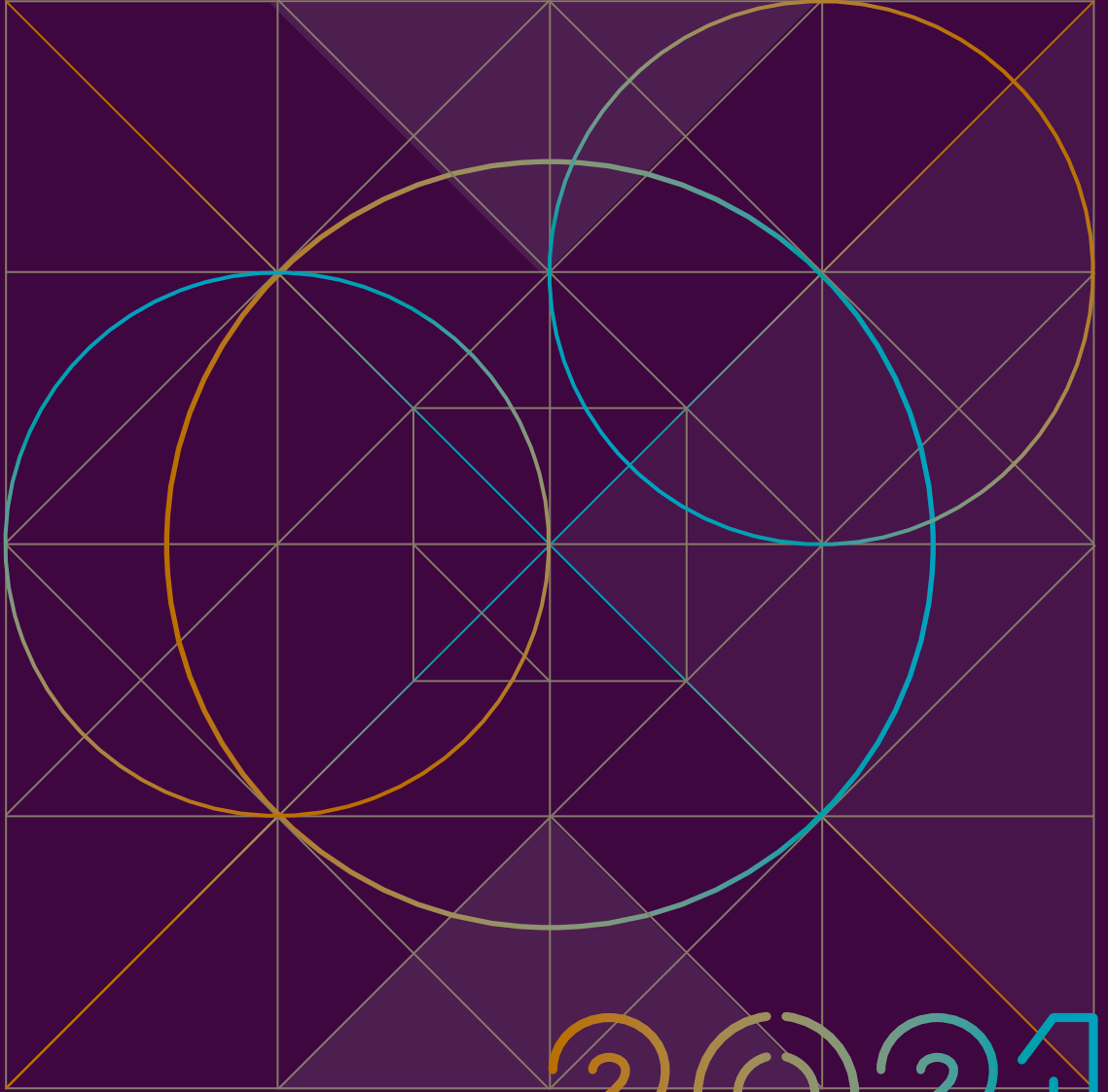


COMISIONES REGIONALES DE VERIFICACIÓN DE LA EUTANASIA



INFORME ANUAL

2021

# CONTENIDO

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN                                                              | 4  |
| CAPÍTULO 1 CIFRAS Y ACONTECIMIENTOS EN 2021                               |    |
| 1 Informe anual                                                           | 7  |
| 2 Notificaciones                                                          | 9  |
| Número de notificaciones                                                  | 9  |
| Proporción hombre - mujer                                                 | 9  |
| Proporción terminación de la vida a petición propia-ayuda al suicidio     | 9  |
| Enfermedades                                                              | 11 |
| Enfermedades más comunes                                                  | 11 |
| Demencia                                                                  | 11 |
| Enfermedades mentales                                                     | 11 |
| Acumulación de enfermedades propias de la vejez                           | 13 |
| Otras enfermedades                                                        | 13 |
| Edad                                                                      | 13 |
| Médicos comunicantes                                                      | 15 |
| Lugar de la terminación de la vida                                        | 17 |
| Eutanasia y donación de órganos y tejidos                                 | 17 |
| Parejas (cónyuges)                                                        | 17 |
| No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado                 | 17 |
| 3 Forma de trabajo de las CRV, cambios                                    | 18 |
| Casos que suscitan preguntas (VO) y casos que no suscitan preguntas (NVO) | 18 |
| Planteamiento de preguntas escritas y verbales por parte de las CRV       | 21 |
| Notificaciones complejas                                                  | 21 |
| Sala de reflexión                                                         | 22 |
| Otras cuestiones                                                          | 22 |
| Organización                                                              | 24 |

|     |                                                                                                                                                    |    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1   | Introducción                                                                                                                                       | 25 |
| 2   | El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado                                                                             | 28 |
| 2.1 | Cinco ejemplos de notificaciones muy frecuentes                                                                                                    | 28 |
|     | Dictamen 2021-36 Cáncer                                                                                                                            | 29 |
|     | Dictamen 2021-65 Enfermedad del sistema nervioso                                                                                                   | 30 |
|     | Dictamen 2021-05 Enfermedad pulmonar                                                                                                               | 31 |
|     | Dictamen 2021-40 Enfermedad cardiovascular                                                                                                         | 32 |
|     | Dictamen 2021-07 Combinación de enfermedades                                                                                                       | 33 |
| 2.2 | Cinco ejemplos de notificaciones ordenadas según cinco requisitos de diligencia y cuidado                                                          | 34 |
|     | Dictamen 2021-146 Petición voluntaria y bien meditada                                                                                              | 35 |
|     | Dictamen 2021-147 Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora                                                                            | 37 |
|     | Dictamen 2021-28 Inexistencia de otra solución razonable                                                                                           | 38 |
|     | Dictamen 2021-42 Consulta                                                                                                                          | 40 |
|     | Dictamen 2021-30 Realización con la diligencia de la práctica médica                                                                               | 42 |
| 2.3 | Cuatro ejemplos relativos a pacientes de categorías especiales (enfermedades mentales, acumulación de enfermedades propias de la vejez y demencia) | 43 |
|     | Dictamen 2021-148 Psiquiatría                                                                                                                      | 44 |
|     | Dictamen 2021-54 Acumulación de enfermedades propias de la vejez                                                                                   | 47 |
|     | Dictamen 2021-86 Paciente con demencia, con capacidad de expresar la voluntad                                                                      | 49 |
|     | Dictamen 2021-90 Paciente que ya no tiene capacidad de expresar su voluntad en lo relativo a una petición de eutanasia                             | 52 |
| 3   | El médico <i>no</i> ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado                                                                   | 57 |
|     | Consulta independiente                                                                                                                             | 57 |
|     | Dictamen 2021-71                                                                                                                                   | 58 |
|     | Dictamen 2021-142                                                                                                                                  | 59 |
|     | Realización con la diligencia de la práctica médica                                                                                                | 60 |
|     | Dictamen 2021-81                                                                                                                                   | 61 |
|     | Dictamen 2021-92                                                                                                                                   | 63 |
|     | Aplicación de un cuidado especial                                                                                                                  | 65 |
|     | Dictamen 2021-76                                                                                                                                   | 66 |
|     | Dictamen 2021-97                                                                                                                                   | 68 |
|     | Dictamen 2021-143                                                                                                                                  | 71 |

En 2021, la Comisión Regional de Verificación de la Eutanasia (CRV) recibió 7666 notificaciones de eutanasia<sup>1</sup>. En 7 casos, el dictamen fue que el médico no cumplía los requisitos de diligencia y cuidado. En consecuencia, la principal conclusión de este año es también que la práctica de la eutanasia en los Países Bajos es muy cuidadosa.

La inmensa mayoría de las notificaciones no suscita preguntas a la comisión, tras haberlas estudiado detenidamente. En este informe se incluyen y explican nuevamente varias de esas notificaciones que no suscitan preguntas (NVO). También se suele subir al sitio web un número limitado de los dictámenes de esas notificaciones. La verificación de esas notificaciones, que normalmente se refieren a pacientes mayores en una fase avanzada de una enfermedad terminal, ocupa la mayor parte de la capacidad de la CRV.

El debate social y político sobre la eutanasia tampoco se ha apagado en 2021. La CRV no se mezcla en ese debate. Entre otras cosas, verifica el cumplimiento de la Ley WTL<sup>2</sup> y la interpretación de dicha ley que ofrece el Tribunal Supremo neerlandés (*Hoge Raad*) y rinde cuentas de su trabajo con este informe anual y con la publicación en su sitio web de una selección de sus dictámenes. El año pasado se dio comienzo a la ambición de publicar todos los dictámenes motivados. La CRV es consciente de que con ello se presta una atención desproporcionada a un número relativamente pequeño de notificaciones, a saber: a las notificaciones que suscitan preguntas, por su naturaleza o por su ejecución, que son siempre excepciones y casos límite. Pero son precisamente esos dictámenes los que ofrecen información sobre las preguntas y dilemas a los que se enfrenta la CRV. Pueden alimentar el debate social con ejemplos de la práctica.

El pasado año se prestó mucha atención a la actualización del Código sobre la Eutanasia 2018. Este proceso concluirá en la primera mitad de 2022. En el Código sobre la Eutanasia se recogen de forma clara las normas generales de verificación que aplica la CRV. Las normas se derivan de los muchos dictámenes dictados sobre notificaciones individuales. El código proporciona claridad previa y es de gran importancia para el médico encargado, que tiene que poder saber a qué se enfrenta. El código no es la única norma sobre la eutanasia dirigida a

1 En este informe anual, se incluyen dentro del término "eutanasia" la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio.

2 WTL: abreviatura en neerlandés de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*).

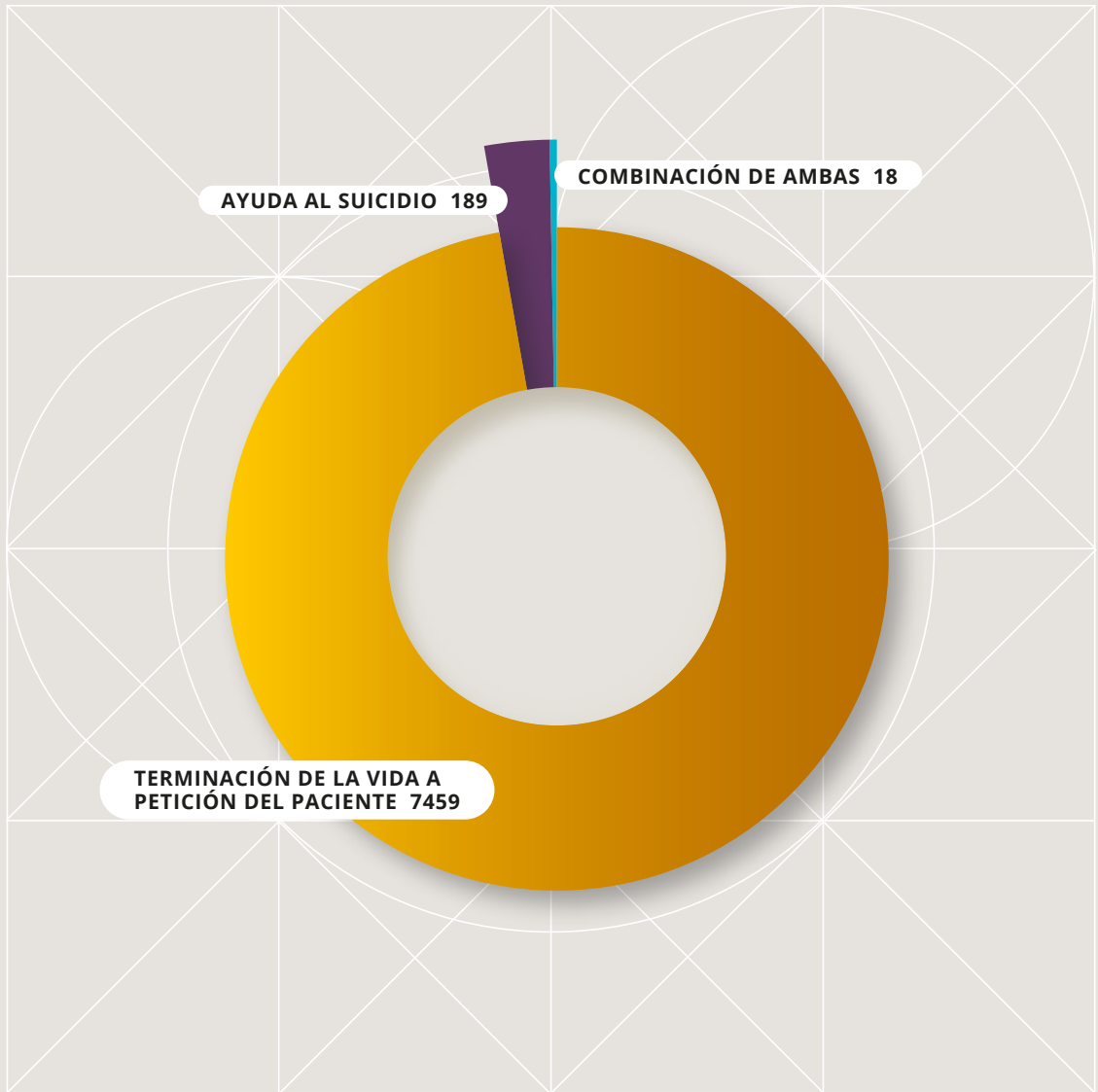
los médicos. En 2021 se aprobó la nueva Directriz de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG)/Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*), y la KNMG publicó su postura sobre las decisiones en torno al final de la vida. Todo ello se hizo de común acuerdo con la CRV. Por su parte, antes de aprobar el Código sobre la Eutanasia actualizado, la CRV lo comentará con la KNMG (y también, entre otros, con el Ministerio Fiscal, la Inspección de Sanidad y Juventud (IGJ) y el Centro Especializado de Eutanasia). Debe evitarse que el médico encargado sea víctima de desacuerdos entre las diversas autoridades en el terreno de la eutanasia. El número de casos notificados de eutanasia (7666) aumentó en 2021 un 10,5 % con respecto al año anterior. Este año constituye también un porcentaje más elevado de la fecha total de fallecimientos (170 839), a saber: el 4,5 % frente al 4,1 % en 2020. El aumento todavía es relativamente mayor porque, en la práctica, el COVID-19 no ha resultado ser un motivo autónomo de eutanasia. Una infección por coronavirus se menciona en un único caso como motivo adicional de sufrimiento, además de otra enfermedad grave. Por tanto, el exceso de mortalidad como consecuencia de la pandemia de COVID-19 no ha tenido (prácticamente) ningún efecto en el incremento del número de casos de eutanasia. No se puede dar la causa del aumento de la eutanasia con respecto al número total de fallecimientos, porque todavía se está investigando. Posiblemente, la cuarta evaluación de la Ley WTL (que concluirá en 2022 y principios de 2023) ofrecerá más claridad sobre esta cuestión.

