUTURO

El médico debe haber llegado al convencimiento de que el paciente fue informado en su momento sobre su situación y perspectivas, y sobre el significado y las consecuencias de su declaración de voluntad por escrito. Asimismo, el médico debe esforzarse en comunicarse realmente con el

31 Véase una excepción a la regla de que el paciente debe experimentar sufrimiento en el apartado 4.7.

paciente (dentro de las limitaciones que son consecuencia inmediata del estado del paciente).

D. EL MÉDICO HA LLEGADO AL CONVENCIMIENTO, JUNTO CON EL PACIENTE, DE QUE NO EXISTE NINGUNA OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE PARA LA SITUACIÓN EN QUE SE ENCUENTRA ESTE ÚLTIMO

El médico debe llegar al convencimiento de que tanto desde el punto de vista médico, como teniendo en cuenta la declaración de voluntad por escrito del paciente, no existe ninguna otra solución razonable para la situación en que se encuentra el paciente. Para ello, el médico deberá partir de su propia evaluación del historial médico y de la situación concreta del paciente, consultar con otros sanitarios que tengan o hayan tenido una relación terapéutica con el paciente y consultar con familiares y allegados del paciente. Como el paciente ya no puede expresar su voluntad con respecto a la eutanasia, se concede mucha importancia a lo que el paciente ha incluido al respecto en su declaración escrita de voluntad y a lo que ha dicho sobre esta cuestión cuando todavía era posible la comunicación.

E. LA CONSULTA CON AL MENOS 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".

Este requisito es igualmente aplicable en casos de eutanasia de un paciente que ya no puede expresar su voluntad con respecto a la eutanasia. La ley prescribe que el asesor vea al paciente. Y eso también es necesario en esta situación. Probablemente, no existirá prácticamente ninguna comunicación con significado entre el asesor y el paciente. Esto significa que, para poder llegar a un dictamen, el asesor debería utilizar información del médico e información adicional de otras personas, además de su propia observación. También puede usar el expediente del paciente y la información verbal del médico, cartas de especialistas, el contenido de la declaración de voluntad y de entrevistas con allegados o cuidadores

El hecho de que el paciente ya no pueda expresar su voluntad con respecto a la eutanasia será normalmente motivo para consultar a un segundo médico independiente, con conocimientos y experiencia específicos sobre el cuadro clínico concreto (como un geriatra, un especialista en geriatría o un internista-geriatra, un psiquiatra de personas mayores o un neurólogo). Partiendo de su propio estudio, el experto deberá emitir un dictamen sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a su petición de eutanasia, el sufrimiento insoportable del paciente, la ausencia de perspectivas de mejora, y las eventuales alternativas razonables. Por lo que se refiere a la

posición del experto independiente, debe señalarse que se le aplicarán por analogía las condiciones y exigencias recogidas en el apartado 3.6, sobre la independencia del asesor. Lo lógico es que el médico también dé oportunidad al asesor y al experto de pronunciarse sobre la forma concreta en que el médico tiene previsto practicar la eutanasia.

Si la calidad de los informes del asesor (SCEN) o del experto independiente no es la deseada, el médico deberá pedir al asesor (SCEN) o al experto independiente que modifiquen su informe. Si la calidad sigue siendo insuficiente, deberá consultar con un segundo asesor (SCEN) o experto independiente.

Si las opiniones del asesor (SCEN) o del experto independiente difieren de la opinión del médico, este deberá reflexionar explícitamente sobre la visión que han aportado esos otros profesionales. Además, lo lógico es que se consulte en ese caso a un segundo asesor (SCEN) o experto independiente, en aras de una mayor precaución y diligencia.

> *véanse también el apartado 3.6. y el apartado 4.7.*

F. LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Es parte de la diligencia de la práctica médica el preparar y llevar a cabo la eutanasia de forma que el médico tenga en cuenta un posible comportamiento irracional o imprevisible del paciente, como consecuencia de su enfermedad. La eutanasia debe llevarse a cabo de la forma más cómoda posible para el paciente. Si existen señales de que un paciente incapaz de expresar su voluntad con respecto a la eutanasia puede mostrar intranquilidad, agitación o agresividad mientras se lleva a cabo la eutanasia, el médico puede considerar conveniente administrar una medicación previa (basándose siempre en criterios médicos).

El punto de partida es que el médico se esfuerce en comunicarse realmente con el paciente sobre el momento y la forma en que se va a llevar a cabo la eutanasia, incluida la eventual administración de medicación previa, a menos que esto sea perjudicial para el paciente (por ejemplo, porque una conversación sobre esta cuestión produce una gran agitación o intranquilidad del paciente). No obstante, si se constata que estas cuestiones superan la capacidad de entendimiento del paciente y que, en consecuencia, ya no es posible comunicarse con el paciente de forma significativa sobre esta cuestión, no será necesario que el médico consulte con el paciente sobre dichos temas. No tendría sentido una conversación sobre la cuestión y posiblemente ocasionaría también agitación e intranquilidad en el paciente. Durante sus contactos con el paciente, el médico debe estar atento a las posibles contraindicaciones para la eutanasia.

> *Véase también el apartado 4.4: pacientes con demencia.*

> *Véase también el apartado 4.7: coma y disminución del estado de consciencia.*

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO: PUNTOS DE ATENCIÓN

- ¿El paciente ya no está en condiciones de expresar su voluntad con respecto a la eutanasia?
- ¿Tenía el paciente capacidad de expresar la voluntad con respecto a la eutanasia cuando formuló su petición en su declaración de voluntad por escrito?
- ¿Se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado en la medida en que lo permite la situación concreta? El médico debe interpretar los requisitos de diligencia y cuidado de forma acorde con las particularidades del caso concreto.
- ¿Coincide la situación actual del paciente con la situación que esbozó en su declaración de voluntad por escrito? El médico puede interpretar la declaración de voluntad por escrito con el fin de averiguar cuál era la intención del paciente.
- ¿Existen contraindicaciones que impidan la realización de la eutanasia?
- ¿Existe un sufrimiento insoportable real?
- ¿Se ha consultado a un experto en la enfermedad del paciente (además de a un asesor)?
- ¿Está indicado administrar medicación previa? Si no es posible una comunicación significativa con el paciente, el médico no necesita consultar con el paciente sobre la forma de llevar a cabo la eutanasia (incluida la administración de medicación previa).

4.2. PACIENTES MENORES DE EDAD

La Ley WTL se aplica a la práctica de la eutanasia en personas a partir de los doce años de edad. La ley impone varios requisitos adicionales cuando se trata de menores de edad:

- se debe considerar que el menor puede valorar razonablemente sus intereses a este respecto;
- en el caso de un menor de entre doce y dieciséis años de edad, además de la petición del paciente se exige la autorización de un progenitor (o de los dos progenitores) que ejerza (o ejerzan) la patria potestad del menor o bien de su tutor (art. 2, párrafo 4 WTL);
- en caso de un menor de dieciséis o diecisiete años de edad, se exige que el (los) progenitor(es) que ejerza o ejerzan la patria potestad del menor o bien su tutor participen en la adopción de la decisión; no se necesita su autorización (art. 2, párrafo 3 WTL).

En ambos casos, se aplican también por supuesto los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el apartado 3. Los requisitos legales

relativos a la participación en la toma de la decisión del progenitor o progenitores o el tutor también se aplican si la petición del menor se realiza mediante una declaración de voluntad por escrito.³²

No suelen recibirse notificaciones de eutanasia de menores de entre doce y dieciocho años de edad.

4.3. PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL

Si la petición de eutanasia se deriva (en gran medida) del sufrimiento que causa una enfermedad mental, se pide a los médicos que apliquen un cuidado especial. En este tipo de casos, suele tratarse de problemas complejos y es necesaria la colaboración de expertos específicos. El cuidado especial se refiere principalmente a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición de eutanasia, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la existencia o no de otra solución razonable.

Al evaluar la petición, se trata de que el médico descarte que la capacidad de juicio del paciente se ha visto afectada por la enfermedad mental. Si la capacidad de juicio del paciente con relación a la petición es insuficiente, no puede hablarse de una petición voluntaria y bien meditada. El médico debe fijarse en que el paciente pueda comprender información relevante, tenga conocimientos sobre su enfermedad y sea inequívoco en sus consideraciones.

> Véase también el apartado 3.2.