Para la CRV, 2021 también ha sido un año complicado, como consecuencia de la pandemia de coronavirus. A esto se añade la mudanza de las cinco comisiones regionales a un solo inmueble en Utrecht y la integración consecuente de las distintas partes de la organización de la CRV (miembros, secretarías, apoyo de procesos). Muchas gracias a todos los que se han esforzado especialmente en conseguir que el trabajo cotidiano continuara sin particularidades. Gracias también al Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte y, en especial, a la Unidad de secretarías de órganos disciplinarios de la atención sanitaria y las comisiones de verificación de la eutanasia (ESTT). En mi primer año como presidente coordinador, me he encontrado con una organización seria. Una organización que verifica con espíritu crítico que todas las notificaciones de eutanasia en los Países Bajos cumplan los requisitos de diligencia y cuidado que exige la ley. Estoy especialmente impresionado por el coraje de los pacientes y los médicos para poner fin a la vida del paciente de forma íntegra, terminando de esa forma con su sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

**JEROEN RECOURT**

*presidente coordinador*

**PROPORCIÓN ENTRE TERMINACIÓN DE LA VIDA  
A PETICIÓN DEL PACIENTE / AYUDA AL SUICIDIO**



# CAPÍTULO I CIFRAS Y ACONTECIMIENTOS EN 2021



## 1 INFORME ANUAL

---

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

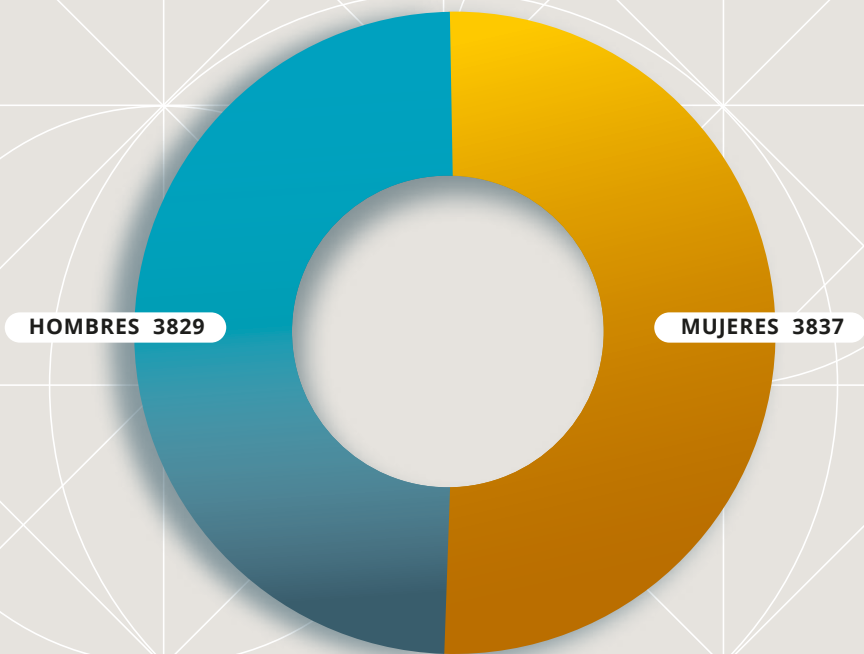
Además, el informe tiene como objetivo informar a los médicos y otros interesados sobre la forma en que las comisiones han verificado y evaluado notificaciones concretas. Por ello, en el capítulo 2 del informe anual se tratan ampliamente los dictámenes más frecuentes y algunos dictámenes especiales.

Se ha intentado hacer accesible el informe anual para un público amplio, evitando en lo posible usar o explicar términos jurídicos y médicos.

*Para más información sobre las líneas principales de la ley, la forma de trabajo de las comisiones, etc., véase el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018 en euthanasie-commissie.nl.<sup>3</sup>*

<sup>3</sup> El Código sobre la Eutanasia 2018 (versión revisada de 2020) todavía está siendo revisado en el momento de la publicación de este informe anual. Se espera que el Código sobre la Eutanasia 2022 aparezca en el primer semestre de 2022.

# PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES





### NÚMERO DE NOTIFICACIONES

En 2021, la CRV recibió 7666 notificaciones de eutanasia. Se trata del 4,5 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2021<sup>4</sup> (170 839). Supone un aumento del 10,5 % del número de notificaciones con respecto a 2020 (6938 notificaciones). Por lo que se refiere a la proporción con el número total de fallecimientos, se ha producido un aumento del 0,4 por ciento en comparación con 2020.

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

### PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES

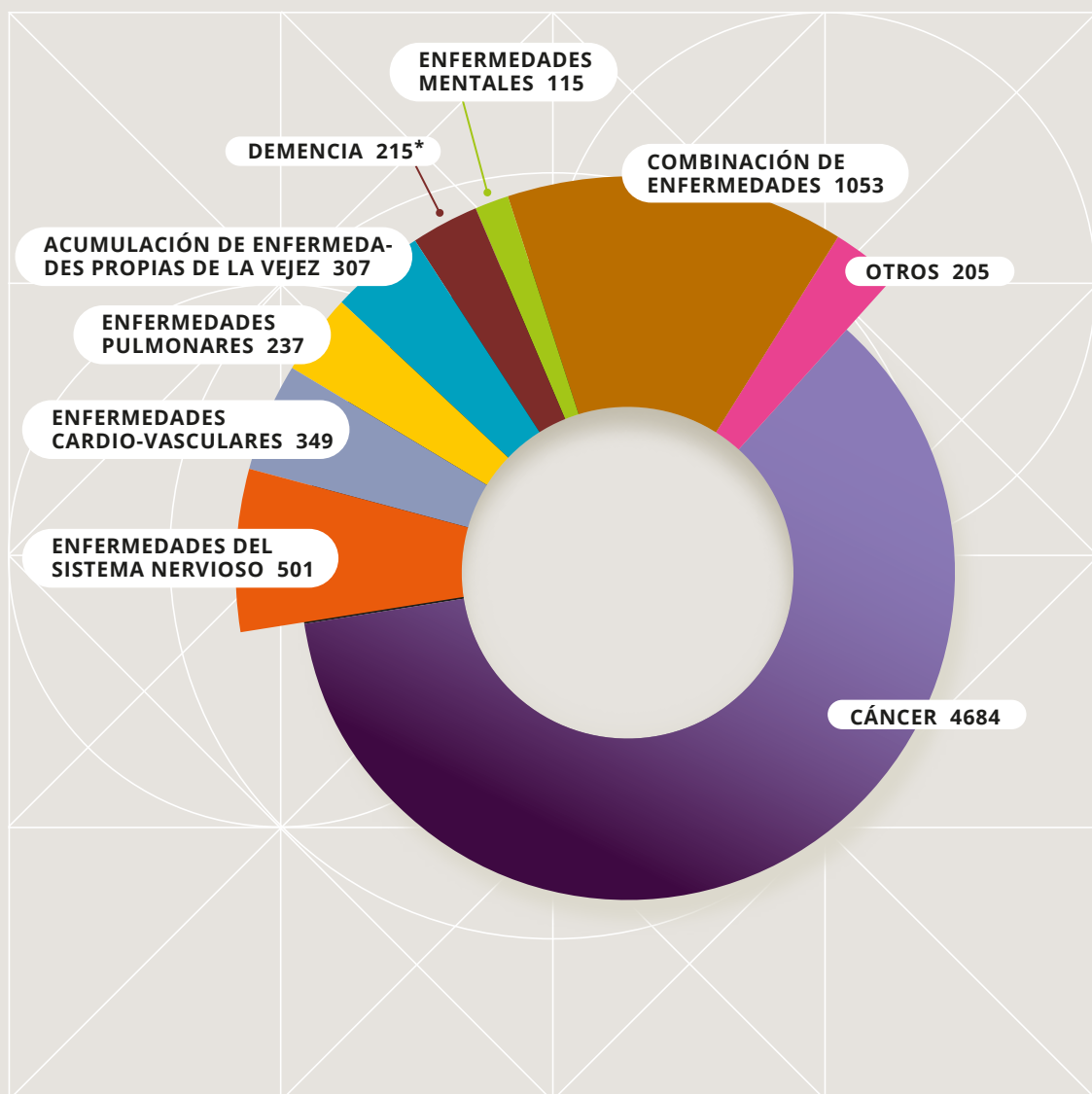
Al igual que en años anteriores, la proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres vuelve a ser prácticamente igual: 3829 hombres y 3837 mujeres (el 49,9 % y el 50,1 %, respectivamente). Es la primera vez desde que la CRV incluye en su informe anual la proporción de hombres y mujeres (desde 2016) que se ha practicado la eutanasia a más mujeres que hombres.

### PROPORCIÓN ENTRE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE Y LA AYUDA AL SUICIDIO

En 7459 casos (97,3 %) se trató de notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente, 189 casos (2,5 %) se referían a ayuda al suicidio y 18 notificaciones (0,23 %) fueron una combinación de ambas. Hablamos de combinación cuando un paciente no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

*Véanse los puntos de atención de la realización con la diligencia de la práctica médica en el Código sobre la eutanasia (modificado) 2018, p. 35 y siguientes.*

## NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES



\* 209 de las cuales se trataban de demencia en fase inicial.  
Demencia (muy) avanzada: 6

### ENFERMEDADES MÁS COMUNES

El 89,0 % de las notificaciones recibidas por la CRV en 2021 (6824) se refería a personas con:

- cáncer incurable (4684; 61,1 %);
  - enfermedades del sistema nervioso (501; 6,5 %), como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA;
  - enfermedades cardiovasculares (349; 4,6 %);
  - enfermedades pulmonares (237; 3,1 %)
- o una combinación de enfermedades (1053; 13,7 %).

### DEMENCIA

En 2021, 6 notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer que la petición era voluntaria y bien meditada. Una de esas notificaciones (2021-90) se incluye en el capítulo 2 de este informe anual. Todas esas notificaciones están publicadas en el sitio web de la CRV.

En 209 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición de eutanasia, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición. Es un ejemplo de ello la notificación 2021-86, incluida en el capítulo 2.

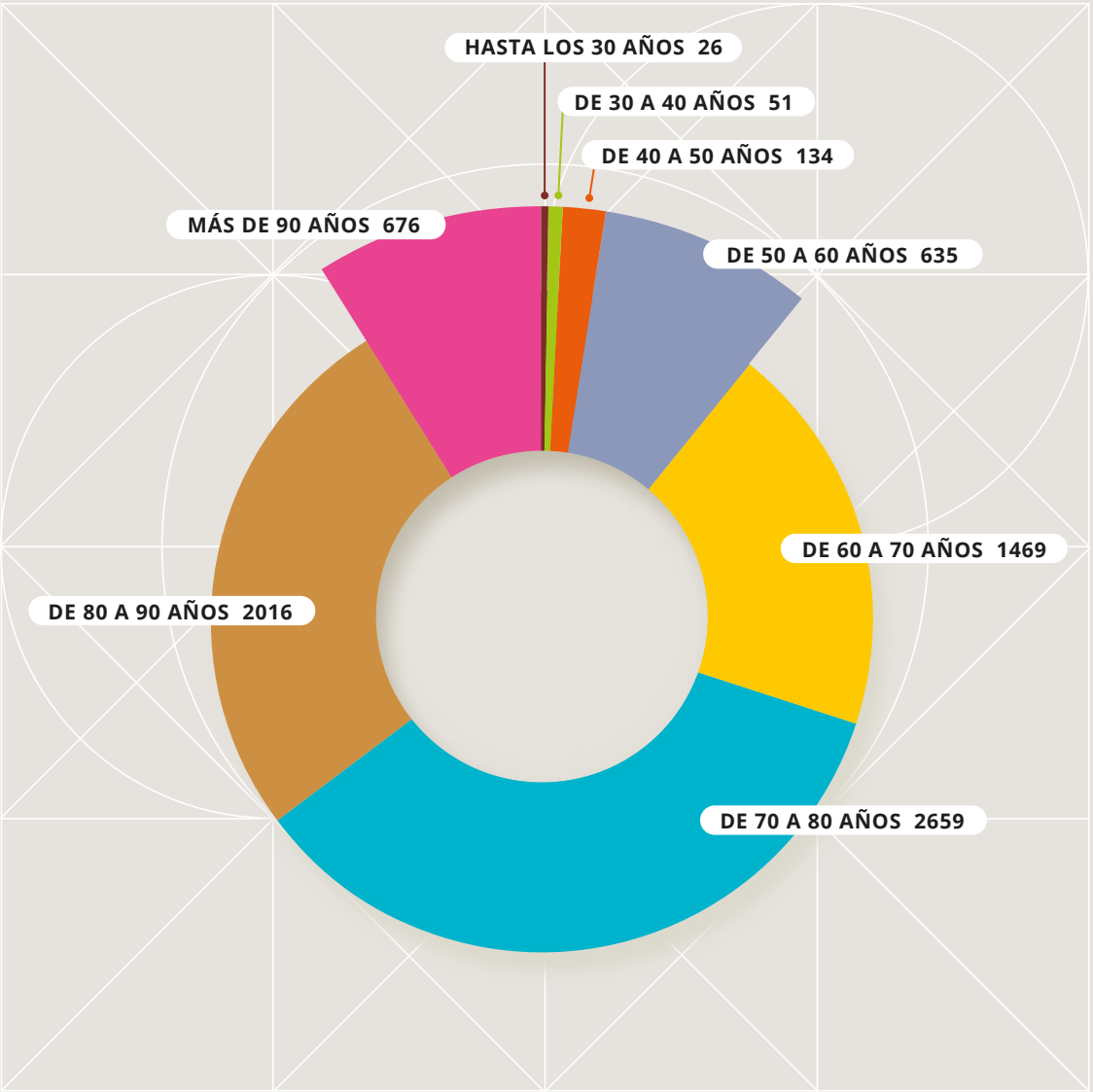
*Véase para los puntos de atención en pacientes con demencia, el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018, p. 46 y siguientes.*

### ENFERMEDADES MENTALES

En 115 notificaciones de eutanasia, el sufrimiento estaba basado en una o más enfermedades mentales. En 51 de esas notificaciones el médico comunicante era un psiquiatra, en 23 casos un médico de familia, en 3 casos un geriatra y en 38 casos otro tipo de médico. En 83 notificaciones en las que se practicó la eutanasia a un paciente debido a una enfermedad mental, el médico encargado estaba vinculado al Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*: EE según sus siglas en neerlandés, que antes era la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida). En los casos cuyo sufrimiento está causado por una enfermedad o enfermedades mentales, el médico debe aplicar un cuidado especial, como sucedió en la notificación 2021-148 (incluida en el capítulo 2).

*Véase para los puntos de atención en pacientes con una enfermedad mental, el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018, p. 44 y siguientes.*

# EDAD



## ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales (enfermedades de la vista), alteraciones auditivas, osteoporosis (descalcificación ósea) y sus consecuencias, artrosis (desgaste de articulaciones), problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Estas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen aparecer en edades avanzadas y constituyen un cúmulo de una o más enfermedades, con los síntomas que conllevan. Todo ello, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. En 2021, la CRV recibió 307 notificaciones en esta categoría. En el capítulo 2 y en el sitio web se incluye un dictamen relativo a una notificación de acumulación de enfermedades propias de la vejez, con el número 2021-54.

*Véase para los puntos de atención en casos de acumulación de enfermedades propias de la vejez el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018, p. 23 y siguientes.*

## OTRAS ENFERMEDADES

Finalmente, la CRV también utiliza en el registro de notificaciones la categoría residual “otras enfermedades”. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico o una enfermedad hereditaria rara. En 2021 fueron 205 notificaciones.

## EDAD

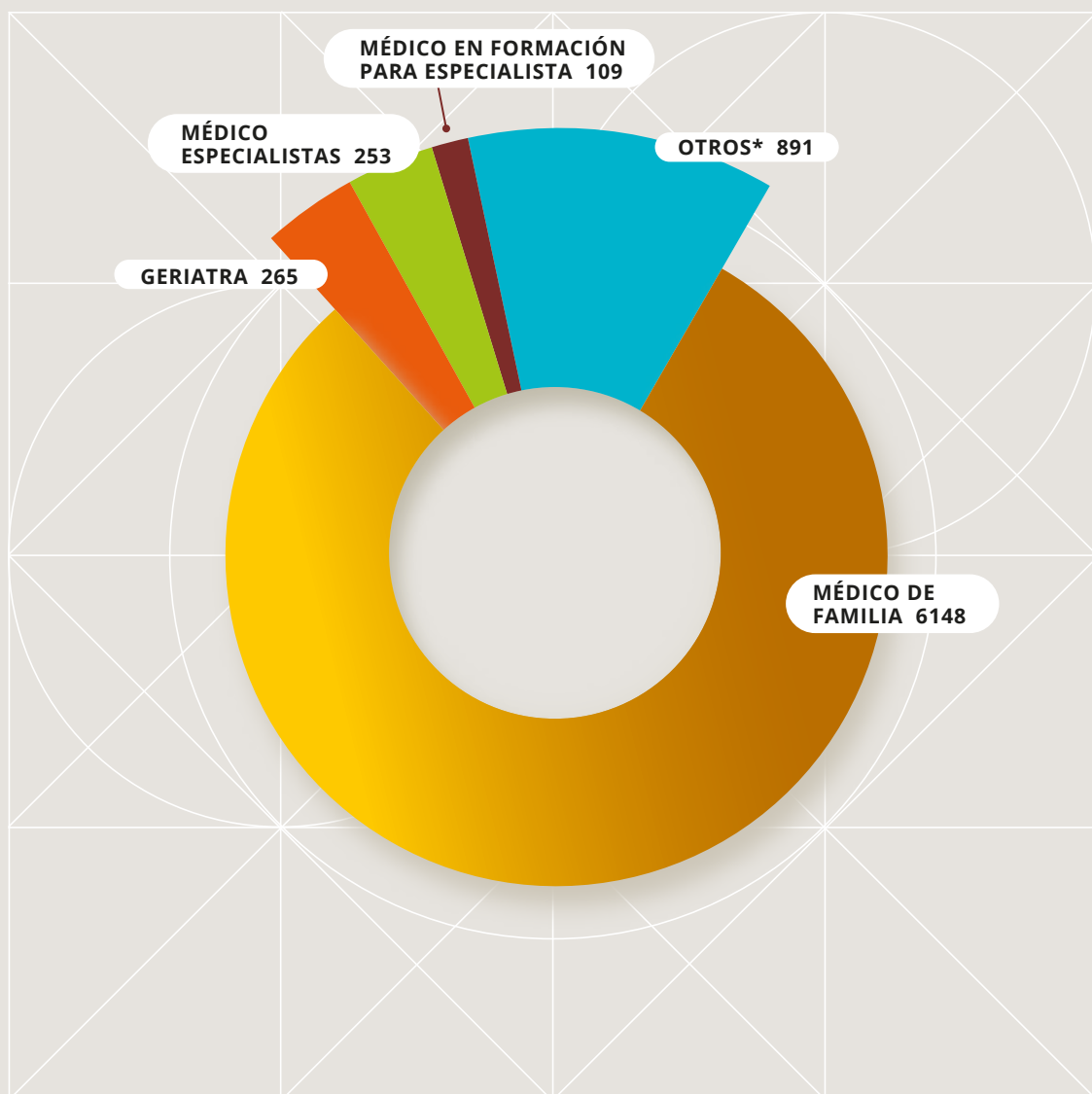
El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años (2659, un 34,7 %), seguida de las edades entre 80 y 90 años (2016, un 26,3 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1469, un 19,2 %).

En 2021, la CRV evaluó una notificación de eutanasia de un menor de edad. Dicha notificación está publicada en el sitio web con el número 2021-02. En 30 notificaciones, los pacientes tenían más de 100 años. El paciente más mayor tenía 105 años.

*Véase para los puntos de atención en pacientes menores de edad, el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018, p. 44.*

En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 77 notificaciones. En 34 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en 31 casos se trataba de una enfermedad mental. Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 80 y 90 años (89 notificaciones), seguida de las personas entre 70 y

## MÉDICOS COMUNICANTES



\* (por ejemplo, médicos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia o médicos sin especialización)

80 años (88 notificaciones). En la categoría de psiquiatría, en 2021 se produjeron 25 notificaciones de personas de entre 50 y 60 años, y 22 notificaciones de personas de 60 a 70 años. Dentro de la categoría “acumulación de enfermedades propias de la vejez”, la mayoría de las notificaciones corresponden a edades de 90 años en adelante (188 notificaciones).

## MÉDICOS COMUNICANTES

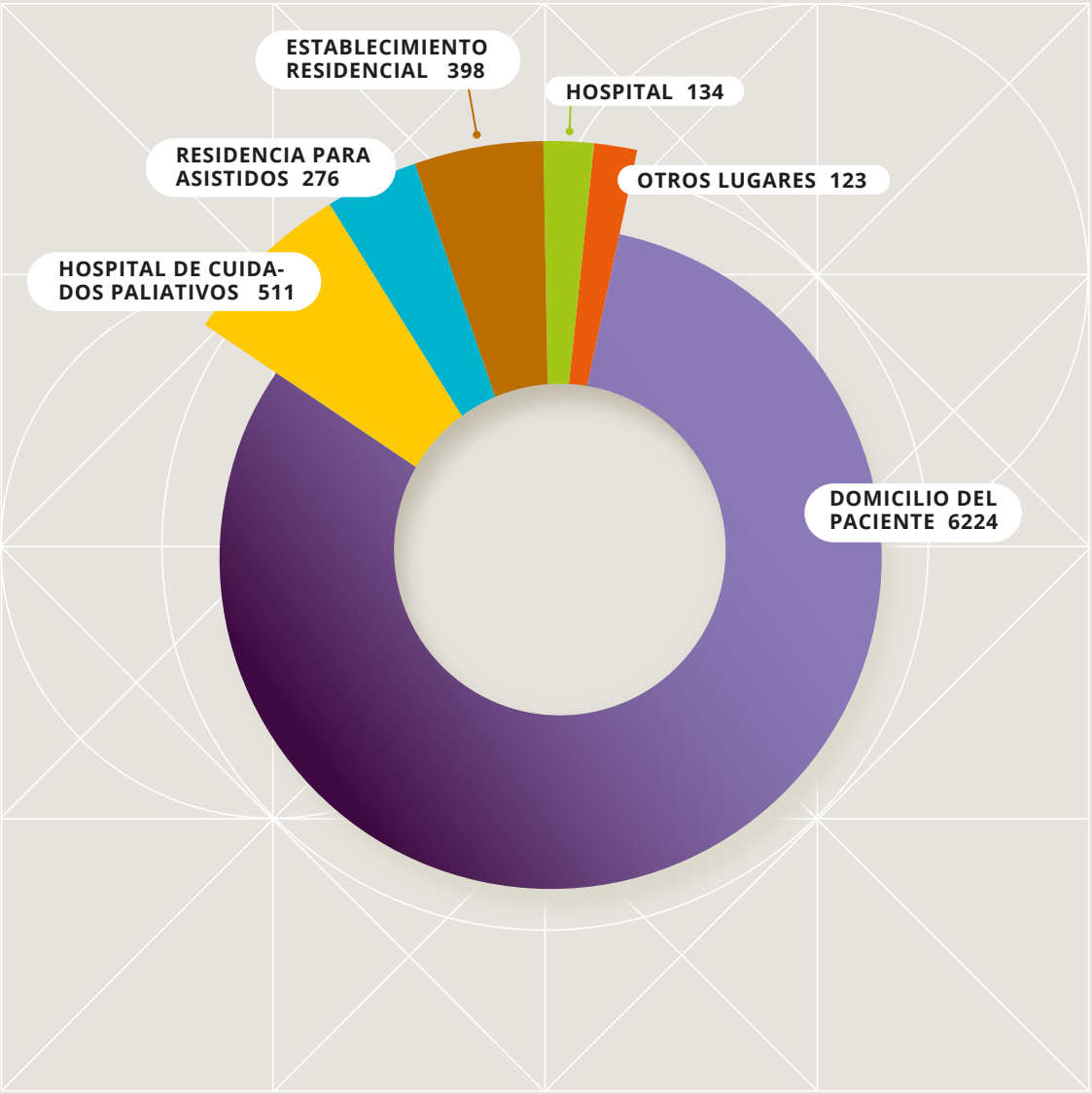
En la mayor parte de las notificaciones, el médico comunicante fue el médico de familia (6148, que supone un 80,2 % de las notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: especialistas en geriatría (265), médicos especialistas (253) y médicos en formación para especialistas (109). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (891), la mayoría de ellos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia (EE).

El número de notificaciones de médicos vinculados al EE (1123) aumentó en 2021 en más de 200 con respecto a 2020 (916). Suele recurrirse a los médicos del EE cuando el médico implicado en el tratamiento del paciente considera que la petición de eutanasia es demasiado complicada. También acuden regularmente al EE los médicos que se niegan a practicar eutanasia por razones de principios o que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal. Puede acudir al EE por iniciativa del médico encargado del tratamiento, a petición del propio paciente o de su familia. Una gran parte de las notificaciones en las que existía una enfermedad mental provenía de un médico del EE: 83 de las 115 notificaciones (más de un 72 %). 99 notificaciones de las 215 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia (46,0 %) provenían también de un médico del EE. Por lo demás, 158 de las 307 notificaciones en las que existía una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 51,4 %) provenían de médicos del EE.

## LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

Al igual que en años anteriores, en la mayor parte de las notificaciones (5676, esto es: el 81,2 %) el fallecimiento del paciente tuvo lugar en su propio domicilio. En las demás notificaciones, el lugar de fallecimiento fue un establecimiento residencial medicalizado o una residencia para asistidos (674; el 8,8 %), un hospital de cuidados paliativos (511; el 6,7 %), un hospital (134; el 1,7 %) u otros lugares, por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (123, un 1,6 %).

# LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA





## EUTANASIA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

La terminación de la vida por medio de la eutanasia no impide la donación de órganos y tejidos. En la Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*), la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*) describe ampliamente el procedimiento a seguir, que consta de varios pasos.<sup>5</sup> En 2021, la CRV recibió 5 notificaciones que indicaban explícitamente que había existido donación de órganos y tejidos después de la eutanasia.

## PAREJAS (CÓNYUGES)

En 32 notificaciones se practicó simultáneamente la eutanasia a los dos miembros de una pareja (16 parejas). Los dictámenes 2021-22 y 2021-23 (en el sitio web) son ejemplos de este tipo de casos. Naturalmente, deben cumplirse los requisitos de diligencia y cuidado que exige la WTL para cada una de las personas por separado. Además, ambos miembros de la pareja deben ser visitados por un asesor diferente, para garantizar la independencia de la evaluación del caso<sup>6</sup>.

## NO CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

En 7 de los casos notificados en 2021, la CRV ha dictaminado que el médico encargado no cumplió todos los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 1 de la WTL. Los 7 se incluyen en el capítulo 2.

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

6 (Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018, p. 31

#### **CASOS QUE SUSCITAN PREGUNTAS (VO) Y CASOS QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS (NVO)**

Desde 2012, la CRV aplica el siguiente método de trabajo a la evaluación de una notificación. Cuando se recibe una notificación, el secretario de la comisión (un jurista) califica el expediente de forma provisional como notificación “que no suscita preguntas” (notificaciones NVO, según sus siglas en neerlandés) o como notificación “que suscita preguntas” (VO). Las notificaciones se clasifican como NVO cuando el secretario de la comisión considera que la información ofrecida es completa y que el médico ha cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado, a menos que la notificación esté incluida en una categoría calificada por definición como “que suscita preguntas” (VO). Este es el caso, por ejemplo, cuando se trata de notificaciones en las que el sufrimiento del paciente se basa en una enfermedad mental. Tras la primera selección del secretario de la CRV, la comisión evalúa las notificaciones. Dicha evaluación es digital para las notificaciones calificadas como NVO. Seguidamente, la comisión dictamina si la notificación realmente no suscita preguntas o si, al contrario del dictamen provisional del secretario, considera que sí plantea determinadas preguntas. En el último caso, la comisión califica el caso como “notificación que suscita preguntas (VO)” y se comenta en la reunión. En 2021, esto sucedió con 75 notificaciones (1 %).

18

Si una notificación no suscita ni una sola pregunta, el médico recibe siempre un dictamen resumido. En un dictamen de ese tipo se hace una breve remisión a los hechos incluidos en la notificación. Finalmente, se informa al médico de que, partiendo de dichos hechos, la comisión dictamina que el médico ha cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado.

Si, por el contrario, se trata de un caso que suscita preguntas (VO), se redacta un dictamen escrito detallado. En dicho dictamen, la comisión explica qué aspectos de la notificación han suscitado preguntas. También se indica en qué consideraciones se basa para decidir que “se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado” o que “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”. Además, la comisión se limita al aspecto concreto que suscite preguntas.

De esta forma, la CRV espera que los médicos y otros interesados tengan claro de qué forma llega a su dictamen y cual hay sido el argumento decisivo para llegar a dicho dictamen.

Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas (NVO) y que fueron tramitadas con un dictamen resumido, se incluyen en el capítulo

2 los casos 2021-05, 2021-07, 2021-36 y 2021-65. Cabe señalar que lo que se incluye es un resumen de la notificación en cuestión y no el dictamen enviado al médico, dado que las notificaciones han sido tramitadas con un dictamen resumido.

En el sitio web de las comisiones ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) se detalla y publica una parte de las notificaciones NVO.

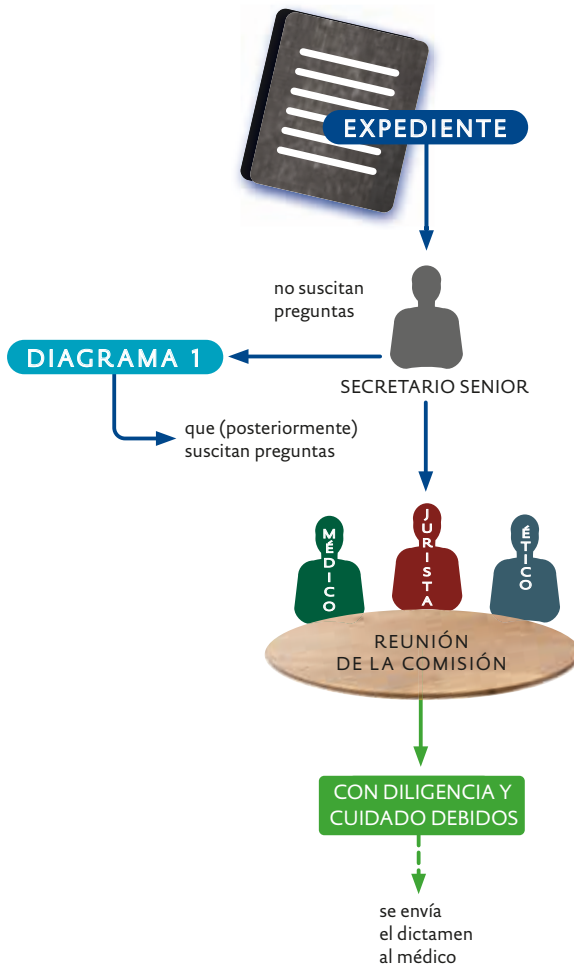
## DIAGRAMA 1

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



**DIAGRAMA 2**

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



En 2021, los secretarios de las comisiones calificaron el 94,6 % de las notificaciones recibidas como “no suscitan preguntas” (NVO).