Cuando se trata del sufrimiento sin perspectivas de mejora y de la inexistencia de otra solución razonable, el médico debe estudiar detenidamente si todavía existen posibilidades de aliviar o eliminar el sufrimiento del paciente. Ese es el caso sobre todo cuando el paciente es relativamente joven y todavía podría vivir muchos años.³³ Si el paciente rechaza una alternativa razonable, entonces ya no puede hablarse de un sufrimiento sin perspectivas de mejora. Pero tampoco se trata de que el paciente deba someterse a todos los tratamientos e intervenciones imaginables

> Véase también el apartado 3.5.

32 El art. 2, párrafo 2 de la Ley WTL menciona la edad de dieciséis años. Según la última parte del art. 2, párrafo 4, también pueden redactar una declaración de voluntad por escrito los pacientes de entre doce y dieciséis años de edad.

33 Véanse las notificaciones 2016-41 y 2016-78 del Informe Anual de las CRV 2016. Ambas notificaciones están publicadas en el sitio web de las CRV: euthanasiecommissie.nl. Tratan de una mujer entre los 40-50 años y de un hombre entre los 30-40 años. En dichas notificaciones, la comisión consideró que se habían cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado.

CONSULTA A PSIQUIATRA INDEPENDIENTE

El punto de partida de las CRV es que, en este tipo de pacientes, el médico siempre recurra a los conocimientos de un experto en psiquiatría. Esto es consecuencia del especial cuidado que este tipo de situaciones exigen del médico. El objeto de recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría es que el médico pueda informarse adecuadamente y reflexionar de forma crítica sobre el convencimiento propio. Esto garantiza un proceso cuidadoso de deliberación. En este aspecto, las CRV coinciden con los grupos profesionales de la KNMG y la NVvP.

Las CRV dan contenido al citado punto de partida verificando si el médico ha consultado a un psiquiatra independiente y si ese profesional ha considerado que el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad con respecto a la petición, que el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora o que no existen otras alternativas razonables. Si es necesario, el psiquiatra independiente también puede asesorar sobre tratamientos. El médico será quien decida si consulta a un psiquiatra independiente además de a un asesor (SCEN), o si consulta a un asesor (SCEN) que también sea psiquiatra. Esta interpretación de las CRV difiere de los criterios de la Directriz de la NVvP sobre terminación de la vida a petición de pacientes con una enfermedad mental de 2018 (en lo sucesivo: Directriz NVvP 2018, que se puede consultar en nvvp.net y en richtlijndatabase.nl).

La Directriz NVvP 2018 se dirige a los psiquiatras y otros médicos que reciban una petición de eutanasia de un paciente con una enfermedad mental. La Directriz NVvP 2018 distingue entre dos fases diferentes (una fase de evaluación y una fase de consulta) y exige la implicación de dos psiquiatras. Las CRV no hacen ninguna división en fases y exigen que se consulte a un psiquiatra independiente. Por lo que se refiere a la posición del psiquiatra independiente, debe señalarse que se le aplicarán por analogía las condiciones y exigencias recogidas en el apartado 3.6, sobre la independencia del asesor.

Al igual que para el asesor (SCEN), el punto de partida es que el psiquiatra independiente debe ver al paciente y hablar con él.

Si pasa mucho tiempo entre la emisión del informe del psiquiatra independiente y la fecha pretendida de la eutanasia, lo lógico es que vuelva a haber un nuevo contacto entre el médico y el psiquiatra independiente, entre otras cosas para tratar la cuestión de si es necesario un nuevo asesoramiento.

Si la calidad de los informes del asesor (SCEN) o del psiquiatra independiente no es la deseada, el médico deberá pedir al asesor (SCEN) o al psiquiatra independiente que modifiquen su informe. Si la calidad sigue siendo insuficiente, deberá consultar con un segundo asesor (SCEN) o psiquiatra independiente.

Si las opiniones del asesor (SCEN) o del psiquiatra independiente difieren de la opinión del médico, este deberá reflexionar explícitamente sobre la visión que han aportado esos otros profesionales. Además, lo lógico es que se consulte a un segundo asesor (SCEN) o psiquiatra independiente. Consultar con un segundo asesor o psiquiatra independiente en casos como los mencionados demuestra que se está actuando con el mayor cuidado que exige la situación.

COMBINACIÓN DE ENFERMEDADES SOMÁTICAS Y PSÍQUICAS

En el apartado anterior se trata de pacientes que hacen una petición de eutanasia por el sufrimiento que conlleva una enfermedad mental. Pero también es frecuente que el sufrimiento del paciente se deba sobre todo a enfermedades somáticas y que, además, el paciente tenga una enfermedad mental. La enfermedad mental también puede contribuir a la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento. También en esos casos, el médico y el asesor deben considerar expresamente si la enfermedad mental del paciente puede impedir que realice una petición voluntaria y bien meditada. Si el asesor no es psiquiatra, en situaciones como la descrita también puede ser necesario pedir asesoramiento a un psiquiatra sobre la voluntariedad de la petición y sobre la reflexión que la ha precedido.³⁴

PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL: PUNTOS DE ATENCIÓN

- El deseo de morir del paciente, ¿puede verse como una petición voluntaria y bien meditada o es un síntoma de su enfermedad que puede ser tratado?
- ¿Se ha constatado que el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y que no existe una alternativa razonable?
- ¿Se ha consultado con un psiquiatra independiente o el asesor es también psiquiatra?

4.4. PACIENTES CON DEMENCIA

También en el caso de pacientes con demencia es necesario prestar una atención y un cuidado especiales al cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado, en concreto al requisito sobre la petición voluntaria y bien meditada y el sufrimiento insoportable. A medida que progresa el cuadro clínico de los pacientes con demencia, disminuye su capacidad de expresar la voluntad.

³⁴ Véase el dictamen 2022-039, en el sitio web de las CRV.

PACIENTES QUE TODAVÍA TIENEN CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD CON RESPECTO A UNA PETICIÓN DE EUTANASIA

En prácticamente la mayoría de los casos que han sido notificados hasta ahora a las comisiones, se trataba de pacientes que todavía tenían suficiente conocimiento de su enfermedad y tenían capacidad para expresar su voluntad con relación a su petición de eutanasia.

Generalmente, el sufrimiento de estos pacientes viene en parte determinado (además de por un deterioro real de la capacidad cognitiva y de su funcionamiento) por el miedo a un mayor deterioro y las consecuencias negativas que todo ello conlleva para (en especial) la autonomía y la dignidad del paciente (véase también el apartado 3.3.). Se trata de cómo experimentan la pérdida cada vez más patente de personalidad, de funciones y de aptitudes y la consciencia de que ese proceso solamente va a seguir avanzando. Esta perspectiva puede causar un sufrimiento grande y real.

Si un paciente con demencia todavía tiene capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia, en general será suficiente con seguir el procedimiento normal de consultas. Sí que será necesario que el diagnóstico de demencia haya sido constatado por un médico (de la forma habitual según el criterio médico). En caso de duda acerca de la capacidad del paciente de expresar su voluntad con respecto a la petición de eutanasia, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto independiente. Por lo que se refiere a la posición del experto independiente, se le aplicarán por analogía las condiciones y exigencias recogidas en el apartado 3.6, sobre la independencia del asesor. Si pasa mucho tiempo entre la emisión del informe del experto independiente y la fecha pretendida de la eutanasia, lo lógico es que vuelva a haber un nuevo contacto entre el médico y el experto independiente, entre otras cosas para tratar la cuestión de si es necesario un nuevo asesoramiento.

Si la calidad del informe del experto independiente no es la deseada, el médico deberá pedir al experto independiente que modifique su informe. Si la calidad sigue siendo insuficiente, en principio deberá consultar con un segundo experto independiente.

Si el experto independiente tiene una visión diferente, el médico deberá reflexionar explícitamente sobre la visión aportada por el experto independiente. Además, lo lógico es que se consulte en ese caso a un segundo experto independiente, para una mayor seguridad.

PACIENTES QUE YA NO TIENEN CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD CON RESPECTO A UNA PETICIÓN DE EUTANASIA

Si el proceso de demencia ha avanzado hasta un punto en que el paciente ya no tiene capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia, la eutanasia es posible en los casos en que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito que incluya una petición de eutanasia, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad.³⁵

> Véanse más detalles sobre la eutanasia con una declaración de voluntad por escrito, en el apartado 4.1.

PACIENTES CON DEMENCIA: PUNTOS DE ATENCIÓN

- ¿Está el paciente todavía en condiciones de expresar su voluntad al respecto?
- En caso negativo, ¿existe una declaración de voluntad por escrito? Véanse más detalles sobre la eutanasia con una declaración de voluntad por escrito, en el apartado 4.1.