El 5,4 % de todas las notificaciones recibidas fueron calificadas directamente como “suscitan preguntas” (VO), por ejemplo (aunque no exclusivamente) porque existía una enfermedad mental, porque surgieron preguntas sobre la práctica de la eutanasia o porque el expediente facilitado por el médico comunicante era demasiado conciso para llegar a un dictamen.

El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y el envío del dictamen fue en 2021 de una media de 32 días. Esto entra dentro del plazo de seis semanas fijado en el artículo 9, párrafo primero de la WTL, aunque es tres días más largo que en 2020.

### **PLANTEAMIENTO DE PREGUNTAS ESCRITAS Y VERBALES POR PARTE DE LA CRV**

En algunos casos, los informes rellenos por el médico y el asesor, con los anexos adjuntos, no proporcionan suficiente claridad a la comisión para poder evaluar la notificación. En ese caso, la comisión puede decidir que es necesario pedir una explicación más detallada al médico o al asesor. A raíz de sus reuniones, la comisión ha solicitado al médico una explicación escrita detallada en 21 notificaciones y al asesor en una notificación. Esto incluye las 7 notificaciones mencionadas en las que la comisión consideró que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

En 23 notificaciones, la comisión ha invitado al médico comunicante, y en un caso al asesor, para que respondieran las preguntas de la comisión durante la siguiente reunión (después de, en su caso, haber planteado al médico preguntas por escrito). Generalmente, las explicaciones verbales y escritas de médicos y asesores fueron tan clarificadoras para la comisión que dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. Esto no quita que las comisiones también hayan ofrecido regularmente indicaciones a los médicos sobre la forma en que pueden mejorar en el futuro sus actos y la notificación de esos actos.

### **NOTIFICACIONES COMPLEJAS**

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

consulten todos los demás miembros de la comisión y los secretarios. También siguen esa ruta las notificaciones sobre casos de eutanasia practicada a un paciente incapacitado, partiendo de su declaración de voluntad por escrito. Después de conocer las reacciones, la comisión redacta su dictamen definitivo.

También se suben a la intranet los borradores de dictámenes de otras notificaciones en las que la comisión necesita que se mantenga un debate interno. El objetivo es mantener lo más alta posible la calidad de la formación del dictamen y conseguir la mayor uniformidad posible en los dictámenes.

En 2021 fueron objeto de discusión 30 notificaciones. Incluyen las notificaciones evaluadas como “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”.

### **SALA DE REFLEXIÓN**

En 2016, la CRV decidió crear una sala de reflexión interna, entre otras cosas para favorecer la homogeneidad y la armonización interna. La sala de reflexión está formada por dos juristas, dos médicos y dos expertos en cuestiones éticas o espirituales; todos ellos deben haber formado parte de la CRV durante al menos tres años y se espera que sigan en sus puestos durante al menos otros dos años. Cuentan con la asistencia de un secretario. Una comisión puede consultar con la sala de reflexión cuando se enfrenta a una cuestión compleja. La sala de reflexión no evalúa la totalidad de la notificación, sino que solo se centra en una o más preguntas específicas formuladas por la comisión que solicita su asesoramiento. Normalmente, esas preguntas suelen ir más allá que la notificación en cuestión. Teniendo en cuenta el tiempo que requiere el trabajo de la sala de reflexión, se informa al médico comunicante de que posiblemente el dictamen se va a hacer esperar algo más de lo habitual. La sala de reflexión comenzó en 2021 a actualizar el Código sobre la Eutanasia 2018. Se espera que aparezca en la primera mitad de 2022.

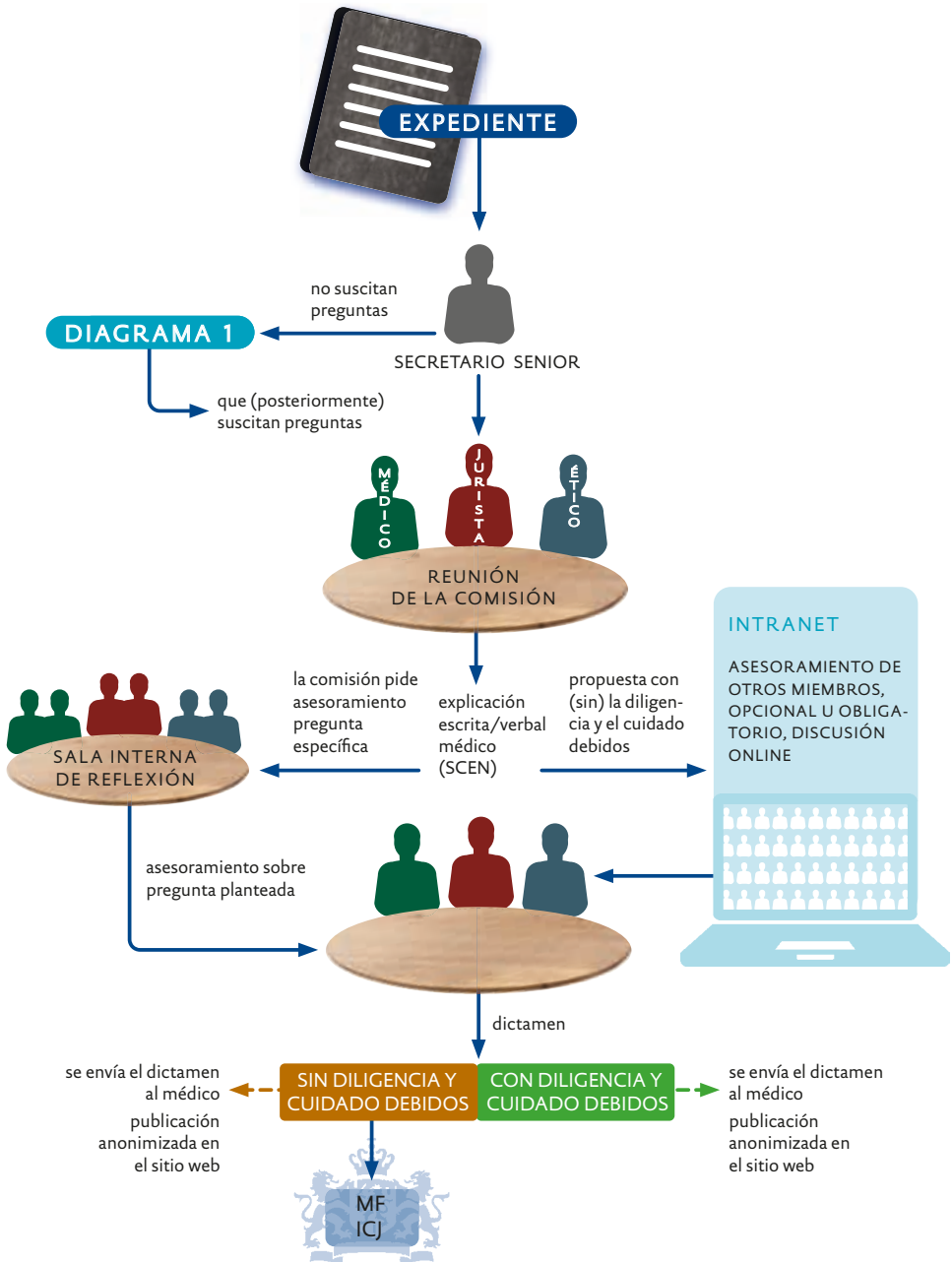
### **OTRAS CUESTIONES**

En 2021 se ha comenzado a desarrollar un nuevo sistema de automatización para la CRV. Se espera que ese sistema esté operativo en el verano de 2022.

El ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte ha ordenado que en 2022 comience la cuarta evaluación de la WTL.

# DIAGRAMA 3

<1% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



## ORGANIZACIÓN

La CRV se divide en cinco regiones. Cada región tiene tres juristas (presidente), tres médicos y tres expertos en cuestiones éticas o espirituales (experto en ética). En consecuencia, la CRV cuenta con 45 miembros.

Los miembros de las comisiones se reclutan públicamente y son nombrados, a propuesta de las comisiones, para un periodo de cuatro años (el nombramiento corre a cargo de los ministros de Sanidad, Bienestar y Deporte, y de Justicia y Seguridad). Pueden ser nombrados una vez más para un nuevo periodo.

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

El presidente coordinador de la CRV preside la consultas que celebran los presidentes para fijar la política, en las cuales siempre está presente un representante de los médicos y de los expertos en ética. El presidente coordinador es además presidente de una comisión de una de las cinco regiones. Las comisiones están asistidas por una secretaría que tiene unos 25 empleados. La secretaría está formada por un secretario general, secretarios (juristas) y empleados administrativos (facilitadores de procesos). Los secretarios tienen un voto consultivo en las reuniones de la comisión. El secretario general se encarga de la coordinación de los secretarios (en cuanto al contenido de su trabajo). Desde marzo de 2021, la secretaría se ha mudado a Utrecht. Cuando lo permitan las medidas contra el coronavirus, todas las reuniones de las comisiones también se celebrarán en Utrecht. Durante el pasado año, se celebraron parcialmente por videoconferencia.



# CAPÍTULO 2

## CASUÍSTICA

# 2

### 1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo mostramos dictámenes de la CRV. Esencialmente, el trabajo de la CRV consiste en evaluar las notificaciones de los médicos sobre la eutanasia.

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

25

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

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

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

En su verificación, la CRV compara su actuación con la ley, el historial legislativo, la jurisprudencia relevante y el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018<sup>7</sup>, redactado partiendo de resoluciones anteriores de la CRV. Las comisiones también tienen en cuenta anteriores resoluciones del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad y Juventud.

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

Los dictámenes incluidos en este capítulo están divididas en dictámenes en los que la comisión concluye que “cumplen los requisitos de diligencia y cuidado” (apartado 2) y dictámenes en los que la comisión concluye que “no cumplen los requisitos de diligencia y cuidado” (apartado 3). En este último caso, la comisión ha dictaminado que el médico no ha cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado.

El apartado 2 está dividido en tres subapartados. En el primero (apartado 2.1) recogemos cinco notificaciones representativas de la gran mayoría de las notificaciones que recibe la CRV. Se trata de notificaciones sobre casos en los que (ya) no existe curación posible, con pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares o una combinación de enfermedades. En esas notificaciones, no siempre se describe detalladamente el dictamen, porque el médico recibe un dictamen resumido, que es una carta que indica sucintamente que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

7 El Código sobre la Eutanasia 2018 (versión revisada de 2020) puede descargarse en el sitio web de la CRV ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)). También puede descargarse una página suelta para añadir a la versión impresa del Código sobre la Eutanasia 2018.

A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos de diligencia y cuidado. Tratamos la voluntariedad y la consideración dada a la petición (a), el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b), la convicción conjunta de que no existe otra solución razonable (d), la consulta independiente (e) y la diligencia y el cuidado médico debidos en la realización de la eutanasia (f). Hay un requisito concreto de diligencia y cuidado que no se trata expresamente en este lugar: la información al paciente sobre sus perspectivas (c). Dicho requisito está estrechamente relacionado con otros requisitos de diligencia y cuidado, principalmente con el requisito de que el médico esté convencido de que existe una petición voluntaria y bien meditada. Eso solo puede darse si el paciente ha sido informado de su estado de salud y de sus perspectivas.

Finalmente, en el apartado 2.3 describimos cuatro dictámenes en los que se llevó a cabo la eutanasia en un paciente de una categoría especial: pacientes con una enfermedad mental, pacientes con una acumulación de enfermedades propias de la vejez y pacientes con demencia. En el grupo de pacientes con demencia, el primer dictamen trata de una paciente con demencia que todavía tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia y el segundo dictamen se refiere a una paciente que ya no tenía capacidad de expresar la voluntad.

En el apartado 3 se tratan las siete notificaciones en las que la CRV dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Dos notificaciones tratan el requisito de la consulta independiente, dos la realización con la diligencia de la práctica médica y tres el cuidado especial que requiere la realización de la eutanasia en pacientes cuyo sufrimiento se deriva de una enfermedad mental.

Todos los dictámenes vienen indicados con un número, que remite a la reproducción del dictamen en el sitio web de la CRV ([www.euthanasie-commissie.nl](http://www.euthanasie-commissie.nl)). En los casos en que el médico ha recibido un dictamen escrito detallado, suele incluirse algo más de información en el sitio web. Si el médico ha recibido un dictamen resumido, se ofrece solo un breve resumen de los hechos descritos en la notificación, para su publicación en el sitio web o para el informe anual.

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

---



### 2.1 CINCO EJEMPLOS DE LAS NOTIFICACIONES MÁS FRECUENTES

Tal y como se desprende del capítulo 1, la eutanasia se lleva a cabo en su mayor parte en pacientes con cáncer (61,1 % de las notificaciones), enfermedades del sistema nervioso (6,5 % de las notificaciones), enfermedades cardiovasculares (4,6 % de las notificaciones), enfermedades pulmonares (3,1 % de las notificaciones) y una combinación de enfermedades (13,7 % de las notificaciones). Sirvan como ejemplo de ellos las siguientes cinco notificaciones, que son todas notificaciones que no suscitan preguntas (NVO). Estos dictámenes ofrecen una imagen de la problemática más frecuente a la que se enfrenta la CRV.

El primer dictamen incluye la descripción más completa, para mostrar que las comisiones examinan todos los requisitos de diligencia y cuidado. En los otros dictámenes se presta atención sobre todo al sufrimiento.

**PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), el asesor alega en primera instancia que no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-36.**

A una mujer de entre 70 y 80 años se le diagnosticó un tumor cerebral posiblemente maligno unos dos meses antes de su fallecimiento. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. La mujer cada vez veía peor con su ojo derecho. También tenía dificultades crecientes para hablar (afasia), no podía realizar tareas motoras con cierto grado de dificultad (apraxia), y tenía problemas de memoria. La mujer ya no podía hacer las cosas que antes la distraían. Se sentía frustrada por ese deterioro físico.

Sufría por su creciente dependencia de otros. Su mundo se hacía cada vez más pequeño y se reducían sus perspectivas. Además, la mujer tenía un miedo fundado de sufrir mayores limitaciones en su funcionamiento cotidiano. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar su sufrimiento.

La mujer había hablado previamente con el médico sobre eutanasia. Cuatro días antes del fallecimiento, pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. El médico constató que la mujer podía fundamentar claramente su petición, a pesar de los problemas de comunicación y memoria. Además, el médico y el especialista habían informado a la mujer sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN) independiente, que visitó por primera vez a la mujer cinco semanas antes del fallecimiento. El asesor concluyó que todavía no se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado, porque en ese momento aún no existía un sufrimiento insoportable. Pero era posible que dicho sufrimiento se produjera en poco tiempo. Tras mantener contacto telefónico con el médico, el asesor visitó nuevamente a la mujer tres días antes del fallecimiento. El asesor constató que en ese momento sí que existía un sufrimiento insoportable. Además, consideró que la mujer tenía todavía capacidad de expresar su voluntad con respecto a su petición de eutanasia. Concluyó que sí que se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado.

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

La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), ELA, comunicación por un sistema para hablar por ordenador, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-65.

A una mujer de entre 70 y 80 años de edad se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica (ELA) nueve meses antes de su fallecimiento. La ELA es una enfermedad del sistema nervioso que hace que los músculos sean cada vez más delgados y tengan menos fuerza. Es una enfermedad incurable.

Para la mujer siempre había sido muy importante poder comunicarse con otros, pero llegó un momento en que su habla era incomprensible. Podía “hablar” con otros a través de una aplicación de comunicación, pero la mujer sentía que era como usar palabras y frases sueltas en lugar de una conversación real. Y eso la frustraba enormemente. La mujer también tenía problemas para tragar, lo que le ocasionaba molestias con el exceso de saliva. Eso le impedía prácticamente comer, cuando siempre había disfrutado de la comida. La mujer se atragantaba con regularidad, y era algo muy incómodo y aterrador.

La mujer sufría por el deterioro físico, la pérdida de autonomía, la ausencia de perspectivas de su situación y el miedo real de ahogarse. También temía un mayor deterioro. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## ENFERMEDADES PULMONARES

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), deterioro rápido por fibrosis pulmonar, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-05.

Un hombre de entre 80 y 90 años fue diagnosticado con fibrosis pulmonar (una grave enfermedad de los pulmones) dos años antes de su fallecimiento. Seis meses antes de su fallecimiento, la enfermedad estaba ya muy avanzada. Alrededor de mes y medio antes del fallecimiento, se constató que no existía ya ningún tratamiento posible. La situación del hombre empeoraba con rapidez.

Aunque el hombre recibía siempre oxígeno extra, tenía graves dificultades para respirar cuando hacía el más mínimo esfuerzo. Ya no podía ni permanecer sentado. En poco tiempo, el hombre se vio totalmente confinado a la cama y, en consecuencia, era dependiente de otros. Prácticamente no podía hacer nada, cuando siempre había sido muy activo y emprendedor. Esto le ocasionaba mucho sufrimiento, también por la pérdida rápida de autonomía y por la certeza de que su situación solo iba a empeorar. El hombre tenía un miedo real de ahogarse y no quería pasar por ello.

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

La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), ausencia de perspectivas, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-40.

Una mujer de entre 80 y 90 años sufrió un ictus (accidente cerebrovascular, ACV) dos meses antes del fallecimiento, que tuvo como secuelas la pérdida de fuerza en el lado izquierdo, disartria (dificultades para hablar) y dolor. Tras su ingreso hospitalario, la mujer permaneció en un establecimiento residencial medicalizado desde tres semanas antes de su fallecimiento. De común acuerdo con el médico que la trataba, no se inició un trayecto de rehabilitación, debido a su edad.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por la pérdida repentina de su autonomía y la total dependencia de los cuidados de otros. Prácticamente no podía hacer nada. Coger un vaso o girarse en la cama ya era demasiado para ella. La mujer tenía dificultades para hablar, dolor en todo su lado izquierdo y estaba muy cansada. Deseaba la ayuda al suicidio, porque consideraba que su situación era horrible.

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

La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.



## COMBINACIÓN DE ENFERMEDADES

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), varias afecciones diferentes, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-07.

Un hombre de entre 80 y 90 años sufría de varias afecciones mucho tiempo antes del fallecimiento. Tenía EPOC (una enfermedad pulmonar crónica muy limitadora), graves problemas de riñón y cáncer de colon, recto y pulmones. Desde ocho años antes del fallecimiento también sufría insuficiencia cardíaca. Unos cuatro meses antes del fallecimiento, empeoró su insuficiencia cardíaca. No existía curación posible.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por la disminución de sus fuerzas. El menor esfuerzo le ocasionaba una fatiga cada vez mayor. El hombre estaba cada vez más cansado, tenía problemas crecientes para tragar y perdió el olfato y el sabor. Se vio totalmente confinado a la cama y unas semanas antes del fallecimiento le salieron dolorosas escaras en el coxis. El hombre estaba totalmente agotado y no quería seguir sufriendo.

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

La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## 2.2 CINCO EJEMPLOS DE NOTIFICACIONES ORDENADAS SEGÚN CINCO REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

A continuación se describen cinco dictámenes que se refieren a cinco requisitos de diligencia y cuidado: el convencimiento del médico de que existe una petición voluntaria y bien meditada (a), un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b), el convencimiento conjunto del médico y el paciente de que no existe otra alternativa razonable (d), la consulta con un médico independiente (e) y la realización de la terminación de la vida con la diligencia de la práctica médica (f). Todas las notificaciones incluidas en este apartado se consideraron casos que suscitaban preguntas (VO). Esto significa que las notificaciones se comentaron en una reunión de la comisión y que, seguidamente, el médico recibió un dictamen detallado sobre los requisitos de diligencia y cuidado relevantes.

### PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La WTL establece que un médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. De la ley se deriva que es el propio paciente quien debe hacer la petición. La mayoría de los pacientes está en condiciones de mantener una conversación normal (verbalmente) hasta el momento de la realización de la eutanasia.

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), la paciente sufrió delirios dos días antes del fallecimiento, explicación verbal del médico, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-146.

A una mujer de entre 80 y 90 años de edad se le diagnosticó cáncer de intestino cinco meses antes del fallecimiento. No existía curación posible. Varias semanas antes del fallecimiento se produjeron pérdidas regulares de sangre y su situación empeoró con rapidez. La mujer estaba totalmente confinada a la cama. Esto la hacía dependiente de otros. Tenía dolor abdominal que no podía tratarse bien con medicación, porque le ocasionaba delirios (confusión). Además, la mujer sabía que no iba a mejorar.

La comisión no tenía claro si el médico había hablado suficientemente con la mujer sobre la eutanasia. Dos días antes del fallecimiento, la mujer sufrió también delirios, por lo que se mostró confundida poco antes de la eutanasia. Por ello, la comisión se preguntó si en este caso se había cumplido el requisito de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico explicó que cinco meses antes del fallecimiento mantuvo una buena conversación con la mujer sobre la eutanasia. En ella, la mujer indicó que deseaba la eutanasia si su sufrimiento pasaba a ser insoportable. En el periodo que siguió a dicha conversación, el médico y la mujer tuvieron contacto regular. Entonces todavía no existía un sufrimiento insoportable. Poco antes de su fallecimiento, la mujer fue ingresada en el hospital. Entonces estaba confundida. Al regresar a casa, ya no podía salir de la cama por sí sola. La mujer era totalmente dependiente y consideraba su sufrimiento insoportable. Ese fue también el punto de inflexión para el médico, porque sabía que la mujer daba mucha importancia a su autonomía. El médico habló con la mujer durante 20 minutos, el día antes de la realización de la eutanasia. En ese momento, no se encontraba confundida o adormecida y expresó claramente su deseo. El día de la realización, también sabía para qué venía el médico y confirmó su deseo de eutanasia. El médico no tenía ninguna duda sobre la capacidad de expresar la voluntad de la mujer y, según él, existía una petición voluntaria y bien meditada. El asesor que visitó a la mujer el día siguiente a su regreso a casa desde el hospital también constató que no estaba confundida. Consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición.

La comisión consideró que las conversaciones entre el médico y la mujer se habían descrito de forma demasiado breve. El médico se dio cuenta de que debería haber justificado mejor el contenido de las conversaciones. Tras la explicación verbal del médico, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA E INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE



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. Hablamos de ausencia de perspectivas de mejora cuando no existen para el paciente opciones de tratamiento razonables, curativas o paliativas. 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. [...] 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. Se trata de la experiencia del paciente individual, desde la perspectiva de su historial vital y médico, su personalidad, su patrón de valores y su capacidad de aguante físico y psíquico. Teniendo en cuenta el trayecto previo, el médico debe sentir y comprender que el sufrimiento es insoportable para ese paciente concreto. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 24-25).

Aunque los requisitos de diligencia y cuidado relativos al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b) y a la inexistencia de otra solución razonable (d) suelen verse y evaluarse conjuntamente, por su carácter coincidente, a continuación se comentarán los requisitos por separado. El primer dictamen se centra en la falta de perspectivas de mejora y en el sufrimiento insoportable y el segundo dictamen se centra en la inexistencia de otra solución razonable. Con todo, debe tenerse en cuenta que ambos requisitos nunca pueden verse de forma totalmente independiente.

## SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), corto periodo entre derrame cerebral y realización de la eutanasia, explicación verbal del médico, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-147.

Un hombre de entre 80 y 90 años sufrió un derrame cerebral unas dos semanas antes del fallecimiento. El derrame ocasionó la paralización de la parte izquierda de su cuerpo. El hombre comenzó la rehabilitación, pero pidió la eutanasia rápidamente. Se comentó con él la opción de esperar, porque quizá cambiara su opinión con el transcurso del tiempo. El hombre indicó que eso no iba a suceder. Debido a sus limitaciones, ya no podía hacer sus tareas cotidianas de forma autónoma y fue consecuente en su deseo de eutanasia.

De los documentos y la correspondencia con el médico, la comisión dedujo claramente que el hombre no estaba en situación de cuidar de sí mismo o de desplazarse. El hombre vivía solo desde hacía 30 años y siempre había sido totalmente autónomo. El hombre había sido siempre un luchador, porque en todos sus problemas de salud se aferró a todas las posibilidades de tratamiento. Debido a su parálisis, el hombre necesitaba usar una silla de ruedas y perdió el control total de su vida. Aunque todavía existía una posibilidad de recuperación, sabía que nunca podría volver a su vida autónoma. Y había llegado el momento en que no tenía más fuerzas para someterse a un nuevo tratamiento. Calificaba su calidad de vida con un cero y experimentaba su sufrimiento como insoportable y sin perspectivas de mejora. El médico conocía bien al hombre y consideró que el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora era patente.

La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

---

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), Centro Especializado de Eutanasia, enfermedades propias de la vejez con alopecia, no se sigue el dictamen del experto independiente, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-28.

Una mujer de entre 90 y 100 años se encontraba en una situación de deterioro grave por enfermedades propias de la vejez. Dichas enfermedades eran desgaste de articulaciones y huesos, dificultad respiratoria, delgadez extrema, mala visión y deterioro cognitivo. La mujer también sufría de alopecia universal (pérdida total de cabello y vello en todo el cuerpo).

La mujer había sufrido toda su vida las consecuencias psíquicas de la alopecia, entre otros porque siempre había sido objeto de burlas. Cada vez tenía más dificultades para ocultar su calvicie. Ahora que sus problemas de articulaciones se habían agravado, se veía obligada a depender de otros para su cuidado físico. No podía soportar que eso impediría guardar en secreto su calvicie.

El médico decidió recurrir a un geriatra social, para ver si existían perspectivas de tratamiento. El geriatra vio una alternativa razonable: de momento, esperar, y mantener conversaciones para aceptar la calvicie.

El médico tuvo en cuenta esa evaluación en su decisión, pero no lo consideró una alternativa razonable. El asesor llegó al mismo dictamen después de hablar con la mujer. Teniendo en cuenta su edad y el largo tiempo en que había ocultado su calvicie de una forma determinada, consideró que la espera y las conversaciones ya no eran soluciones razonables.

Según la comisión, el médico debe ponerse en el lugar de un paciente para poder sacar conclusiones. La comisión consideró que el médico había cumplido ese requisito. La comisión juzgó también que el médico había investigado detenidamente si todavía existían tratamientos posibles, pero no los había. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## CONSULTA

Antes de llevar a cabo la eutanasia, el médico debe consultar al menos con otro médico independiente que examine al paciente y evalúe si se cumplen los requisitos relativos a la petición, el sufrimiento, la inexistencia de una alternativa razonable y la información facilitada al paciente.

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. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 31).

## CONSULTA

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), el médico independiente consultado reconoció al hombre de un examen realizado con anterioridad, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-42.

A un hombre de entre 80 y 90 años se le diagnosticó un cáncer incurable tres meses antes del fallecimiento. El hombre pidió la eutanasia. El médico se puso en contacto con un médico del programa de Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland: SCEN*) en calidad de asesor, que estaba de servicio en ese momento. El asesor visitó a hombre cuatro días antes de llevar a cabo la terminación de la vida. Pero el médico SCEN ya había conocido al hombre anteriormente. Le había hecho un examen tres meses antes del fallecimiento. La comisión estudió en qué medida el médico SCEN conocía al hombre. Está prohibido que exista una relación de tratamiento entre el asesor y el paciente.

Durante el examen en cuestión, el hombre se encontraba en un estado disminuido de consciencia, con lo que no existió un contacto personal intensivo. Además, no existía relación entre el resultado del examen y la enfermedad del hombre. El médico SCEN indicó también que el hombre no le había reconocido. Consideró que podía formarse un juicio independiente sobre los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión consideró que, debido al examen realizado con anterioridad, el médico SCEN podía ser considerado también un médico que trataba al paciente. Con todo, la comisión entendió el punto de vista del médico SCEN y del médico. El contacto no fue suficiente como para que el médico SCEN no pudiera llegar a un dictamen independiente. No obstante, la comisión considera que debe consultarse a un asesor que no tenga ni la más mínima apariencia de dependencia. Por eso es mejor implicar a un médico SCEN que no tenga ninguna conexión con el paciente.

La comisión dictaminó que, en este caso, el médico podía partir de que había consultado a un experto independiente. Según la comisión, también se cumplieron los demás requisitos de diligencia y cuidado.



## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Si se llega finalmente a la eutanasia, esta debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma inducido. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las comisiones aplicaban como guía hasta mayo de 2021 la Directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio de 2012 (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, en lo sucesivo: la directriz). [...] De acuerdo con la directriz, el médico debe disponer de una dosis de emergencia de sustancias, para el caso de que algo vaya mal con el primer lote. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 35).

Además, es importante que el médico lleve a cabo personalmente todas las partes del proceso. 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. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 36).

## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), combinación de enfermedades, la médica abandonó al paciente durante la realización, pero el médico interno residente se quedó con el paciente, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-30.

La eutanasia de un hombre de entre 80 y 90 años se desarrolló con muchas dificultades. Para aclarar la situación, la médica declaró lo siguiente.

Diez minutos después de haber suministrado al hombre la sustancia para inducir el coma (2000 miligramos de tiopental), todavía no existía un coma profundo. Por eso tuvo que utilizar la dosis de emergencia. Alrededor de media hora después de la primera dosis, la médica administró una segunda dosis completa de la sustancia para inducir el coma. Y esta segunda dosis tampoco produjo un coma suficientemente profundo. La médica sospechaba que el gotero no se había puesto en la arteria, aunque no vio señales de que fuera así. Tras contactar con el farmacéutico, la médica se marchó a la farmacia para recoger una tercera dosis de sustancias para realizar la eutanasia. El médico interno residente (médico en formación para especialista) que también había acudido permaneció con el paciente hasta que regresó la médica. Cuando regresó, la médica puso una nueva vía en el otro brazo del hombre. Dos horas después de la primera administración, la médica administró una tercera dosis de la sustancia para inducir el coma, a través de una nueva vía. A continuación se produjo un coma suficientemente profundo y pudo administrarse el bloqueador neuromuscular (150 miligramos de rocuronio). Unos minutos más tarde, la médica constató que el hombre había fallecido.

La comisión señaló que la eutanasia conlleva riesgos que pueden requerir la intervención inmediata de un médico. Por eso, de acuerdo con la directriz y con el Código sobre la Eutanasia, no está permitido que el médico abandone a un paciente durante la realización de la eutanasia. La comisión consideró que, en esta situación, la médica podía saltarse esa regla porque siempre hubo un médico con el hombre. Ese médico podía haberse hecho cargo de las posibles complicaciones.

De lo anterior se desprende que, en estas circunstancias específicas, la eutanasia se llevó a cabo con la diligencia necesaria de la práctica médica. Según la comisión, la médica también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

### 2.3 CUATRO EJEMPLOS DE PACIENTES DE CATEGORÍAS ESPECIALES (ENFERMEDADES MENTALES, ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ Y DEMENCIA)

#### ENFERMEDAD MENTAL

La terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio no están limitadas a los pacientes en la última fase de la vida. También pueden ser objeto de eutanasia personas con una expectativa de vida más larga, como los pacientes con una enfermedad mental. En ese tipo de casos, debe actuarse con un cuidado especial, que implica que debe consultarse a un psiquiatra independiente, aparte del asesor habitual, o a un asesor que también sea psiquiatra. Además, se trata principalmente de que el psiquiatra emita un dictamen sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la existencia o no de otra solución razonable. En este último caso, si el paciente rechaza una alternativa razonable, no puede hablarse de un sufrimiento sin perspectivas de mejora. Pero tampoco se trata de que el paciente deba someterse a todos los tratamientos imaginables (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 44-45).