4.5. PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

Las notificaciones sobre casos de eutanasia en pacientes con discapacidad intelectual son muy escasas.³⁶ Hay pacientes con una discapacidad intelectual (ligera) que pueden hacer una petición voluntaria y bien meditada de eutanasia, en cuyo caso también deberán cumplirse los demás requisitos de diligencia y cuidado.³⁷ En esas situaciones, deberá prestarse una atención especial a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición de eutanasia.

³⁵ En este tipo de casos, las comisiones de verificación invitan al médico de forma estándar a que acuda a ofrecer una explicación verbal.

³⁶ Véase la notificación 2016-03 euthanasiecommissie.nl.

³⁷ Véase la Directriz sobre decisiones médicas en torno al final de la vida de personas con discapacidad intelectual (Richtlijn Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking, 2007) de la Asociación Neerlandesa de Médicos de pacientes con discapacidad intelectual (en lo sucesivo: NVAVG) y el Manual para tratar cuestiones sobre terminación de la vida en personas sin capacidad de expresar su voluntad con una discapacidad intelectual (Handreiking Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking, 2013) también de la NVAVG.

CONSULTA A EXPERTO INDEPENDIENTE

En caso de duda sobre la capacidad de un paciente de expresar la voluntad con respecto a la petición de eutanasia, además de consultar con el asesor habitual que emite un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados del 3.2. al 3.5., en principio el médico también debe consultar con un médico experto sobre la capacidad del paciente de expresar la voluntad (como un médico especialista en personas con discapacidad intelectual). En este caso, también es suficiente con consultar a un asesor (SCEN) que también sea experto en la materia. Por lo que se refiere a la posición del experto independiente, debe señalarse que se le aplicarán por analogía las condiciones y exigencias recogidas en el apartado 3.6, sobre la independencia del asesor.

Si la calidad del informe del experto independiente no es la deseada, el médico deberá pedir al experto independiente que modifique su informe. Si la calidad sigue siendo insuficiente, deberá consultar con un segundo experto independiente.

Si el experto independiente tiene una visión diferente, el médico deberá reflexionar explícitamente sobre la visión aportada por el experto independiente. Además, lo lógico es que se consulte en ese caso a un segundo experto independiente, para una mayor seguridad.

4.6. PACIENTES CON UN TRASTORNO DE LA CAPACIDAD DE COMUNICARSE VERBALMENTE

Por lo general, un paciente con un trastorno de la capacidad de comunicarse verbalmente (como, por ejemplo, un paciente con afasia) puede hacer una petición voluntaria y bien meditada, pero el problema suele estar en las posibilidades de expresar verbalmente sus deseos y opiniones. En muchos casos, un paciente con un trastorno de la capacidad de comunicarse verbalmente puede expresar de otras formas su voluntad sobre la petición de eutanasia o dar respuesta a preguntas, como por ejemplo apretando la mano de alguien, o con expresiones faciales y gestos. También es una opción plantear preguntas cerradas y simples, que el paciente puede contestar con “sí” o “no” o mediante determinadas señales. En consecuencia, a pesar del trastorno del lenguaje que sufre el paciente, el médico y el asesor pueden obtener una imagen clara de la petición de eutanasia y de la necesaria capacidad de expresar la voluntad. Si también se cumplen los otros requisitos de diligencia y cuidado, es posible llevar a cabo la eutanasia.

Si el paciente ha redactado una declaración escrita de voluntad, dicho documento puede apoyar y complementar las expresiones verbales limitadas del paciente.

4.7. COMA Y DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA

La KNMG ha publicado una Directriz sobre eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia (2010). El marco de verificación de las CRV coincide en gran medida con esa directriz.

El médico debe comprobar la disminución del estado de consciencia o el coma, por ejemplo con ayuda de la Escala de Coma de Glasgow (ECG).³⁸ Para responder a la pregunta de si es posible llevar a cabo la eutanasia cuando el paciente se encuentra en coma o en un estado de disminución del estado de consciencia por motivos distintos de la sedación paliativa, lo importante es sobre todo el sufrimiento que experimenta el paciente.

> *Para más detalles sobre eutanasia y sedación paliativa, véase el apartado 4.8.*

COMA:

El sufrimiento presupone que exista consciencia. Si el paciente se encuentra en coma, esto es, en un estado sin ninguna consciencia, no puede experimentar sufrimiento.

DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA:

Si un paciente se encuentra en una situación de disminución del estado de consciencia, no queda excluido que sufra (de forma insoportable).

SITUACIÓN 1.

COMA O DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA SURGIDO DESPUÉS DE QUE EL PACIENTE HAYA SOLICITADO AL MÉDICO LA EUTANASIA, PERO ANTES DEL MOMENTO PREVISTO PARA LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

Puede crearse una situación problemática si el paciente entra en coma o disminuye notablemente su estado de consciencia después de que el paciente haya pedido al médico la eutanasia pero antes del momento planeado para llevarla a cabo. Esto suscita la pregunta de si es posible llevar a cabo la eutanasia en estas circunstancias. Para darle respuesta, es necesario diferenciar entre distintas situaciones.

DIFERENCIA ENTRE COMA O DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA IRREVERSIBLE O REVERSIBLE

- Situación 1a. *Coma irreversible* (es consecuencia de la enfermedad, no hay recuperación posible).

³⁸ La Escala de Coma de Glasgow (ECG) ofrece una guía para determinar (la medida de) la disminución de la consciencia (y en consecuencia, el posible sufrimiento); la ECG se incluye en la directriz de la KNMG - *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (Eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia). Utrecht, 2010.

El paciente puede entrar espontáneamente en coma en la última fase de su enfermedad. Como en esa situación ya no puede sentir dolor, la eutanasia no puede llevarse a cabo, incluso aunque el médico se declare dispuesto a hacerlo.

- Situación 1b. *Disminución irreversible de la consciencia* (es consecuencia de la enfermedad, no hay recuperación posible).
 1. Existen señales de sufrimiento. El paciente puede entrar espontáneamente en un estado de consciencia disminuida sin recuperación posible, pero manteniendo signos de sufrimiento. Nos referimos a quejidos, disnea con o sin respiración anormal, y muecas faciales. Pueden presentarse síntomas adicionales como intranquilidad, confusión y vómito (fecal). En esta situación, el médico sí que puede llevar a cabo la eutanasia.
 2. No existen señales de sufrimiento. No es posible practicar la eutanasia.

- Situación 1c. *El coma o la disminución del estado de consciencia son reversibles* (se han producido debido a una medicación y pueden revertirse dejando de administrar la medicación).
 Si el coma o la situación de disminución del estado de consciencia no han surgido espontáneamente, sino que han sido ocasionados por medicación, y el paciente no muestra signos de sufrimiento pero es plausible que si se recupera la consciencia sí que existiría sufrimiento, en principio podría revertirse el coma o la disminución del estado de consciencia para poder comprobar si el paciente todavía sufre. Las comisiones opinan que esto es inhumano. En esas situaciones, el médico puede llevar a cabo la eutanasia si el paciente la ha solicitado con anterioridad, tanto verbalmente como en una declaración escrita de voluntad. No es necesario revertir un coma reversible o una situación de disminución del estado de consciencia reversible (incluso sin señales de posible sufrimiento) con el único objeto de que el paciente pueda confirmar al médico o al asesor que sufre de forma insoportable.

En las situaciones mencionadas en los apartados 1b, número 1 (disminución irreversible del estado de consciencia, con signos de sufrimiento del paciente) y 1c (coma reversible o disminución reversible del estado de consciencia del paciente), el médico puede practicar la eutanasia. Para el trayecto posterior, es importante diferenciar las situaciones en las que ya se ha celebrado la consulta con un médico independiente en el momento en que el paciente entra en situación de disminución del estado de consciencia o de coma reversible, de las situaciones en las que todavía no se ha celebrado dicha consulta:

- *El paciente ha pedido al médico la eutanasia y, antes de celebrarse la consulta, el paciente ha entrado en situación de disminución del estado de consciencia o en coma reversible.*

Es posible que el paciente entre en una situación de disminución del estado de consciencia o de coma reversible antes de que el asesor haya podido verlo. En ese caso, el asesor ya no puede comunicarse con el paciente y deberá basar su dictamen sobre la petición en la información del médico y, en su caso, en una declaración de voluntad por escrito del paciente, en el historial médico y en información facilitada por otros. El asesor deberá basar su dictamen sobre el sufrimiento del paciente en su propia observación, en el historial del paciente y en la información verbal del médico, pero también en información de otros, como cartas de especialistas o información de allegados o cuidadores. A diferencia de lo que plantea la directriz de la KNMG, las CRV consideran que en esta situación no es necesaria una declaración de voluntad por escrito.

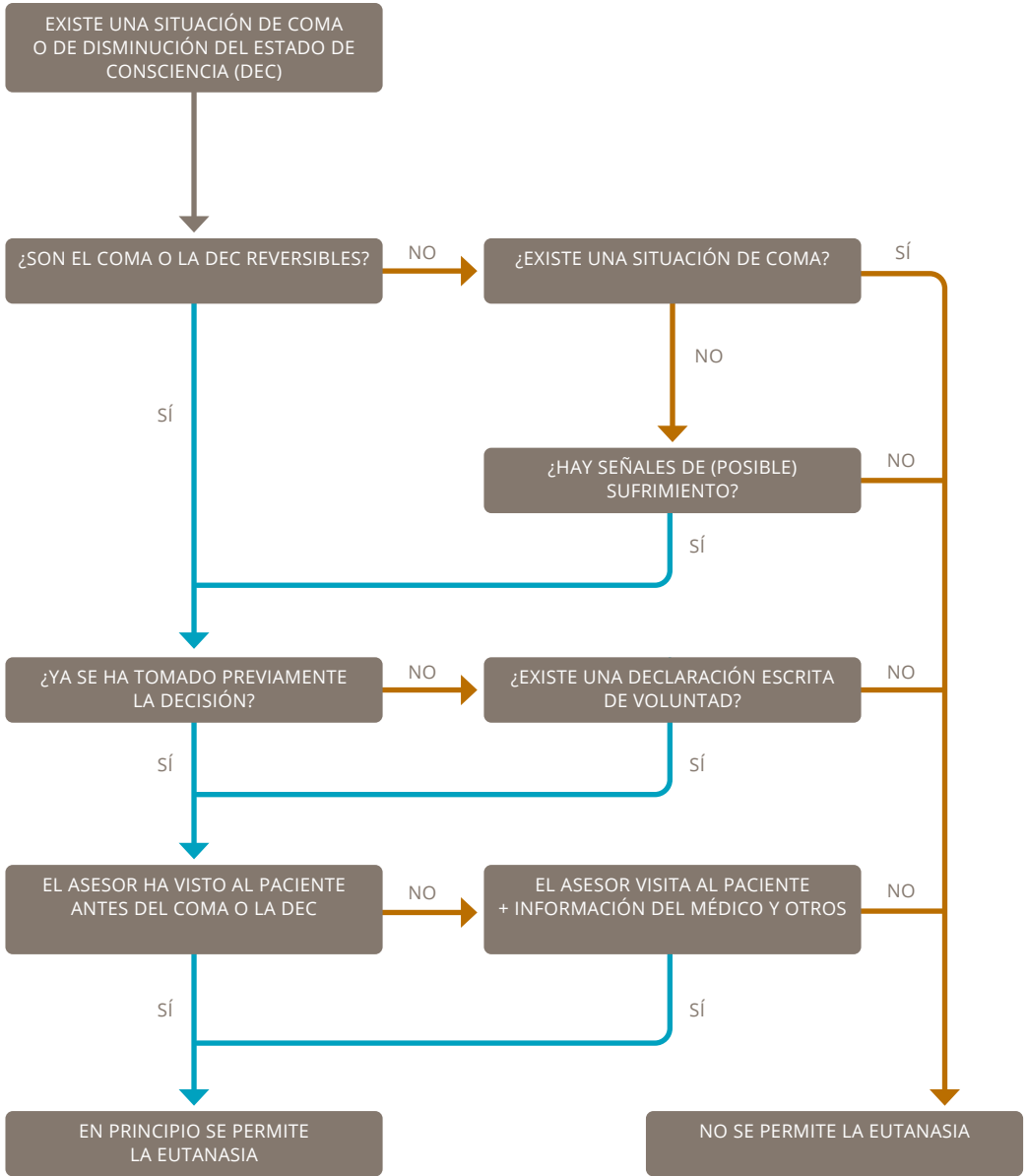
- *El paciente ha pedido al médico la eutanasia y, después de celebrarse la consulta, el paciente ha entrado en situación de disminución del estado de consciencia o en coma reversible.*

Si el asesor ha visitado al paciente y se ha podido comunicar con él antes de producirse la situación de disminución del estado de consciencia o de coma reversible, en principio no es necesario volver a consultar al asesor después de que se produzca cualquiera de estas situaciones. Incluso si el paciente no está en condiciones de expresarse en el momento en que se lleve a cabo la eutanasia: tampoco en esta situación se necesita una declaración escrita de voluntad.

SITUACIÓN 2. COMA O DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA SURGIDOS SIN TENER PREVISTA LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

Un paciente también puede entrar en coma o en una situación de disminución del estado de consciencia antes de que haya concluido el proceso previo a la eutanasia entre el médico y el paciente, o incluso antes de comenzar dicho proceso. Para poder llevar a cabo la eutanasia es necesario en cualquier caso que exista una declaración escrita de voluntad redactada por el paciente, que incluya una petición de eutanasia. El asesor deberá visitar al paciente. También en este caso deberá basar su dictamen en la información del médico, la declaración de voluntad por escrito redactada por el paciente, el historial médico y la información de otros. Y si se trata de un estado irreversible de disminución de consciencia, también deberán existir señales de sufrimiento.

> Véanse también el apartado 3.6. y el apartado 4.1.



COMA O DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA: PUNTOS DE ATENCIÓN

- No es posible practicar la eutanasia en los siguientes casos:
 - coma irreversible, porque el paciente ya no puede experimentar sufrimiento;
 - disminución irreversible del estado de consciencia, sin signos de sufrimiento del paciente.
- Se puede practicar la eutanasia en los siguientes casos:
 - disminución irreversible del estado de consciencia, con signos de sufrimiento del paciente;
 - coma reversible o disminución reversible del estado de consciencia, con o sin signos de sufrimiento del paciente.
- No es necesario revertir un coma reversible o una situación de disminución reversible del estado de consciencia (incluso sin señales de posible sufrimiento) con el único objeto de que el paciente pueda confirmar al médico o al asesor que sufre de forma insoportable, si es plausible que al recuperar la consciencia va a aparecer sufrimiento para el paciente.
- Disminución del estado de consciencia o coma reversible antes de la realización planeada de la eutanasia:
 - ¿Ha constatado el médico el coma o (el grado de) la disminución del estado de consciencia? ¿Con ayuda de la ECG?
 - En caso de una disminución irreversible del estado de consciencia, ¿existen señales de sufrimiento?
 - Si el asesor no ha visto al paciente antes de producirse la disminución del estado de consciencia o el coma reversible, ¿tiene suficiente información para emitir un dictamen?
- Disminución del estado de consciencia o coma reversible sin tener prevista la realización de la eutanasia:
 - Además de los puntos de atención mencionados: ¿existe una declaración escrita de voluntad?

4.8. EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

La eutanasia y la sedación paliativa son dos formas distintas de terminar o reducir el sufrimiento insoportable del paciente. En la eutanasia, esto se hace mediante la terminación de la vida y en la sedación paliativa se lleva a cabo induciendo en el paciente una disminución del estado de consciencia hasta el momento de la muerte. Al contrario de la eutanasia, la sedación paliativa forma parte de los actos médicos normales, aunque sí deben cumplirse condiciones especiales. Una de las condiciones es que la expectativa de vida sea de dos semanas o menos.³⁹

39 Véase la Directriz de la KNMG sobre sedación paliativa (Richtlijn Palliatieve sedatie). Utrecht, 2009.

Algunos pacientes no son partidarios de la eutanasia y para ellos puede ser una buena alternativa la sedación paliativa. Otros pacientes desean estar lúcidos hasta el último momento y por eso rechazan la sedación paliativa. El paciente puede decidir que la sedación paliativa no es “otra solución razonable” para él. Rechazar la sedación paliativa tampoco es ningún impedimento para la eutanasia.

> Véase también el apartado 3.5.

También puede suceder que el paciente realice una petición “condicional” de eutanasia. En estos casos, el paciente opta por la sedación paliativa, pero acuerda con el médico que si se producen determinadas circunstancias, proceda a llevar a cabo la eutanasia.

Podemos pensar, por ejemplo, en:

- situaciones en que el fallecimiento no se produce en el plazo deseado por el paciente;⁴⁰
- situaciones en que el paciente sigue mostrando señales de sufrimiento, a pesar de haber reducido su estado de consciencia.