## PSIQUIATRÍA

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), depresiones y SEPT, el médico de familia lleva a cabo la eutanasia, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-148.

Una mujer de entre 70 y 80 años sufría desde hacía 25 años de depresiones largas, graves y recurrentes. También padecía un síndrome de estrés post traumático (SEPT) y tenía problemas de hígado. La mujer había intentado suicidarse varias veces. Debido a sus depresiones, la mujer estaba mental y físicamente agotada. No podía hacer nada y no existían periodos mejores. Alrededor de un mes antes de su fallecimiento, la mujer pidió la eutanasia a su médico de familia. Antes del fallecimiento, la mujer también fue visitada por un psiquiatra independiente y un asesor.

### *Petición voluntaria y bien meditada*

Durante las conversaciones con el médico, la mujer siempre se expresó de forma clara y comprensible. Comprendía bien su situación. El psiquiatra independiente consideró que, durante las conversaciones, la mujer se mostró orientada con respecto al tiempo, el lugar y la persona. También pudo reflexionar con claridad sobre su deseo de terminar su vida. El asesor también consideró que, durante su conversación, la mujer se expresó de forma clara, comprensible y meditada. El psiquiatra independiente y el asesor concluyeron que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia.

### *Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora e inexistencia de otra solución razonable*

Del informe del médico se desprendía que la mujer había colaborado con todas las terapias y había probado cada tratamiento. Pero no podía tolerar bien la medicación, debido a sus problemas de hígado. La mujer se sometió a terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (*eye movement desensitization and reprocessing therapie: EMDR*) y a terapia electroconvulsiva (TEC) pero sin efectos suficientes o permanentes. La mujer revivía constantemente sus traumas y volvía al estado depresivo. La mujer estaba totalmente agotada, mental y físicamente, y ya no podía hacer nada. Ya no pasaba por periodos mejores. Esto hizo que todos los médicos implicados en el caso consideraran que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para ella.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión consideró que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

Además, la comisión opinó que el médico y la mujer pudieron llegar conjuntamente al convencimiento de que no existía ninguna otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. Según la comisión, también se habían cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

El sufrimiento del paciente debe estar ocasionado por una afección médica que puede tener naturaleza somática o psiquiátrica. Pero no es necesario que se trate de un solo problema médico dominante. El sufrimiento del paciente también puede ser consecuencia de una acumulación de problemas de salud mayores y menores. La suma de problemas médicos, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede suponer un sufrimiento que sea insoportable para el paciente (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 55).

## ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), limitación para los actos normales de la vida cotidiana, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-54.

Una mujer de entre 80 y 90 años padecía varias enfermedades propias de la vejez, desde bastante tiempo antes del fallecimiento. Tenía una enfermedad ocular, problemas de equilibrio y dificultades para tragar. Además, la mujer tenía prolapso uterino, problemas para orinar e infecciones vaginales regulares. La mujer se caía con frecuencia, por sus problemas de equilibrio. Las caídas tenían regularmente consecuencias graves, como roturas de huesos, heridas y heridas infectadas. Esto la obligó a someterse a varios trasplantes de piel. También tenía desgarros en los tendones y enfermedades en varias articulaciones. Comer era cada vez más difícil y solo podía ingerir comida triturada. La mujer sufría con esas enfermedades físicas. Además, tampoco tenía control total de su cuerpo, debido a la medicación.

La mujer sufría también por la pérdida creciente de autonomía. A lo largo de los años, había ido ideando muchas adaptaciones para seguir siendo autosuficiente. Pero ya no podía dedicarse a sus aficiones; tampoco podía ya leer o ver la televisión. Las cosas que tenían importancia para la mujer habían ido desapareciendo. Sufría por la inutilidad de su situación y temía que el deterioro físico fuera aumentando.

La mujer había hablado frecuentemente con el médico sobre eutanasia. Un mes antes del fallecimiento, pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades de aliviar el sufrimiento. La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## DEMENCIA

En los casos de pacientes con demencia, se debe exigir al médico un cuidado y una atención especiales al comprobar si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, en especial los referidos a la voluntariedad y la reflexión de la petición y al sufrimiento insoportable del paciente. En la fase inicial de la demencia, suele ser suficiente con seguir el procedimiento general de consulta. En caso de duda acerca de la capacidad del paciente, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 46-47).

En casi todos los casos que se notifican a la comisión, se trata de pacientes que todavía tienen suficiente conocimiento de su enfermedad y que todavía tienen capacidad para expresar su voluntad con relación a una petición de eutanasia. Generalmente, el sufrimiento de estos pacientes (además de un deterioro real de la capacidad cognitiva y de su funcionamiento) viene determinado en parte 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. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 55).

En la fase en que el proceso de demencia ha avanzado hasta el 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. El artículo 2, párrafo segundo de la WTL establece que una declaración escrita de voluntad puede sustituir a una petición verbal y que se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero de la WTL. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 38).

A continuación sigue en primer lugar un dictamen sobre una paciente con demencia, que tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición. Después se recoge un dictamen en una notificación en la que se llevó a cabo la eutanasia partiendo de una declaración de voluntad por escrito.



## PACIENTE CON DEMENCIA, CON CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que no suscita preguntas (NVO), enfermedad de Alzheimer, capacidad de expresar la voluntad, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-86.

Un neurólogo diagnosticó la enfermedad de Alzheimer a una mujer de entre 70 y 80 años, unos cinco años antes del fallecimiento. La enfermedad parecía ir progresando lentamente, pero en los últimos meses previos al fallecimiento, empeoró la afasia (trastorno del habla y el lenguaje).

La mujer ya no podía comunicarse bien, porque cada vez era más difícil pronunciar las palabras. Le costaba mucha energía comunicarse de forma comprensible. Esa situación agotaba a la mujer. La comunicación había sido siempre muy importante, tanto en su trabajo como en su vida privada. El no poder comunicarse le exigía mucho en el aspecto emocional. Además, sabía que solo iba a empeorar y quería evitarlo. La mujer consideraba su sufrimiento insoportable.

La mujer había hablado previamente con la médica sobre eutanasia. Unas cinco semanas antes del fallecimiento, pidió a la médica que procediera a la terminación de su vida. Según la médica, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. Constató que, a pesar de la afasia, la mujer podía expresar claramente su petición con palabras y gestos. La médica no tenía ninguna duda sobre la capacidad de la mujer para expresar la voluntad con respecto a su petición.

La médica estaba convencida de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento. Además, la médica había informado a la mujer suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

La médica consultó con un asesor (un médico SCEN) independiente. El asesor visitó a la mujer dos semanas antes del fallecimiento y concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. A pesar de las posibilidades limitadas de comunicación, la mujer le pudo dejar claro que era consciente de su enfermedad y del alcance de su petición.

La comisión dictaminó que la médica había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

## DEMENCIA AVANZADA

A raíz de una sentencia del Tribunal Supremo (*Hoge Raad*) de 2020 (referencia: ECLI:NL:HR2020:712), se han introducido varias modificaciones en la verificación de una notificación basada en una declaración de voluntad por escrito que contenga una petición de eutanasia. Se recogen en el Código sobre la Eutanasia modificado 2018. Por lo que se refiere a la siguiente notificación de eutanasia en el caso de una paciente con demencia avanzada, son importantes las siguientes citas provenientes de dicha sentencia.

El art. 2, párrafo 2 de la 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 WTL. Según el historial de la tramitación parlamentaria de la ley, esto significa que los requisitos de diligencia y cuidado “sean de hecho de posible aplicación en la situación concreta”. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 38-39).

Concretamente, esto significa en lo relativo a la petición que 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. Para ello, el médico debe 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, dado que ya no es posible la verificación verbal de los deseos 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. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 39).

Además, el médico debe estar atento a contraindicaciones con la petición de eutanasia, como las que puedan desprenderse de declaraciones verbales y de conductas del paciente. El médico deberá evaluar si existen contraindicaciones que puedan impedir la práctica de la eutanasia. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 40).

En el momento en que se lleve a cabo la eutanasia, debe existir una situación en la que sea admisible que el paciente experimenta un sufrimiento insoportable. Puede tratarse de un sufrimiento insoportable por 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. [...] Para constatar la existencia de un sufrimiento insoportable real, el médico puede 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.

Si el médico no está convencido de que existe un sufrimiento insoportable real del paciente, no se puede llevar a cabo la eutanasia (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 40).

El requisito de que al menos otro médico independiente que haya visto al paciente emita su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado se aplica también cuando un paciente ya no puede expresar su voluntad. La ley prescribe que el asesor vea al paciente. Y naturalmente eso también es posible en esta situación. Normalmente, no existirá prácticamente ninguna comunicación entre el asesor y el paciente. Esto significa que el asesor, además de su propia observación, deberá utilizar información del médico e información adicional de otras personas, para poder llegar a un dictamen en su informe. [...] El hecho de que el paciente ya no pueda expresar su voluntad será normalmente motivo para consultar a un segundo médico independiente, con conocimientos y experiencia específicos para el caso. Dicho experto deberá emitir un dictamen sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente, el sufrimiento insoportable del paciente, la inexistencia de perspectivas de mejora y de eventuales alternativas razonables. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 41-42).

La eutanasia debe llevarse a cabo de la forma más cómoda posible para el paciente. En un paciente que ya no tiene capacidad de expresar la voluntad sobre una petición de eutanasia pueden existir señales que indiquen que se pueden producir reacciones de intranquilidad, agitación o agresividad durante la realización de la eutanasia. En ese caso, el médico puede llegar a la conclusión (aplicando los criterios médicos correspondientes) de que es indicado suministrar medicación previa. Si no es posible ningún tipo de comunicación significativa con el paciente como consecuencia de la situación en que se encuentra el paciente, no es necesario que el médico consulte con el paciente el momento y la forma en que va a llevarse a cabo la eutanasia (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 42).

## PACIENTE QUE YA NO TIENE CAPACIDAD DE EXPRESAR SU VOLUNTAD CON RELACIÓN A UNA PETICIÓN DE EUTANASIA

**PUNTOS DE ATENCIÓN:** notificación que suscita preguntas (VO), enfermedad de Alzheimer, Centro Especializado de Eutanasia, puede encontrarse en el sitio web con el número 2021-90.

Unos cuatro años antes del fallecimiento, se diagnosticó la enfermedad de Alzheimer a una mujer de entre 60 y 70 años, a raíz de síntomas de larga duración. La mujer era miembro desde hace años de la Asociación para una Terminación Voluntaria de la Vida (*Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, NVVE*). Cuatro años y medio antes del fallecimiento, firmó una declaración de voluntad. Después ratificó dicha declaración varias veces (firmando nuevamente la declaración).

La última vez fue dos años antes de su fallecimiento. En ese periodo, añadió a la declaración de voluntad una cláusula sobre la demencia, rellenada personalmente.

La mujer se puso en contacto con el Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*: EE según sus siglas en neerlandés), porque el geriatra que la trataba no realizaba ninguna eutanasia por sus principios personales. En la segunda conversación con el médico del EE (dos años y diez meses antes del fallecimiento), la mujer confirmó en qué circunstancias se concretaría su petición; circunstancias que, entonces, todavía no se daban. En ese momento no había ninguna duda sobre la capacidad que tenía la mujer de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia.

Alrededor de dos años y medio antes de su fallecimiento, la mujer estuvo conforme con su ingreso en una sección psicogeriátrica de un establecimiento residencial medicalizado. Allí, su estado empeoró progresivamente. Finalmente, no sabía quién era o dónde estaba, y tampoco conocía a sus hijos. La mujer ya no podía comunicarse de forma lógica y se encerró en sí misma. Estaba intranquila y muy apenada, pero no podía contar qué la entristecía.

Nueve meses antes del fallecimiento, los hijos de la mujer pidieron al médico que diera curso a lo que se solicitaba en la declaración de voluntad. En esa tercera conversación, el médico constató claramente que la mujer no daba ninguna señal de reconocerlo. Estaba encerrada en sí misma y no podía comunicarse sobre su petición. Posteriormente, el médico todavía visitó a la mujer otras tres veces.

## PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La comisión constató que la mujer había redactado una declaración de voluntad clara en la que indicaba concretamente lo que quería decir con “sufrir de demencia”. Mencionaba entre otras cosas el no saber quién era y dónde estaba y no reconocer ya a sus seres queridos. También lo había comentado con el médico. Anteriormente, ya había hecho comentarios similares a su médico de familia y al neurólogo que la trataba: no quería perder el control y vivir “como una planta”. Además, la mujer había comentado su petición con sus hijos. Según el médico, durante todas esas conversaciones la mujer estaba en condiciones de expresar adecuadamente su petición.

Del resto de los documentos se desprende también que la mujer comenzó a estar intranquila e irritable tras su ingreso en el establecimiento residencial medicalizado. Algo más de un año antes del fallecimiento, esto se tradujo en agresividad y lastimó a otro residente. La medicación redujo la intranquilidad, pero babeaba constantemente y se mostraba somnolienta. Desde que se interrumpió la medicación, unos cinco meses antes del fallecimiento, la mujer estaba constantemente apenada. Lloraba y se lamentaba. Las siguientes visitas del médico le confirmaron que la mujer había llegado a la situación que ella había descrito en su declaración de voluntad. Los hijos de la mujer y otros médicos implicados también compartían esa opinión. Partiendo de esos datos, la comisión llegó a la conclusión de que la mujer se encontraba en una situación que describió como de sufrimiento insoportable cuando redactó su declaración de voluntad.

La comisión también concluyó que la declaración de voluntad de la mujer cumplía los dos elementos esenciales mencionados por el Tribunal Supremo. De la declaración de voluntad se desprendía que la mujer quería la eutanasia si llegaba a ser incapaz de expresar su voluntad debido a la demencia y que el sufrimiento derivado de la demencia era el motivo de su petición.

La comisión constató que el médico había hecho varios intentos de conseguir contacto con la mujer. Intentó comprobar si la mujer podía indicar (verbalmente o de forma no verbal) que ya no quería la eutanasia. Del expediente se desprendía claramente que no existieron esas manifestaciones. Sí que había expresado algo que podía indicar que todavía pedía la eutanasia. Hacía comentarios como “no quiero esto”, o “quiero irme”. Aunque no fue posible vincular un significado exacto a esos comentarios, la comisión consideró que el médico pudo llegar a la conclusión de que no existían contraindicaciones.

Visto lo anterior, la comisión considera que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer, y que la petición escrita de eutanasia mencionada en el artículo 2, párrafo 2 de la WTL podía sustituir a la petición verbal.

## SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA E INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

### *Sufrimiento insoportable*

En su dictamen, la comisión tuvo en cuenta que del expediente y de la conversación se desprende que el médico estudió detalladamente la situación de la mujer. La visitó seis veces y consultó con todos los diferentes interesados. Además, el médico tomó conocimiento de las conclusiones del experto independiente y de la asesora. El médico también comentó la situación de la mujer en las consultas multidisciplinarias del EE.

Partiendo de las conversaciones con la mujer y sus hijos y de los diversos informes, el médico constató que la mujer sufría de forma insoportable. El médico la conoció como una mujer independiente, animada y cuidada. Alguien que daba mucha importancia a la autonomía. Tenía una imagen clara del momento en que el sufrimiento por la demencia sería para ella insoportable. Y por eso lo había dejado específicamente escrito.

Con el tiempo, la situación cognitiva de la mujer se fue deteriorando progresivamente. Al final no podía establecer contacto con nadie o indicar lo que quería. También estaba mal físicamente. Andaba con dificultades, con el consiguiente riesgo de caídas. Finalmente, la mujer ya no podía salir sola de la cama. Y era totalmente incontinente.

El médico concluyó que la mujer ya no era feliz y que sufría por su demencia. Estaba convencido de que el sufrimiento futuro descrito por la mujer en la declaración de voluntad era ya un sufrimiento insoportable real.

El médico consultó con un geriatra independiente, que confirmó la opinión del médico. La mujer había perdido todo contacto con su entorno. Concluyó que la demencia de la mujer estaba avanzada y que le ocasionaba un sufrimiento insoportable. Sufría por la pena que experimentaba y era inconsolable. Se habían hecho realidad todos los elementos del sufrimiento insoportable que la mujer había enumerado en su declaración de voluntad.

El médico consultó también con una asesora independiente, que también consideró que la mujer sufría de forma insoportable por las

consecuencias de su demencia. El estado físico de la mujer había empeorado. La asesora también vio signos de sufrimiento real, como la pena, el llanto y expresiones como “no quiero seguir”.

### *Sufrimiento sin perspectivas de mejora e inexistencia de otra solución razonable*

El médico estaba convencido de que no existía ninguna otra solución razonable para aliviar el sufrimiento insoportable de la mujer. Según él, esto se debía a que ya no se podía influir en el ánimo de la mujer. Además, la nueva administración de medicación y las intervenciones en la conducta no habían tenido el efecto deseado. El geriatra independiente compartía esa convicción. La demencia creciente solo haría que la mujer se encerrara más en sí misma. Sus posibilidades de comunicación seguirían disminuyendo. Y esto podría llevar a más problemas de conducta. Según él, tampoco existían soluciones paliativas. El sufrimiento aumentaría y no había nada que pudiera aliviarlo. La asesora consultada por el médico también llegó a la conclusión de que no existía otra solución razonable.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión consideró que el médico pudo llegar al convencimiento de que la mujer padecía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y de que no existía otra solución razonable para aliviar su sufrimiento.

### *Información facilitada sobre la situación y las perspectivas*

De los documentos se desprendía claramente que la mujer había sido informada por su neurólogo, por su médico de familia y por el médico sobre su enfermedad, la posible evolución y las perspectivas. La mujer había redactado y firmado su declaración de voluntad partiendo de esa información. Durante las primeras dos conversaciones con el médico, la mujer había indicado en qué circunstancias deseaba la eutanasia. En opinión de la comisión, de ello se desprende que la mujer era consciente de su cuadro clínico y de cómo iba a evolucionar.

### *Consulta*

La comisión constató que el médico había consultado con una asesora independiente. La asesora había visto a la mujer y había intentado hablar con ella. Constató que la mujer no tenía capacidad de expresar su voluntad en lo relativo a su petición de eutanasia. La asesora también había estudiado el expediente de la mujer y había leído su declaración de voluntad por escrito. La asesora había hablado con todos los demás implicados. Concluyó que se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado que debía evaluar.

La comisión constató que el médico consultó con un geriatra independiente, en calidad de experto. El geriatra leyó el expediente y habló con los distintos implicados. Visitó a la mujer e intentó mantener una conversación con ella. El experto independiente concluyó que la mujer no tenía capacidad de expresar su voluntad durante su visita. También compartía la opinión de que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora, que existía un sufrimiento real y que no existía ninguna otra solución razonable para aliviar su sufrimiento insoportable.

#### *Realización con la diligencia de la práctica médica*

La comisión constató que el médico consultó con el geriatra y el enfermero, en preparación de la realización de la eutanasia. El motivo para ello era que la mujer había presentado anteriormente una reacción de gran intensidad frente a estímulos de dolor y no era posible comentar con ella que se le iba a poner una vía. Tras esas consultas, el médico decidió administrar a la mujer medicación previa en su café y aplicar anestesia local con una tirita en el lugar del brazo donde se iba a poner la vía. También tenía a mano una inyección, por si eso no funcionaba.

No fue necesario administrar medicación previa porque la mujer se encontraba ya adormecida antes de la realización. Se le puso la vía sin problemas. El médico llevó a cabo la terminación de la vida siguiendo la Directriz de la KNMG/KNMP de agosto de 2012, sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión considera que el médico llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica. Resumidamente: el dictamen final de la comisión es que el médico actuó conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero y segundo, de la WTL.



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

---

En el año descrito en este informe, la CRV solo llegó en siete ocasiones al dictamen de que el médico no había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado al llevar a cabo la eutanasia. En dos casos se trató del requisito de la consulta, dos veces se debió a la realización y en tres casos se refería al especial cuidado que debe aplicarse con un paciente que sufre por una enfermedad mental.

#### CONSULTA CON UN ASESOR INDEPENDIENTE

La WTL exige que el médico consulte al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen escrito sobre los requisitos mencionados en los puntos a, b, c y d. El Código sobre la Eutanasia 2018 indica sobre la independencia del asesor, entre otras cosas: La ley se refiere al asesor como un “médico independiente”. En este contexto, independiente significa que el asesor debe estar en condiciones de emitir un dictamen propio. Se trata además de la independencia con respecto al médico y al paciente. Asimismo, debe evitarse la apariencia de falta de independencia. 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 (financiera o no, como por ejemplo un asistente de un médico) con el médico que solicita el asesoramiento. Tampoco se acepta a un asesor que sea paciente del médico encargado (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 29).

En los siguientes dos dictámenes, la comisión llegó a la conclusión de que existía una apariencia de falta de independencia. En ambos casos, el asesor estaba inscrito como paciente del médico encargado de la eutanasia.

Al médico se le asignó un asesor a través del sistema habitual. En su informe, el médico contestó a la pregunta de por qué el médico y el asesor eran independientes uno del otro: *“No trabajamos en la misma consulta o grupo de sustitución de turnos, nos conocemos superficialmente porque trabajamos en la misma ciudad”*.

El asesor escribió sobre su independencia respecto al médico: *“Usted es mi médico de familia y nos conocemos de consultas SCEN anteriores... Usted no ve inconveniente en que yo me haga cargo de la consulta SCEN y yo me siento también libre e independiente para hacer esta consulta”*.

De la explicación verbal a la comisión se desprendió que el asesor había llamado al médico inmediatamente tras la petición de consulta. Comentaron entonces el hecho de que el asesor estaba inscrito como paciente en la consulta del médico. Ambos pensaban que no suponía un inconveniente para la independencia del asesor. En esa conversación, también quedó claro que el asesor estaba inscrito como paciente en la consulta del médico desde hacía unos veinte años y que, durante ese periodo, había visitado al médico unas cuatro o cinco veces, como paciente.

En la conversación, el médico dijo que sabía que debía garantizarse la independencia entre el médico y el asesor. Pero no sabía que la CRV consideraba que una relación médico-paciente entre el médico y el asesor era una indicación de falta de independencia. El médico no conocía el Código sobre la Eutanasia 2018. El asesor conocía el código, pero no ese requisito. Tras la invitación para la explicación verbal, constató que en el Código sobre la Eutanasia 2018 se había introducido un endurecimiento en este punto, con respecto a la anterior versión del código.

La comisión considera que no es deseable que se encargue de la consulta un médico que esté inscrito como paciente del médico encargado de la eutanasia, porque debe evitarse la apariencia de falta de independencia. En este caso, existe la apariencia de falta de independencia por la existencia de una relación médico-paciente de muchos años de duración entre el médico y el asesor.

La comisión lamenta que el médico no estuviera al tanto de esta norma, pero considera que debe poder esperarse que un médico que lleva a cabo una eutanasia esté al tanto de las normas actuales de verificación de la CRV. Y lo mismo es aplicable al asesor. Por tanto, la comisión solo puede concluir que, en este caso, no existió una consulta con un médico independiente.

El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

En esta notificación, el médico escribió sobre el asesor en su informe normalizado: “Nos conocemos como colegas médicos, el señor [...] es paciente en mi consulta. Solo hemos mantenido una relación profesional”. El médico SCEN escribió: “[...] conozco al médico que pide la consulta como mi médico de familia. No obstante, me siento independiente para realizar una consulta SCEN sobre este paciente”.

La comisión invitó al médico y al asesor para que explicaran verbalmente la relación mutua. En esa conversación se constató que el médico no estaba al tanto de lo que estipula el Código sobre la Eutanasia 2018 sobre la relación médico-asesor. El asesor tampoco lo sabía. Nunca se había visto en una situación así. Tampoco se había comentado nunca durante las reuniones de intervisión. Ambos no pensaron que podía existir un conflicto de intereses. El médico subrayó que la apariencia de falta de independencia no impidió que se emitiera un juicio crítico. El asesor también manifestó que si hubiera tenido otra opinión sobre los requisitos de diligencia y cuidado, la habría expresado.

La comisión constata que el Código sobre la Eutanasia 2018 es claro en este punto: un asesor que sea paciente del médico encargado de la eutanasia no puede actuar como asesor. Como en este caso existe una relación como la mencionada, la comisión considera que el médico no cumplió el requisito de diligencia y cuidado relativo a la consulta con un médico independiente, como mínimo. La comisión considera también que el médico no ha alegado ninguna circunstancia que justifique una desviación de lo estipulado en el Código sobre la Eutanasia 2018. Por eso, concluye que no se cumplió este requisito.

El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Para verificar la diligencia de la práctica médica en la terminación de la vida, la CRV aplica como guía la Directriz de la KNMG/KNMP sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*). La directriz de 2012 menciona en su página 13: “El médico debe estar presente y permanecer durante el proceso de la eutanasia o la ayuda al suicidio”. La directriz también indica que el médico debe llevar consigo una dosis extra de sustancias para la eutanasia y de materiales para prepararlas y administrarlas. Finalmente, en la directriz se subraya que el médico no puede dejar las sustancias para la eutanasia en el lugar donde se encuentra el paciente (las tres normas aparecen también en el Código sobre la Eutanasia 2018). En la siguiente notificación, no se cumplen estos requisitos.

La realización de esta eutanasia estuvo dificultada porque el paciente no entró en estado de coma tras inyectarle la sustancia indicada para ello. Finalmente entró en coma tras la segunda dosis de la sustancia. Cuando el hombre se encontraba en coma, el médico administró el bloqueador neuromuscular. Pero el hombre no falleció dentro del plazo que fija a este respecto la directriz. El médico pensó entonces que posiblemente no estaba bien colocada la vía. Decidió volver a ponerla y necesitaba para ello una aguja nueva. Como no llevaba esa aguja consigo, tuvo que ir a otro lugar del edificio.

En la conversación con la comisión, el médico contó que había dejado que colocara la vía el personal de ambulancias. Obtuvo las sustancias para la eutanasia del farmacéutico. Pero este no suministró agujas. Y él no pensó en pasar por la habitación donde se guardaban las agujas. Esto se debió en parte a que supuso que el personal de ambulancias había colocado bien la aguja. Cuando el médico llegó a la conclusión de que tenía que utilizar una nueva aguja, sopesó pedir a una enfermera o al personal cuidador que fuera a recogerla. Pero pensó que se iba a tardar mucho hasta que una de esas personas llegara al lugar donde estaba el paciente. Además, también tendría que explicar qué tipo de aguja quería y dónde podían encontrarla. No llevaba consigo un teléfono y en la habitación donde se estaba llevando a cabo la eutanasia no había un teléfono fijo. Y tampoco sabía el número al que debía llamar. El médico no había pedido a nadie que estuviera presente para apoyarle, con el fin de que hubiera la mayor intimidad posible durante la realización, también para la familia.

Las agujas estaban en un piso inferior. El médico fue rápidamente al lugar donde se encontraban las agujas y regresó en un máximo de diez minutos. Al abandonar la habitación, no pensó en llevarse la dosis restante de bloqueador neuromuscular. Eso se debió a que estaba centrado en regresar lo antes posible. Cuando volvió, el hombre seguía estando en coma profundo. No había experimentado ninguna incomodidad y los familiares seguían tranquilos.

El médico se dio cuenta después de que se habían producido descuidos en la realización. Pero intentó actuar lo mejor posible en interés del hombre, teniendo en cuenta las circunstancias. Posteriormente, comentó la sucesión de los hechos con familiares y colegas. Tiene intención de estudiar el protocolo interno y ponerse en contacto con el farmacéutico.

La comisión considera que las normas antes mencionadas deben mantenerse y cumplirse estrictamente. El motivo es que la terminación

de la vida supone riesgos que pueden exigir una intervención inmediata. Riesgos que conllevan que el médico deba estar con el paciente hasta el momento de la muerte.

La comisión, que no tenía dudas de las buenas intenciones del médico, señala que el médico se había colocado en una situación bastante delicada. Esto era así porque el médico no llevaba un teléfono consigo, no había pedido que le acompañara ningún auxiliar y no había organizado ningún otro tipo de ayuda. Por eso, no pudo pedir asistencia con facilidad cuando se complicó la realización. La comisión tampoco puede dejar de señalar que el médico no actuó conforme a las tres normas antes mencionadas: no llevaba ninguna aguja de reserva, abandonó al hombre y dejó el bloqueador neuromuscular junto al hombre y su familia. La comisión considera que el médico no cumplió el requisito de la realización con la diligencia de la práctica médica.

El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

Tanto en los documentos parlamentarios como en el Código sobre la Eutanasia 2018, en la Directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio y en la postura de la KNMG sobre la eutanasia se consigna que el médico debe llevar a cabo personalmente la eutanasia y no debe dejarlo en manos de otra persona.

## DICTAMEN 2021-92

---

En esta notificación, el día de la realización la médica pidió al personal especializado de ambulancias que colocara una vía. Cuando la médica llegó donde estaba el paciente, vio que habían puesto la vía en el tobillo. Consideró que estaba bien puesta. Primero inyectó una solución salina y un analgésico. Hasta ahí fue todo bien. Pero cuando quiso inyectar la sustancia inductora del coma, notó una fuerte resistencia, que le impedía administrar la sustancia. La médica intentó ajustar la aguja, moviendo la llave de la vía, pero no hubo cambios, y llamó al personal de ambulancias porque pensaba que la aguja no estaba bien puesta.

El enfermero de ambulancias comprobó la vía. Pensó que la aguja estaba bien puesta y dijo algo como: “Déjeme a mí, yo lo hago”. La médica le pasó la jeringuilla con la sustancia inductora del coma. El enfermero de ambulancias inyectó la sustancia sin problemas. Después de que la médica comprobó que el coma era suficientemente profundo, el enfermero de ambulancias enjuagó la vía con una solución salina. Después, la médica entregó al enfermero de ambulancias la jeringuilla con el bloqueador neuromuscular y el enfermero se lo administró a la mujer.

Repasando su actuación, la médica sospechaba que la resistencia que sintió podía deberse a que la sustancia inductora del coma era muy espesa. No había usado nunca esa sustancia. Se la facilitó la farmacia y no había otra alternativa. Aunque se había preparado mentalmente para emplear la fuerza al inyectar, la médica tenía miedo de que, si empleaba más fuerza, la sustancia acabase bajo la piel, en lugar de en la arteria. Además, la dificultad para inyectar le hizo dudar de si la aguja estaba bien colocada.

El enfermero de ambulancias con el que trató la médica fue calificado por ella como “resuelto” y “práctico”. La sucesión de acontecimientos cuando ella entregó al enfermero la jeringuilla con la sustancia inductora del coma y el enfermero la inyectó transcurrió con mucha naturalidad. No es que el enfermero de ambulancias tuviera el mando, o actuara por iniciativa propia. La médica tampoco se sintió avasallada o apartada. Tanto la médica como el enfermero de ambulancias sabían lo que tenían

que hacerse. La médica tampoco dio indicaciones claras pero, al entregar la jeringuilla, determinó en qué momento se administraba qué sustancia. También comprobó la profundidad del coma. Como el enfermero de ambulancias se había encargado de inyectar la sustancia inductora del coma, la médica no pensó en inyectar ella el bloqueador neuromuscular. Según la médica, tampoco había motivo para posponer la eutanasia, dado que la vía estaba bien colocada. Tampoco hubiera sido recomendable, porque la mujer y la familia se habían preparado mentalmente para la realización.

A raíz de la explicación verbal de la médica, la comisión constató que (al contrario de lo que se menciona en el informe normalizado) las sustancias para llevar a cabo la eutanasia no fueron administradas por la médica. En relación con lo anterior, la comisión contestó de oficio a la cuestión de si era competente para evaluar esta notificación. La comisión consideró que era competente.

La comisión manifiesta en primer lugar que (independientemente del hecho de que la médica no administró las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, sino que las entregó al enfermero de ambulancias) la realización de la eutanasia tuvo lugar conforme al método descrito en la directriz. También constata que la mujer no experimentó ninguna incomodidad por ello. Además, la médica fue quien determinó en cada momento lo que debía suceder. En ese sentido, la médica estuvo a cargo del proceso de realización. Por consiguiente, la realización fue médicamente correcta. Con todo, la comisión no puede pasar por alto que la médica no administró personalmente las sustancias para la eutanasia, tal y como prescribe y describe expresamente el Código sobre la Eutanasia 2018. La médica dejó que lo hiciera otra persona.

La comisión entiende por la explicación de la médica cómo se produjo esta situación. No obstante, en este caso, el dictamen de la comisión debe ser que la médica no actuó conforme a lo que exige la realización con la diligencia de la práctica médica.

La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.



## APLICACIÓN DE UN CUIDADO ESPECIAL

Si una 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. Dicho cuidado especial se refiere sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la inexistencia de otra solución razonable. En este tipo de pacientes, el médico debe consultar con un psiquiatra independiente o con un asesor que también sea psiquiatra (además del asesor que debe consultarse en todos los casos). Estas personas deben estudiar los tres aspectos (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 44-45). En las siguientes tres notificaciones, las comisiones constataron que los médicos no pudieron fundamentar suficientemente el convencimiento que les llevó a realizar la eutanasia.

La notificación se refiere a una eutanasia en una mujer con un trastorno límite de la personalidad (las personas con este trastorno sufren grandes cambios de estado de ánimo, pensamientos y comportamiento). El trastorno estaba acompañado de características antisociales (no tener en cuenta los sentimientos y deseos de otras personas). También sufría perturbaciones psicóticas regulares (pérdida de contacto con la realidad). Durante muchos años, la mujer había seguido diversos tratamientos psiquiátricos para su trastorno, incluidos varios ingresos. Ninguno de los tratamientos tuvo un efecto positivo duradero. También se encontraba en malas condiciones físicas, debido a las consecuencias de varios intentos de suicidio y de la diabetes. Tres años antes del fallecimiento, para ella estaba cada vez más claro que no iba a disminuir su sufrimiento y desde entonces hablaba regularmente con la médica sobre su deseo de morir.

La médica estaba dispuesta a investigar la petición de eutanasia y estudió detalladamente el historial de tratamientos psiquiátricos que había tenido la mujer. Por petición de la médica y de común acuerdo con el asesor, dos semanas antes del fallecimiento un psiquiatra independiente evaluó la capacidad de expresar la voluntad que tenía la mujer.

En su explicación verbal, la médica indicó a la comisión que no estaba bien informada sobre lo que consigna el Código sobre la Eutanasia 2018 acerca de la consulta de un psiquiatra independiente, cuando solicita la eutanasia una paciente como esta. Preguntó al asesor en qué se debía fijar. El asesor le indicó la necesidad de evaluar la capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia, pero no le dijo que un psiquiatra independiente también debía evaluar que el sufrimiento no tuviera perspectivas de mejoras y que no existieran alternativas razonables. La médica dijo a la comisión que, durante el trayecto de la eutanasia, se fío de los consejos, la experiencia y los conocimientos del asesor. Partió de que el asesor estaba al tanto de las leyes y reglamentos aplicables. Y el asesor solo le dijo que era necesario que un psiquiatra independiente evaluara la capacidad de expresar la voluntad.

La comisión señala que la médica es la responsable del trayecto de eutanasia y que debía haberse informado de las leyes y reglamentos relevantes. Durante su explicación verbal a la comisión, la médica declaró que ahora era consciente de ello y que lo hará con toda seguridad en caso de futuras aplicaciones de la eutanasia.

La comisión es consciente de que la médica se enfrentó a una petición compleja de una paciente compleja. La comisión también es consciente

de que la médica estuvo dispuesta a investigar la petición de eutanasia, precisamente porque se siente muy implicada con sus pacientes y no quiere desentenderse de ellos. La médica quiso actuar con diligencia y con el mayor cuidado. Esto se desprende, entre otros, de que preguntó primero al asesor qué es lo que debía tener en cuenta. Con todo, la comisión considera que la médica no procedió con el cuidado necesario. La médica limitó la consulta a preguntar sobre la capacidad de expresar la voluntad de la mujer con respecto a una petición de eutanasia. La médica estaba convencida de que el sufrimiento de la mujer no tenía perspectivas de mejora y de que no existía otra solución razonable. Explicó detalladamente a la comisión sus argumentos a este respecto. Pero como no consultó con un experto independiente sobre estos aspectos, la médica no pudo reflexionar de forma crítica sobre sus propias convicciones. Esto tiene todavía más trascendencia porque la médica no disponía de experiencia y conocimientos suficientes sobre la enfermedad mental de la mujer. El asesor consultado por la médica tampoco disponía de suficientes conocimientos y experiencia. En consecuencia, la médica no pudo justificar suficientemente que pudo convencerse de que existía un sufrimiento sin perspectivas de mejora y no había otra solución razonable.

La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

En la segunda notificación también se consultó a un experto. Pero esta vez el experto no evaluó si la paciente tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a una petición de eutanasia.

## DICTAMEN 2021-97

---

Esta notificación se refiere a una mujer con SEPT (síndrome de estrés post traumático). Existía un sufrimiento psíquico que también se traducía en ataques de agarrotamiento y rigidez muscular que cada vez eran más frecuentes y más graves. Aunque la mujer había participado con actitud positiva en diferentes tratamientos psicoterapéuticos, su situación no mejoró. Los medicamentos utilizados solo tuvieron un efecto temporal. La fisioterapia y la asistencia social tampoco tuvieron éxito. Finalmente, solo quedaron las inyecciones de diazepam (un tranquilizante) para aliviar los síntomas. Y la mujer dependía de otros para dichas inyecciones.

La médica consultó con una psicóloga clínica, además de con una asesora. La médica (que dispone de amplios conocimientos sobre salud mental, como médica de familia especializada en ese tipo de enfermedades) encontró a la psicóloga a través del Centro de Consultas y Especialistas (*Centrum voor Consultatie en Expertise: CCE*). La médica eligió ese centro porque allí trabaja un gran grupo de expertos con conocimientos sobre el tratamiento de situaciones complejas. Según la médica, el caso de la mujer se comentó en un grupo multidisciplinar del CCE, del que también formaba parte al menos un psiquiatra. En dicha consulta se decidió que la psicóloga independiente era la persona adecuada para examinar a la mujer, debido a sus conocimientos especializados sobre psicopatología (la ciencia que estudia los tratamientos de las enfermedades mentales).

Durante la conversación con la comisión, la médica subrayó que le molestaba mucho no haber visto que en el Código sobre la Eutanasia se parte de la celebración de una consulta con un psiquiatra independiente. Pensaba que con recurrir a la asesora y a la psicóloga clínica había cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado. Y la asesora confirmó el convencimiento de la médica, porque en su informe decía (también) que consideraba que se habían cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado.

La comisión considera en primer lugar que, al no consultar con un psiquiatra independiente, no se cumplió lo prescrito en el Código sobre la Eutanasia. Frente a ello está que la médica, según su explicación, eligió conscientemente y de forma razonada ponerse en contacto con el CCE

debido a los conocimientos especializados de dicho centro. Además, en el CCE estaban convencidos de que la psicóloga clínica era la persona más indicada, desde el punto de vista profesional, para evaluar si existía un sufrimiento sin perspectivas de mejora y si no había ninguna otra solución razonable.

La comisión considera que el camino seguido por la mujer es justificable. En esa opinión, la comisión tiene en cuenta que, según la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (NVvP, véase la página 27 de la Directriz sobre terminación de la vida a petición de pacientes con enfermedades mentales / *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*), puede dar una segunda opinión otro profesional que no sea un psiquiatra. Esto puede hacerse en situaciones en las que ese profesional posee particularmente los conocimientos específicos en el campo de la enfermedad del paciente. Teniendo en cuenta lo considerado anteriormente, la comisión opina que, en este caso, puede considerarse la psicóloga clínica consultada como una experta en la cuestión, cuya opinión va a ser tenida en cuenta por la comisión en su dictamen.

Por lo que se refiere a los tres requisitos que deben ser evaluados por el experto independiente, la comisión constata que no se pidió a la psicóloga clínica que evaluara la capacidad de expresar la voluntad de la mujer. Y tampoco informó sobre ese aspecto. La médica explicó que no conocía esa norma. Además, la médica argumentó que no existía ningún motivo para dudar de la capacidad de expresar la voluntad de la mujer, también porque su enfermedad no daba motivo para ello. En este contexto, la médica se refirió asimismo a la directriz mencionada arriba, en la que se dice que “debe presumirse la capacidad de expresar la voluntad mientras no se demuestre lo contrario”. Y ese fue el punto de partida de la médica en este caso. Según la médica, cuando se hicieron las cuatro preguntas habituales sobre la capacidad de expresar la voluntad, no existía ningún indicio de circunstancias que hubieran afectado a la capacidad de la mujer de hacer elecciones meditadas.

La asesora también consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de eutanasia. Y en el informe de la psicóloga clínica no se menciona en cualquier caso ninguna circunstancia que diera motivo para dudar de la capacidad de expresar la voluntad de la mujer.

La comisión constata que la médica demostró una gran implicación con la mujer, al hacerse cargo de la tramitación de la petición de eutanasia. También estudió detenidamente la situación de la mujer y reflexionó ampliamente sobre ella. La comisión también considera admisible que la

mujer tuviera realmente capacidad de expresar la voluntad con respecto a la petición de eutanasia; en el historial de su enfermedad no había circunstancias que supusieran una contraindicación y la asesora coincidía con la médica en que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a la petición de eutanasia.

Con todo, la comisión considera que la médica no procedió con el cuidado especial necesario. La norma prescribe que un psiquiatra u otro experto en la cuestión evalúe (también) este aspecto de los requisitos de diligencia y cuidado, para que el médico encargado pueda reflexionar sobre sus propias consideraciones al respecto. La consulta de un experto independiente era especialmente importante en este caso porque ni la médica ni la asesora eran psiquiatras.

Durante la conversación con la médica también se planteó que el médico es el único responsable del trayecto de eutanasia y que debe asegurarse de que se cumplen las leyes y reglamentos relevantes. El dictamen o el asesoramiento del asesor no influyen en este aspecto. La médica ratificó ese aspecto, al igual que hizo anteriormente en su respuesta a las preguntas escritas que le planteó la comisión, y reiteró que lamenta no haber conocido lo que prescribe acerca de esta cuestión el Código sobre la Eutanasia.

Ante esta situación, la comisión no tiene más remedio que dictaminar que la médica no fundamentó suficientemente que pudo llegar al convencimiento de que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia y que existía una petición voluntaria y bien meditada.

La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## DICTAMEN 2021-143

---

Esta notificación se refiere a la eutanasia de un hombre que sufría molestias abdominales desde hacía más de 25 años. A pesar de los muchos exámenes realizados, no se encontró un motivo físico para sus molestias. Unos siete años antes del fallecimiento, sus molestias abdominales fueron calificadas de trastorno somático con síntomas físicos inexplicables. Cuatro años antes de su fallecimiento, el hombre tuvo cáncer de vejiga, que fue tratado. Según el oncólogo encargado, el tratamiento fue exitoso pero el hombre estaba convencido de que el cáncer se había extendido. Tenía dolor por todas partes y cada vez estaba más cansado. Eso le impedía hacer cualquier cosa. Pasaba todo el día en el sillón. Sentía que ya no tenía calidad de vida. Tenía dificultades para aceptar que no se había encontrado ninguna explicación para sus síntomas físicos. Los últimos meses antes del fallecimiento, su inactividad fue total y se descuidó gravemente. Ya no podía ponerse en pie.

Entre el diagnóstico del cáncer de vejiga y su fallecimiento, el hombre tuvo varios intentos de suicidio. Debido a ello, fue ingresado en una unidad de cuidados intensivos y después en una unidad de régimen cerrado de una entidad psiquiátrica. Tras ser dado de alta en esa entidad, el hombre fue supervisado en casa por una depresión. No hizo caso cuando le aconsejaron que se tratara el trastorno somático con síntomas físicos inexplicables.

Del historial de la médica (de familia) se desprende claramente que no había consultado con ningún psiquiatra independiente. Catorce días antes del fallecimiento, tuvo contacto con el psiquiatra que trataba al hombre. Cuando la médica se puso en contacto con él, el psiquiatra indicó que el hombre no sufría una depresión grave que pudiera implicar que no tenía capacidad de expresar su voluntad. Ofreció visitar al hombre en su casa, si así lo solicitaba el asesor.

La médica fue invitada a una conversación con la comisión. El asesor independiente consultado por la médica también estaba presente en la conversación, por petición de la médica.

La comisión constata que el asesor consultado por la médica llegó a la conclusión de que existía una petición voluntaria y reiterada de eutanasia. No detectó presión de terceros. Constató que el psiquiatra que trataba al hombre y la enfermera sociopsiquiátrica consideraban que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad y que no padecía una depresión real.

Al preguntarle al respecto, la médica indicó que el psiquiatra que trataba al hombre no señaló la necesidad de consultar con un psiquiatra independiente, en el marco del trayecto de eutanasia. Y tampoco lo hizo el asesor. Durante la explicación verbal de la médica, el asesor alegó que “ya se había superado la fase de la evaluación de un psiquiatra independiente”. Durante la explicación verbal, la médica indicó que no conocía el Código sobre la Eutanasia de la CRV. No sabía que tenía que haber consultado con un psiquiatra independiente.

La comisión considera que la médica demostró una gran implicación con el hombre, al hacerse cargo de la tramitación de la petición de eutanasia. Y que también profundizó en la situación del hombre. No obstante, la comisión opina que la médica no actuó con el cuidado especial necesario. Al tratarse de un trastorno somático con síntomas físicos inexplicables, era necesario que un psiquiatra independiente comprobara la capacidad de expresar la voluntad. Aunque el asesor no aconsejó detalladamente a la médica, la médica sigue siendo responsable del trayecto de la eutanasia. Por consiguiente, la comisión considera que la médica debería haberse informado de las leyes y reglamentos aplicables.

Por lo que se refiere a los requisitos del convencimiento de que existe un sufrimiento sin perspectivas de mejora y de que no existe otra alternativa razonable, la comisión llega a la misma conclusión y con el mismo razonamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión dictamina que la médica no pudo llegar al convencimiento de que la petición del hombre era voluntaria y bien meditada, de que el sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y de que no existía otra solución razonable para la situación.

La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.



## COLOFÓN

Publicación:  
Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia  
[euthanasiecommissie.nl](http://euthanasiecommissie.nl)

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

abril de 2022