Las comisiones consideran muy importante que el propio paciente haya indicado previamente al médico las circunstancias en las que debe dejar de aplicarse la sedación paliativa (con su consentimiento) y desea que el médico acceda a su petición de eutanasia. En este tipo de situaciones, el médico debe avisar a un asesor antes de comenzar la sedación paliativa.

También puede suceder que se acuerde llevar a cabo una petición de eutanasia del paciente, pero que antes de ese momento se aplique una sedación. Puede producirse una situación así cuando los síntomas del paciente empeoran repentinamente, pero todavía no es posible llevar a cabo la eutanasia, por ejemplo porque el médico está ausente y su sustituto no puede o no quiere llevar a cabo la eutanasia o porque el médico todavía no dispone de las sustancias necesarias para llevarla a cabo.

En ese caso, se induce al paciente una disminución del estado de consciencia y, en consecuencia, ya no está en condiciones de repetir o confirmar su petición de eutanasia inmediatamente antes de que esta se lleve a cabo. La eutanasia es posible si el paciente, antes de la sedación, ha confirmado que solicita la eutanasia y que únicamente desea la sedación para superar el periodo necesario hasta el momento en que sea posible llevar a cabo la eutanasia, pero también si se trata de una situación que el paciente ya ha definido anteriormente (verbalmente o en una declaración de voluntad por escrito) como una situación en la que pediría que se diera curso a su anterior petición de eutanasia. Las

⁴⁰ En ese caso, se puede plantear que ya no existe permiso del paciente para continuar con la sedación paliativa. Se trata además de una autorización como la mencionada en la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (art.450, párrafo 1, del Libro 7 del Código Civil).

comisiones opinan que también en estos casos sería inhumano despertar al paciente con el único objeto de que confirme al médico o al asesor su sufrimiento insoportable.

4.9. “VIDA AGOTADA” O “CANSANCIO VITAL”

Tal y como se desprende del historial de la tramitación parlamentaria de la ley, con la expresión “vida agotada” (también se conoce como “cansancio vital”) se hace referencia a la situación de las personas que han llegado generalmente a una edad avanzada y que, sin tener desde el punto de vista médico una enfermedad o afección que conlleve un sufrimiento grave, han decidido que el valor de su vida ha disminuido de tal forma que prefieren morir a seguir viviendo. Desde hace años existe una amplia discusión social sobre la “vida agotada”. Dicha discusión incluye la pregunta de si también podría ser posible la eutanasia en esos casos.⁴¹ En la actualidad, eso no es posible. Tal y como se desprende de la jurisprudencia y del historial de la tramitación parlamentaria de la ley, es necesario que el sufrimiento insoportable del paciente tenga un fundamento médico (véase también el apartado 3.3.), aunque no se exige que exista una enfermedad potencialmente mortal. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez puede conllevar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

> Véase más información sobre la acumulación de enfermedades propias de la vejez, apartado 3.3.

61

4.10. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS LA EUTANASIA

La Ley WTL no regula lo que se puede hacer con el cuerpo después de la eutanasia y, en consecuencia, no impide la donación de órganos y tejidos. No obstante, un procedimiento planificado de donación no puede influir en los requisitos de diligencia y cuidado del procedimiento de eutanasia.

Formalmente, la donación es independiente del procedimiento de eutanasia, pero tiene influencia sobre algunas cuestiones de dicho procedimiento. Por ejemplo, para hacer una donación de órganos es necesario que la eutanasia tenga lugar en un hospital. En otros casos, como la donación de tejidos, el cuerpo normalmente será trasladado al hospital después de la eutanasia.

⁴¹ Véase al respecto el informe de la Comisión Schnabel, *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten (Vida agotada. Sobre ayuda al suicidio para personas que consideran su vida agotada)*, La Haya, enero de 2016, así como la reacción del Gabinete y la visión sobre la vida agotada, carta al Congreso, 12 de octubre de 2016.

El médico que se enfrenta a esta combinación de eutanasia y donación debe comentar con el paciente su deseo de donar sus órganos. Después, debe comentar en detalle el procedimiento con el hospital (en este caso, con el coordinador de trasplantes) antes de que se lleve a cabo la eutanasia. Seguidamente, debe informar al paciente y a sus allegados sobre el procedimiento que se va a seguir. Se han redactado una Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn orgaandonatie na euthanasie*, 2022) y un Manual sobre donación de tejidos tras la eutanasia (*Handleiding weefseldonatie na euthanasie*) que pueden apoyar al médico en su toma de decisión. Pueden consultarse en el sitio web de la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*).⁴²

4.11. REQUISITOS QUE NO IMPONE LA LEY

Existen malentendidos sobre los criterios y condiciones vigentes para los casos de eutanasia. De las notificaciones recibidas por las comisiones se desprende que, en ocasiones, los médicos y asesores imponen requisitos que no se mencionan en la Ley WTL. Los requisitos que exige la ley ya se han comentado y explicado anteriormente en este documento. En este apartado se explica qué requisitos *no* impone la ley. En resumen:

- No se exige que el paciente padezca una enfermedad potencialmente mortal (véanse apartados 2.1. y 3.3.).
- No se exige que el paciente se encuentre en fase de agonía (véase apartado 2.2.).
- No se exige que exista una relación de tratamiento entre el médico y el paciente (véase apartado 3.1.).
- No se exige que el paciente haga una petición escrita de eutanasia, además de una petición verbal (véase apartado 3.2.).
- No se exige que el paciente redacte ante un notario su declaración de voluntad por escrito con una petición de eutanasia (como por ejemplo en un testamento vital, véase apartado 4.1.).
- La petición del paciente debe ser bien meditada, pero en principio no tiene por qué ser duradera (véase apartado 3.2.).
- Para acceder a una petición de eutanasia no se necesita ninguna “autorización” del asesor (véase apartado 3.6.).
- No se exige que la capacidad de expresar la voluntad de un paciente con respecto a su petición de eutanasia siempre sea evaluada por un psiquiatra independiente. Esto es distinto cuando el paciente tiene una enfermedad mental. En ese caso, la capacidad de expresar la voluntad de un paciente con respecto a su petición de eutanasia siempre debe ser evaluada por un psiquiatra independiente. En otros

casos no es necesario que la evaluación de la capacidad de expresar la voluntad de un paciente con respecto a su petición de eutanasia corra a cargo de un médico experto en la materia: únicamente cuando exista una duda razonable sobre dicha capacidad (véanse también apartados 4.2. a 4.5.).

- La sedación paliativa no se considera “otra solución razonable” en el sentido del art. 2, párrafo 1, letra d, WTL (véase apartado 4.8.).
- Normalmente es deseable y lógico implicar a la familia en una petición de eutanasia, pero no es obligatorio, ni tampoco lo es que la familia deba estar conforme con la eutanasia.

REFERENCIAS ÚTILES

5

5.1. SITIO WEB DE LAS COMISIONES

El sitio web de las comisiones es euthanasiecommissie.nl. Allí puede encontrarse información adicional sobre la forma de trabajo de las comisiones. En el sitio también puede consultarse una selección de los dictámenes de las comisiones y sus informes anuales conjuntos. Los informes anuales también incluyen descripciones de notificaciones. En el sitio web pueden encontrarse también:

- el modelo de formulario (formulario normalizado) para la notificación del médico al forense municipal;
- el modelo de informe (informe normalizado) que debe adjuntar el médico con la notificación;
- el modelo de formulario (formulario normalizado) para la notificación del forense municipal a la comisión;
- el reglamento de reclamaciones.

5.2. PROGRAMA SCEN

El programa SCEN de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) desempeña un importante papel en las consultas independientes sobre los requisitos de diligencia y cuidado (véase apartado 3.6.). Es preferible que la consulta la lleve a cabo un médico que haya seguido una formación SCEN. La KNMG aprobó en 2012 una directriz para médicos SCEN, con el título Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia (*Goed steun en consultatie bij euthanasie*). El médico tiene un interés especialmente importante en que el informe de asesoramiento sea correcto y completo. Por ello, SCEN ha redactado una Guía para el informe de asesoramiento (*Leidraad voor het consultatieverslag*, 2015). La KNMG también ha redactado un Informe normalizado para los médicos SCEN (*Modelverslag voor SCEN-artsen*, 2022). Si desea más información, consulte SCEN.nl.

5.3. EVALUACIONES DE LA LEY WTL

Hasta ahora, la Ley WTL ha sido evaluada tres veces. Los informes de dichas evaluaciones fueron publicados en 2007, 2012 y 2017. Pueden consultarse en zomnw.nl:

- Informe de evaluación 2007: Buscar palabras clave (en neerlandés): *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding*.
- Informe de evaluación 2012: Buscar palabras clave (en neerlandés): *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding*.
- Informe de evaluación 2017: Buscar palabras clave (en neerlandés): *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding*.

Se espera que en 2023 se publique el cuarto informe de evaluación de la WTL.

5.4. NORMAS POLÍTICAS DEL MINISTERIO FISCAL

Las notificaciones de eutanasia que, según las comisiones, no cumplen uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado se envían al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*: IGJ). El enfoque del Ministerio Fiscal en casos de este tipo se explica en el documento “Indicaciones sobre decisiones de procesamiento en casos de terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia y ayuda al suicidio)” (*Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*); wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

5.5. NORMAS MÉDICO-PROFESIONALES

La KNMG ha aprobado varias posturas y directrices para los médicos, sobre la cuestión de la eutanasia. Algunos ejemplos son la Postura de la KNMG sobre las decisiones en torno al final de la vida (2021), la Directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (conjuntamente con la KNMP, 2021), y la Directriz sobre eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia (2010). Todas ellas (además de otra información) pueden consultarse en knmg.nl.

La Asociación Neerlandesa de Psiquiatría publicó en 2018 la Directriz sobre terminación de la vida a petición de pacientes con una enfermedad mental. Está dirigida a los psiquiatras y otros médicos que reciban una petición de eutanasia de un paciente con una enfermedad mental, y puede consultarse en nvvp.net y en richtlijndatabase.nl.

5.6. CENTRO ESPECIALIZADO DE EUTANASIA

El Centro Especializado de Eutanasia puede ofrecer ayuda y apoyo a los médicos, entre otros con la línea telefónica informativa, cursos de capacitación y un asesor sobre eutanasia. Véase expertisecentrum euthanasie.nl.

MODIFICACIONES PRINCIPALES CON RESPECTO A LA ANTERIOR VERSIÓN DE 2018 Y LA PÁGINA SUELTA DE 2020

6

- En el Código sobre la Eutanasia 2022 se ha añadido la expresión general “capacidad de expresar la voluntad”, que hace referencia a la capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia.
- Las CRV evalúan si el médico que ha llevado a cabo la eutanasia ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley WTL. En el Código sobre la Eutanasia 2022 solo se usan los términos “médico” o “médico encargado”. Ya no se utiliza el término “médico comunicante”, porque puede ser interpretado de forma errónea: podría entenderse que se trata de un médico distinto del médico encargado.
- En el apartado 2.1 se ha añadido una sentencia en un proceso penal sobre eutanasia en un paciente con demencia avanzada, a las sentencias ya incluidas del Tribunal Supremo que influyen en la interpretación de la Ley WTL. En los apartados 4.1. y 4.4. se explica el significado de esa sentencia para la verificación en la práctica.
- En el apartado 2.2. han dejado de usarse los conceptos jurídicos de “verificación completa” y “verificación marginal”, porque se ha constatado que suscitaban más preguntas, en lugar de aportar claridad. Sí que se sigue explicando cómo investigan las CRV si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.
- En el apartado 3.3. se ha simplificado el fragmento sobre el fundamento médico del sufrimiento, porque se ha constatado que dicho fragmento suscitaba preguntas. La explicación relativamente minuciosa del desarrollo del historial parlamentario, la jurisprudencia del Tribunal Supremo, las posturas de la KNMG y los puntos de partida de las CRV ha sido sustituida por un fragmento en el que se explica sucintamente que el médico debe adquirir el convencimiento de que el paciente sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora, y que tiene para ello un fundamento médico.

- En el apartado 3.7. sobre la realización con la diligencia de la práctica médica se incluye que es esencial que sea el mismo médico el que administra todas las sustancias al paciente (para verificar mejor la actuación del médico encargado).
- En varias situaciones está indicado que el médico (en su caso) consulte a un experto independiente, además del asesor (SCEN) habitual. Sobre la posición del experto independiente consultado, el Código sobre la Eutanasia 2022 indica en los apartados 4.1. (declaración de voluntad por escrito), 4.3. (pacientes con una enfermedad mental), 4.4. (pacientes con demencia) y 4.5. (pacientes con discapacidad intelectual) que se apliquen por analogía las condiciones y requisitos recogidos en el apartado 3.6. sobre la independencia del asesor.
- En octubre de 2020 se revisaron los apartados 4.1. y 4.4., debido a una sentencia dictada por el Tribunal Supremo en abril de 2020, en un proceso penal sobre la eutanasia de un paciente con demencia avanzada. En el apartado 4.1. del Código sobre la Eutanasia 2022, se han incluido varias precisiones sobre la declaración de voluntad por escrito, con las que se ofrece todavía una mayor claridad sobre el significado de esa sentencia para la verificación en la práctica. Se trata de las siguientes precisiones:

Petición voluntaria y bien meditada: en el fragmento sobre el espacio que se deja a la interpretación de la declaración de voluntad por escrito se indica que las expresiones poco claras o las contradicciones esenciales en la declaración de voluntad por escrito pueden conllevar que no pueda accederse a una petición de eutanasia.

Petición voluntaria y bien meditada: en el fragmento sobre el estudio de la petición de eutanasia por parte del médico, para comprobar que no haya contraindicaciones, se indica que la condición del paciente puede ser tal que el médico se vea obligado a llegar a la conclusión de que no existe la situación prevista por el paciente en su declaración de voluntad, en la cual desearía que se acabara su vida. Este sería por ejemplo el caso cuando expresiones verbales claras o comportamientos coherentes del paciente no coincidan con lo que recoge la solicitud.

Petición voluntaria y bien meditada: se indica que el médico debe esforzarse en comunicarse realmente con el paciente, antes de llevar a cabo la eutanasia.

Sufrimiento insoportable: en el fragmento sobre la constatación del sufrimiento insoportable real del paciente se hace hincapié en que esto requiere una evaluación cuidadosa del estado actual del

paciente, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso concreto. El médico podrá basarse en su propia evaluación del historial médico y en la situación concreta del paciente. Además, pueden tenerse en cuenta todas las expresiones (no) verbales del paciente. También es importante consultar con otros profesionales sanitarios que tengan o hayan tenido una relación terapéutica con el paciente y consultar con familiares y allegados del paciente. Si el médico no está convencido de que existe un sufrimiento insoportable real del paciente, no se puede llevar a cabo la eutanasia.

Sufrimiento insoportable: aquí se indica que si el paciente no sufre por las consecuencias físicas de su enfermedad, también puede existir un sufrimiento insoportable si el paciente se encuentra en la situación (esperada) que describe en su declaración de voluntad por escrito como de sufrimiento insoportable y si del comportamiento duradero del paciente se puede deducir que sufre de forma insoportable.

Realización con la diligencia de la práctica médica: Aquí se indica que el punto de partida es que el médico se esfuerce en comunicarse realmente con el paciente sobre el momento y la forma en que se va a llevar a cabo la eutanasia, incluida la eventual administración de medicación previa, a menos que esto sea perjudicial para el paciente (por ejemplo, porque una conversación sobre esta cuestión produce una gran agitación o intranquilidad del paciente). No obstante, no será necesario que el médico consulte con el paciente sobre dichos temas si se constata que superan la capacidad de entendimiento del paciente y que, en consecuencia, ya no es posible comunicarse con el paciente de forma significativa sobre esta cuestión. En ese caso, no tiene sentido una conversación sobre la cuestión y posiblemente ocasionaría también agitación e intranquilidad en el paciente. Durante sus contactos con el paciente, el médico debe estar atento a las posibles contraindicaciones para la eutanasia.

- En el apartado 4.3., sobre pacientes con una enfermedad mental, se han introducido las siguientes modificaciones y adiciones:

En el Código sobre la Eutanasia 2018 se recogía que, para estos pacientes, el médico debía consultar siempre con un psiquiatra independiente, además de con el asesor habitual (que no era necesario que fuera un psiquiatra) y que podía ser suficiente consultar con un asesor (SCEN) que también fuera psiquiatra, si el contacto con un asesor y con un psiquiatra ocasionara una carga insuperable para el paciente. En el Código sobre la Eutanasia 2022 se ha eliminado la condición sobre la carga insuperable para el paciente; ahora, el médico puede decidir si consulta con un psiquiatra independiente además de con el asesor (SCEN) o si consulta solo con

un asesor (SCEN) que también sea psiquiatra. El psiquiatra independiente debe emitir su asesoramiento 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. Para mayor claridad: esta modificación no significa que el médico deba consultar con menos psiquiatras independientes que hasta ahora. El médico siempre debe consultar a un psiquiatra independiente, pero con esta modificación puede elegir combinar los papeles de psiquiatra independiente y asesor (SCEN) habitual, consultando con un asesor (SCEN) que también sea psiquiatra.

Se indica que el marco de verificación de las CRV en lo relativo al asesoramiento de un experto en psiquiatría no coincide totalmente con los criterios de las directrices médico-profesionales, porque las CRV no distinguen entre dos fases y no exigen que se consulte con dos psiquiatras independientes.

El objeto de consultar con un psiquiatra independiente es que el médico pueda informarse adecuadamente y reflexionar de forma crítica sobre el convencimiento propio. Con ello se garantiza un proceso cuidadoso de reflexión. El psiquiatra independiente debe evaluar si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de eutanasia, o si el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y si no existen alternativas razonables.

Si la calidad de los informes del asesor o del psiquiatra independiente no es la deseada, el médico deberá pedir al asesor o al psiquiatra independiente que modifiquen su informe. Si la calidad sigue siendo insuficiente, deberá consultar con un segundo asesor o psiquiatra independiente.

Si las opiniones del asesor o del psiquiatra independiente difieren de la opinión del médico, este deberá reflexionar explícitamente sobre la visión que han aportado esos otros profesionales. Además, lo lógico es que se consulte a un segundo asesor o psiquiatra independiente. Consultar con un segundo asesor o psiquiatra independiente en casos como los mencionados demuestra que se está actuando con el mayor cuidado que exige la situación.

- En el apartado 4.3., sobre pacientes con una enfermedad mental, y en el apartado 4.4., sobre pacientes con demencia, se incluye que si pasa mucho tiempo entre la emisión del informe del experto independiente y la fecha pretendida de la eutanasia, lo lógico es que vuelva a haber un nuevo contacto entre el médico y el experto independiente, entre otras cosas para tratar la cuestión de si es necesario un nuevo asesoramiento.

- En el apartado 4.5. se indicaba que, en el caso de pacientes con una discapacidad intelectual, en principio el médico debía consultar con un médico experto sobre cuestiones de capacidad de expresar la voluntad, además de con el asesor habitual. En el Código sobre la Eutanasia 2022 se ha aclarado que esto solo está indicado si surgen dudas sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a su petición de eutanasia.
- En el apartado 4.7., sobre el coma y la disminución del estado de consciencia, se indica que el marco de verificación de las CRV es distinto de las directrices médico-profesionales, en el sentido de que no se exige una declaración de voluntad por escrito en los casos en que un paciente solicite al médico la eutanasia y entre en un estado de disminución del estado de consciencia o de coma reversible antes de que se haya celebrado la consulta.
- En el apartado 4.10. se indica que en caso de donación de órganos, la eutanasia debe llevarse a cabo en un hospital.

ANEXO

DISPOSICIONES LEGALES RELEVANTES

Boletín Oficial del Estado Neerlandés (*Staatsblad*) 2001, n.º 194
Ley del 12 de abril de 2001, de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio y de modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales.⁴³

LEY DE VERIFICACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y AYUDA AL SUICIDIO (WTL)⁴⁴

CAPÍTULO I DEFINICIONES

ARTÍCULO 1

En esta ley se entenderá por:

- a. nuestros ministros: los ministros de Justicia y de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b. ayuda al suicidio: ayudar deliberadamente a otra persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal (*Wetboek van Strafrecht*);
- c. el médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado ayuda al suicidio;
- d. el asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar ayuda al suicidio;
- e. los profesionales sanitarios: los profesionales sanitarios a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del Libro 7 del Código Civil;
- f. la comisión: una comisión regional de verificación como las mencionadas en el artículo 3;

⁴³ Véase para su tramitación en el Parlamento:

Documentos parlamentarios II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691.

Diario de Sesiones II 2000/2001, págs. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375;

Documentos parlamentarios I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (reimpres.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h).

Diario de Sesiones I 2000/2001, véase sesión de fecha 10 de abril de 2001.

⁴⁴ Con el texto vigente el 9 de junio de 2022. Véase la versión más actual en <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410>.

CAPÍTULO II

REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

ARTÍCULO 2

1. Los requisitos de diligencia y cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, 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.
2. El médico podrá atender la petición de un paciente que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto, antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración escrita que contiene una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado a los que se refiere el párrafo primero.
3. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de ayuda al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor haya(n) participado en la toma de la decisión.
4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años, y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de ayuda al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que

ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con la ayuda al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

CAPÍTULO III COMISIONES REGIONALES DE VERIFICACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DE LA AYUDA AL SUICIDIO

APARTADO 1. CREACIÓN, COMPOSICIÓN Y NOMBRAMIENTO

ARTÍCULO 3

1. Existen comisiones regionales para la verificación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y la ayuda al suicidio, a las que se refieren, respectivamente, el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal.
2. Una comisión estará compuesta por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en valores personales o cuestiones sobre el sentido de la vida. También formarán parte de esta comisión los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas en la primera frase.

ARTÍCULO 4

1. El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados por nuestros ministros para un periodo de cuatro años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de cuatro años.
2. Cada comisión tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán designados por nuestros ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones de la comisión. La designación terminará automáticamente a partir de la fecha en que el desempeño del cargo de secretario o de secretario suplente ya no forme parte de las tareas del funcionario en cuestión.
3. En todo lo relativo a su trabajo para la comisión, el secretario únicamente deberá rendir cuentas ante dicha comisión.

APARTADO 2. CESE

ARTÍCULO 5

El presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán solicitar siempre el cese a nuestros ministros.

ARTÍCULO 6

El presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser cesados por nuestros ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundada.

APARTADO 3. REMUNERACIÓN

ARTÍCULO 7

1. Sin perjuicio de los artículos 4 a 6, se establecerán en virtud de, o mediante un decreto legislativo normas sobre el régimen jurídico de los presidentes, que incluirán en cualquier caso normas sobre la compensación.
2. Las normas mencionadas en el párrafo primero podrán fijarse de forma distinta para los diferentes presidentes, dependiendo de la naturaleza y el alcance de las tareas que desempeñe cada uno.

75

APARTADO 4. TAREAS Y COMPETENCIAS

ARTÍCULO 8

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo segundo de la Ley reguladora de los funerales, la comisión evaluará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o la ayuda al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2.
2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito o verbalmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder evaluar convenientemente la actuación del médico.
3. La comisión podrá pedir información al forense municipal, al asesor o a los profesionales sanitarios pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder evaluar adecuadamente la actuación del médico.

ARTÍCULO 9

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe mencionado en el artículo 8, párrafo primero.

2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector de la Inspección de Sanidad y Juventud:
 - a. en caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2; o
 - b. en situaciones como las recogidas en el artículo 12, última frase, de la Ley reguladora de los funerales.La comisión comunicará dicha circunstancia al médico.
3. El plazo citado en el párrafo primero podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas.
La comisión comunicará dicha circunstancia al médico.
4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación verbal al médico sobre su dictamen. Dicha explicación verbal podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

ARTÍCULO 10

La comisión está obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que necesite:

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

Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico.

76

APARTADO 6. MÉTODO DE TRABAJO

ARTÍCULO 11

La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su evaluación. Nuestros ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante reglamento ministerial.

ARTÍCULO 12

1. Un dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.
2. Un dictamen será aprobado por tres miembros de la comisión, que deberán representar cada una de las categorías de conocimientos especializados mencionadas en el artículo 3, párrafo segundo, frase primera.

ARTÍCULO 13

Los presidentes de las comisiones regionales de verificación se reunirán por lo menos dos veces al año para tratar el método de trabajo y el funcionamiento de las comisiones. A dicha reunión se invitará a un

médico y un experto en cuestiones éticas o en valores personales o cuestiones sobre el sentido de la vida, que representen a cada uno de los otros miembros de la categoría en cuestión de conocimientos especializados.

APARTADO 7. SECRETO Y ABSTENCIÓN

ARTÍCULO 14

Los miembros y los miembros suplentes de la comisión están obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en el desempeño de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlos o que su tarea exija que los comuniquen.

ARTÍCULO 15

Un miembro de la comisión que ocupe su puesto en la misma con el fin de tratar un asunto concreto, deberá abstenerse y podrá ser recusado en el caso de que se produzcan hechos o circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

ARTÍCULO 16

Un miembro, un miembro suplente y el secretario de la comisión se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar ayuda al suicidio.

77

APARTADO 8. INFORMES

ARTÍCULO 17

1. Una vez al año, antes del 1 de abril, las comisiones presentarán a nuestros ministros un informe común del trabajo realizado en el pasado año natural. Nuestros ministros facilitarán un modelo de informe mediante reglamento ministerial.
2. En el informe del trabajo realizado que se menciona en el párrafo primero se incluirán en cualquier caso:
 - a. el número de casos de terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales haya emitido un dictamen la comisión;
 - b. la naturaleza de esos casos;
 - c. los dictámenes y las consideraciones en que se han basado.

ARTÍCULO 18

Con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, nuestros ministros entregarán anualmente un informe sobre el funcionamiento

de las comisiones, partiendo del informe del trabajo realizado mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

ARTÍCULO 19

1. A propuesta de nuestros ministros y mediante decreto legislativo, se establecerán reglas sobre las comisiones con respecto a:
 - a. su número y competencias relativas;
 - b. su lugar de domicilio.
2. En virtud de, o mediante decreto legislativo, nuestros ministros podrán establecer reglas adicionales sobre las comisiones en lo relativo a:
 - a. sus dimensiones y su composición;
 - b. su método de trabajo y la presentación de informes.
 - c. las consultas con un representante de la Fiscalía General del Estado y con un representante de la Inspección de Sanidad y Juventud.

CAPÍTULO IIIA BONAIRE, SAN EUSTAQUIO Y SABA

78

ARTÍCULO 19A

Esta ley también se aplicará a las entidades públicas de Bonaire. San Eustaquio y Saba, teniendo en cuenta lo establecido en este capítulo.

ARTÍCULO 19B

1. Para la aplicación de:
 - el artículo 1, letra b, en lugar de “artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal”, se leerá: “artículo 307, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal de BES”;
 - el artículo 1, letra f, en lugar de “una comisión regional de verificación como las mencionadas en el artículo 3”, se leerá: “una comisión como las mencionadas en el artículo 19c”;
 - el artículo 2, párrafo primero, encabezamiento, en lugar de “artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal”, se leerá: “artículo 306, párrafo segundo, del Código Penal de BES”;
 - el artículo 8, párrafo primero, en lugar de “artículo 7, párrafo segundo de la Ley reguladora de los funerales”, se leerá: “artículo 1, párrafo tercero de la Ley de declaraciones de fallecimiento (*Wet verklaringen van overlijden*) de BES”;
 - el artículo 8, párrafo tercero, desaparece: “o a los profesionales sanitarios pertinentes”;
 - el artículo 9, párrafo segundo, encabezamiento, en lugar de “la Fiscalía General del Estado”, se leerá: “el fiscal general”.
2. No se aplicará el artículo 1, letra e.

ARTÍCULO 19C

A diferencia del artículo 3, párrafo primero, existirá una comisión que designarán nuestros ministros y que tendrá competencia para verificar las notificaciones de casos de terminación de la vida a petición propia y de ayuda al suicidio, mencionados respectivamente en el artículo 306, párrafo segundo, y en el artículo 307, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal de BES.

ARTÍCULO 19D

En la reunión mencionada en el artículo 13, participará el presidente de la comisión, mencionada en el artículo 19c.

CÓDIGO PENAL

ARTÍCULO 293

1. El que cause deliberadamente la muerte de otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con una pena de prisión de un máximo de doce años o con multa de quinta categoría.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo primero no será constitutivo de delito si lo lleva a cabo un médico que además debe cumplir los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio y debe comunicarlo al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo, de la Ley reguladora de los funerales.

ARTÍCULO 294

1. El que de forma intencionada induzca a otro a cometer suicidio, será castigado, si se produce dicho suicidio, con una pena de prisión de un máximo de tres años o una multa de cuarta categoría.
2. El que de forma intencionada preste ayuda a otro para cometer suicidio o le facilite los medios necesarios para ese fin, será castigado, si se produce dicho suicidio, con una pena de prisión de un máximo de tres años o una multa de cuarta categoría. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

LEY REGULADORA DE LOS FUNERALES

ARTÍCULO 7

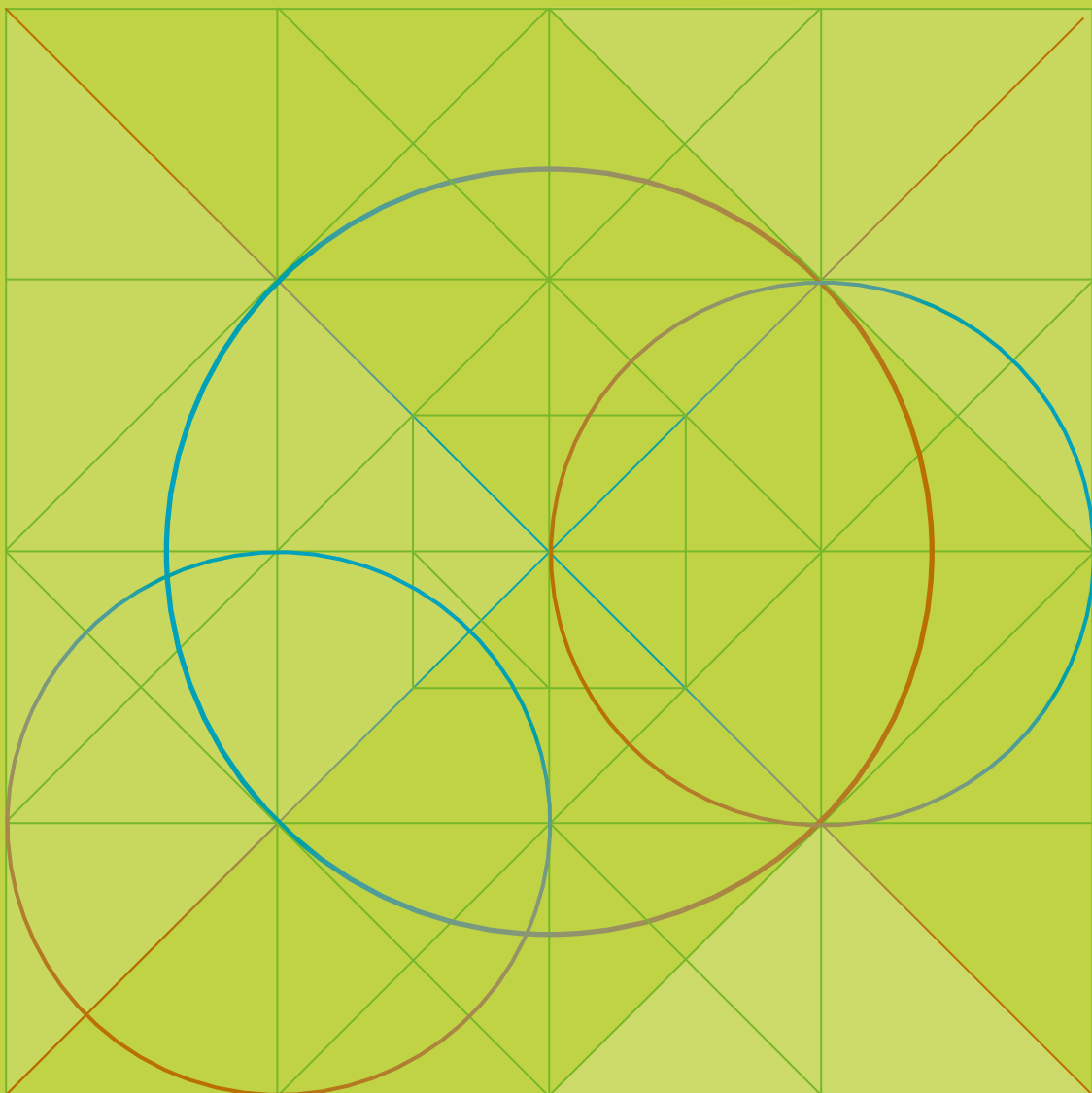
1. Quien haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción, si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.
2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio, tal y como se menciona, respectivamente, en el artículo 293, párrafo segundo y en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal, el médico que trate al paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente de la causa de la muerte al forense municipal o a uno de los forenses municipales, mediante la cumplimentación de un formulario. Además del formulario de notificación, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.
3. Si se produce cualquier otro caso diferente de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a la expedición de un certificado de defunción, lo comunicará inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales, mediante la cumplimentación de un formulario.

COLOFÓN

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

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

julio de 2022



COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE