

COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2020



COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA



INFORME ANUAL 2020

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I ACONTECIMIENTOS EN 2020	8
1 Informe anual	8
2 Notificaciones	
Número de notificaciones	10
Proporción hombre - mujer	10
Proporción terminación de la vida a petición propia-ayuda al suicidio	10
Naturaleza de las enfermedades	12
Demencia	12
Enfermedades mentales	12
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	12
Otras enfermedades	15
Edad	15
Lugar de la terminación de la vida	15
Médicos comunicantes	17
Eutanasia y donación de órganos y tejidos	17
Parejas (cónyuges)	17
No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado	19
“Zonas grises” en la verificación en la práctica	19
3 Forma de trabajo de las CRV, cambios	20
Casos que suscitan preguntas (VO)	
y casos que no suscitan preguntas (NVO)	20
Notificaciones complejas	24
Sala de reflexión	24
Organización	26

CAPÍTULO II CASUÍSTICA

1	Introducción	28
2	El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	32
2.1	Cinco notificaciones representativas	32
	Dictamen 2020-153 Cáncer	33
	Dictamen 2020-95 Enfermedad del sistema nervioso	35
	Dictamen 2020-96 Enfermedad pulmonar	36
	Dictamen 2020-102 Enfermedad cardiovascular	37
	Dictamen 2020-152 Combinación de afecciones	38
2.2	Notificaciones ordenadas según cinco requisitos de diligencia y cuidado de la WTL	39
	Petición voluntaria y bien meditada	39
	Dictamen 2020-85	40
	Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	41
	Dictamen 2020-100	43
	Consulta	44
	Dictamen 2020-147	45
	Diligencia de la práctica médica	46
	Dictamen 2020-77	47
	Dictamen 2020-83	48
2.3	Notificaciones relativas a personas con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez	50
	Enfermedad mental	50
	Dictamen 2020-53	51
	Acumulación de enfermedades propias de la vejez	54
	Dictamen 2020-110	55
	Demencia	56
	Dictamen 2020-76	57
	Demencia avanzada	59
	Dictamen 2020-118	60
3	El médico <i>no</i> ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	78
	No se ha actuado conforme al requisito de consulta con, al menos, otro médico independiente	78
	Dictamen 2020-151	78
	No se actuado conforme al requisito de realización con la diligencia de la práctica médica	80
	Dictamen 2020-98	80

INTRODUCCIÓN

La introducción del informe anual de las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (CRV; en neerlandés: *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*: RTE) de 2019 terminaba comentando la anticipación con la que se esperaban las sentencias del Tribunal Supremo neerlandés en el caso de un paciente al que se practicó la eutanasia con una demencia avanzada, partiendo de una declaración de voluntad por escrito. El Tribunal Supremo señaló finalmente el camino en abril de 2020, respondiendo a las tres preguntas más candentes, que se plantearon en este asunto:

- 1 Si una declaración de voluntad expresada por escrito por un paciente que ha perdido su capacidad de expresar su voluntad no es totalmente unívoca, “la petición no debe interpretarse únicamente conforme a su tenor literal, sino también teniendo en cuenta otras circunstancias de las que puedan derivarse las intenciones del paciente. Existe pues espacio para la interpretación de una petición escrita”, según el Tribunal Supremo.
- 2 Según el siguiente fragmento de la sentencia del Tribunal Supremo, la administración de medicación previa puede formar parte de una práctica médica diligente: “Cuando se lleva a cabo la terminación de la vida, el médico debe tener en cuenta un posible comportamiento irracional o imprevisible del paciente. Esto puede ser motivo para administrar al paciente una medicación previa”.
- 3 Por lo que respecta a la pregunta de si el médico debe preguntar a un paciente que es incapaz en el momento de la eutanasia, acerca del momento y la forma de llevar a cabo la eutanasia, el Tribunal Supremo se mostró conforme con el juicio del tribunal. En palabras del tribunal: “una conversación así no tendría sentido, no solo porque un paciente en esas circunstancias no podría comprenderla, sino también porque podría ocasionar una mayor agitación e intranquilidad”.

Las CRV han ajustado el Código sobre la Eutanasia 2018 a las partes transcritas de las sentencias del Tribunal Supremo. El Código sobre la Eutanasia (modificado)¹ pretende ofrecer un resumen accesible y actualizado de la forma en que las CRV interpretan y aplican los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*; en lo sucesivo: la WTL) al evaluar las notificaciones de eutanasia, partiendo de la ley y de la jurisprudencia.

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

El número de notificaciones en las que un médico practicó la eutanasia en un paciente que en ese momento ya no tenía capacidad para expresar su voluntad, basándose en una declaración de voluntad por escrito, ha sido extremadamente bajo (al igual que en años anteriores).

En 2020 fueron únicamente dos de las casi 7.000 notificaciones. Pero la práctica de la eutanasia en situaciones en las que ya no es posible la comunicación con el paciente plantea a los facultativos unos dilemas indiscutibles, médicos y de otro tipo. Las sentencias del Tribunal Supremo y las modificaciones introducidas consecuentemente en el Código sobre la Eutanasia ofrecen una orientación clara para los médicos que se enfrentan a este tipo de dilemas.

Naturalmente, las medidas adoptadas como consecuencia del COVID 19 también han tenido consecuencias importantes para las CRV. Para los médicos implicados, habría sido extremadamente desagradable si hubiese aumentado considerablemente el lapso de tiempo entre la práctica de la eutanasia y la recepción del dictamen correspondiente de la CRV, como consecuencia de la recomendación encarecida de trabajar en casa el mayor tiempo posible.

Deseo expresar un sincero agradecimiento a todos los empleados de las CRV (y, en especial, a los facilitadores de procesos), que han realizado enormes esfuerzos para enviar a los miembros de las CRV de forma rápida y eficaz, por vía digital, las notificaciones de eutanasia que, en gran parte siguen entregándose a las CRV impresas en papel. Gracias a dichos esfuerzos, el lapso de tiempo transcurrido entre la recepción de la notificación y el envío del dictamen ha sido el mismo que en 2019: unos 29 días. En este mismo contexto, también deseo expresar mi agradecimiento a todos los miembros de las CRV, que han seguido evaluando en las comisiones las notificaciones que suscitaban preguntas, a través de videoreuniones. Entretanto, todos estamos deseando volver a vernos nuevamente en persona (con permiso del coronavirus).

Al principio del primer periodo de confinamiento, los médicos SCEN (del programa de Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos: *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*) se enfrentaron a la pregunta de si podían realizar sus consultas a través de videoconferencia. Hay que tener en cuenta que la ley prescribe que el médico independiente al que debe consultar obligatoriamente el médico que esté dispuesto a llevar a cabo la eutanasia “debe haber visto al paciente...”. A petición de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), las CRV comunicaron que, debido a esta situación excepcional, se permitía celebrar por videoconferencia las consultas con los médicos SCEN.

Durante el pasado año, las CRV recibieron casi 7.000 notificaciones, un aumento de alrededor del 9 % con respecto al número de notificaciones en 2019. Se trata del 4,1 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2020. El coronavirus fue el fundamento médico por el que se practicó la eutanasia en solo dos de las notificaciones recibidas en 2020. Además, una infección por coronavirus fue uno de los motivos para la eutanasia en otras cuatro notificaciones, unida a otras afecciones médicas. Por tanto, es poco probable que exista una relación causal entre el COVID 19 y el aumento del número de notificaciones.

El pasado 1 de febrero de 2021 abandoné mi cargo de presidente coordinador de las CRV. Un cargo que he ocupado durante casi 5 años, con gran dedicación y convicción.

Todas las solicitudes de eutanasia plantean a los facultativos dilemas médicos, éticos y jurídicos. La experiencia adquirida durante los últimos cinco años me ha permitido constatar que la forma en que los médicos afrontan esos dilemas hace que la práctica de la eutanasia en los Países Bajos sea extraordinariamente diligente y cuidadosa. Los médicos ayudan a los pacientes que así lo solicitan, a poner fin a un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Y merecen por ello todos los elogios imaginables.

Ha sido un gran honor para mí poder aportar mi grano de arena a la vigilancia del cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado recogidos en la WTL y haber podido actuar como “estándarte” de la organización de las CRV. Ambos elementos del cargo de presidente coordinador están ahora en las expertas manos de don Jeroen Recourt.

Jacob Kohnstamm
Ámsterdam, febrero de 2021

CAPÍTULO I

ACONTECIMIENTOS EN 2020

1 INFORME ANUAL

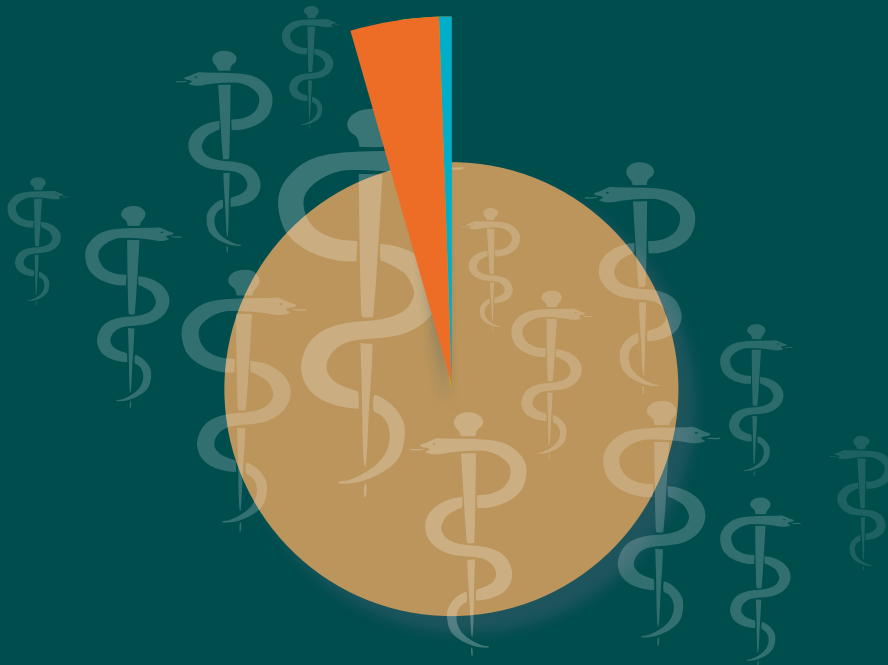
Para más información sobre las líneas principales de la ley, la forma de trabajo de las comisiones, etc., véase el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018 en ² euthanasiecommissie.nl.

En el informe anual, las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (en lo sucesivo: las CRV) informan sobre su trabajo durante el pasado año natural. De esta forma, rinden cuentas a la sociedad y la política sobre la manera en que han dado contenido a su tarea legal. Dicha tarea legal incluye verificar que las notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente y de ayuda al suicidio 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 II 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.

² El Código sobre la Eutanasia 2018 (versión revisada de 2020) puede descargarse en el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.nl). También puede descargarse una página suelta para añadir a la versión impresa del Código sobre la Eutanasia 2018.



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

9

● Terminación de la vida a petición del paciente	6.705
● Ayuda al suicidio	216
● Combinación de ambas	17

2 NOTIFICACIONES

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

Número de notificaciones

En 2020, las CRV recibieron 6.938 notificaciones de eutanasia. Se trata del 4,1 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2020³ (168.566). Supone un aumento del 9,1 % en el número de notificaciones con respecto a 2019 (6.361 notificaciones), que es el número más elevado de notificaciones recibidas por las CRV desde la entrada en vigor de la WTL. Por lo que se refiere a la proporción con el número total de fallecimientos, se ha producido un descenso del 0,1 % en comparación con 2019. Debemos subrayar que en 2020 fallecieron alrededor de 15.000⁴ personas más de las esperadas.

Proporción hombres-mujeres

La proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres vuelve a ser prácticamente igual: 3.562 hombres y 3.376 mujeres (el 51,3 % y el 48,7 %, respectivamente).

Proporción entre terminación de la vida a petición del paciente / ayuda al suicidio

En 6.705 casos (96,6 %) se trató de notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente, 216 casos (3,1 %) se referían a ayuda al suicidio y 17 casos (0,25 %) fueron una combinación de ambos.

Hablamos de combinación cuando un paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio, no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia) mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

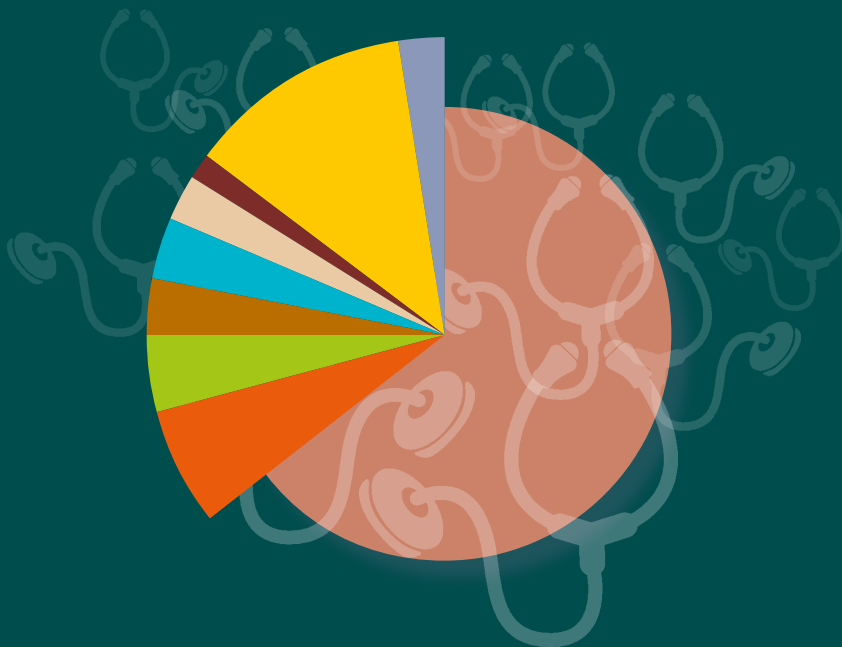
³ Fuente: Oficina Central de Estadística, 5 de febrero de 2020.

⁴ Fuente: Oficina Central de Estadística.



PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES

hombres	3.562
mujeres	3.376



NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES

12

● Cáncer	4.480
● Enfermedades del sistema nervioso	458
● Enfermedades cardiovasculares	286
● Enfermedades pulmonares	209
● Acumulación de enfermedades propias de la vejez	235
● Demencia	170
<i>Demencia en fase inicial: 168</i>	
<i>Demencia (muy) avanzada: 2</i>	
● Enfermedades mentales	88
● Combinación de afecciones	856
● Otras enfermedades	156

Enfermedades

Enfermedades más comunes

En el 90,6 % de los casos notificados (6.289) se trataba de personas con:

- cáncer (ya) incurable (4.480);
- enfermedades del sistema nervioso (458), como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA
- enfermedades cardiovasculares (286);
- enfermedades pulmonares (209);
- o una combinación de afecciones (856).

Demencia

En 2020, dos notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer que la petición era voluntaria y bien meditada. Una de esas notificaciones se incluye en el capítulo II de este informe anual y ambas están publicadas en el sitio web de las CRV con los números 2020-88 y 2020-118.

En 168 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 2020-76, incluida en el capítulo II.

Enfermedades mentales

En 88 notificaciones de eutanasia, el sufrimiento estaba basado en una enfermedad mental. De esas 88 notificaciones, en 35 casos el médico comunicante era un psiquiatra, en 14 casos un médico de familia, en 6 casos un geriatra y en 33 casos otro tipo de médico. En 68 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 esos casos, el médico debe aplicar un cuidado especial, como sucedió en la notificación 2020-53 (incluida en el capítulo II).

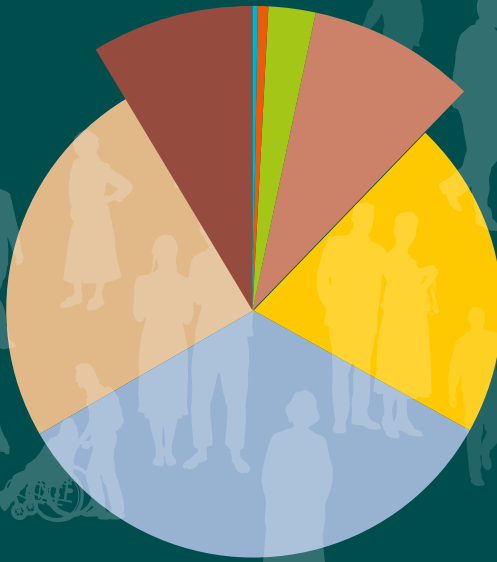
Acumulación de enfermedades propias de la vejez

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales (enfermedades de la vista), alteraciones auditivas, osteoporosis (descalcificación ósea), artrosis (desgaste), problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Estas enfermedades, generalmente

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

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

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.



EDAD

● Menores de 30 años	23
● De 30 a 40 años	49
● De 40 a 50 años	178
● De 50 a 60 años	608
● De 60 a 70 años	1.452
● De 70 a 80 años	2.320
● De 80 a 90 años	1.722
● Mayores de 90 años	586

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 2020, las CRV recibieron 235 notificaciones en esta categoría. En el capítulo II se incluye un dictamen relativo a una notificación de acumulación de enfermedades propias de la vejez, con el número 2020-62.

Otras enfermedades

Finalmente, las CRV también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual “otras enfermedades”. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico. En 2020 fueron 156 notificaciones.

Edad

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

El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años (2.320, un 33,4 %), seguida de las edades entre 80 y 90 años (1.722, un 24,8 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1.452, un 20,9 %).

En 2020, las CRV evaluaron una notificación de eutanasia de un menor de edad (de 12 a 17 años). El paciente más mayor tenía 106 años.

En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 72 notificaciones. En 44 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en 16 casos se trataba de una enfermedad mental. Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 70 y 80 años (64 notificaciones), seguida de las personas entre 80 y 90 años (62 notificaciones). En la categoría de psiquiatría, en 2020 se produjeron treinta notificaciones de personas de entre 60 y 70 años, y quince de personas de 50 a 60 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 (150 notificaciones).

Lugar de la terminación de la vida

Al igual que en años anteriores, en la mayor parte de las notificaciones (5.676, esto es: el 81,8 %) el fallecimiento del paciente tuvo lugar en su propio domicilio. En las demás notificaciones, el lugar de fallecimiento fue un hospital de cuidados paliativos (475, esto es: 6,9 %), un establecimiento residencial medicalizado (305, el 4,4 %), una residencia para asistidos (214, el 3,1 %), un hospital (136, un 2,0 %) u



MÉDICOS COMUNICANTES

16

● Médico de familia	5.715
● Geriatra	243
● Médico especialista en un hospital	254
● Médico en formación para especialista	70
● Otros tipos de médico	656
(por ejemplo, médicos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida o médicos sin especialización)	

otros lugares, por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (132, un 1,9 %).

Médicos comunicantes

En la mayor parte de las notificaciones, el médico comunicante fue el médico de familia (5.715, que supone un 82,4 % de las notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: especialistas en geriatría (243), médicos especialistas (254) y médicos en formación para especialistas (70). Finalmente, todavía queda un gran grupo de notificaciones realizadas por médicos con otra formación (656), la mayoría de ellos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia (EE).

El número de notificaciones de médicos vinculados al EE (916) prácticamente no aumentó en 2020 con respecto a 2019 (904). 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: 68 de las 88 notificaciones (más de un 77 %). 81 notificaciones de las 170 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia (47,6 %) provenían también de un médico del EE. Por lo demás, 105 de las 235 notificaciones en las que existía una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 44,7 %) provenían de médicos del EE.

17

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. Las CRV recibieron en 2020 seis notificaciones que incluían donación de órganos después de la eutanasia.

Parejas (cónyuges)

En 26 notificaciones se practicó simultáneamente la eutanasia a los dos miembros de una pareja (trece parejas). Los dictámenes 2020-148 y 2020-149 (en el sitio web) son ejemplos de este tipo de casos. Naturalmente, deben cumplirse los requisitos de diligencia y cuidado



LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

● En el domicilio del paciente	5.676
● Hospital de cuidados paliativos	475
● Residencia para asistidos	214
● Residencia de convalecencia	305
● Hospital	136
● Otros	132

(por ejemplo, en el domicilio de familiares, en un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia)

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.

No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado

En dos de los casos notificados en 2020, las CRV han dictaminado que el médico encargado no cumplió los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 1 de la WTL. Esos dos dictámenes se incluyen en el capítulo II.

“Zonas grises” en la verificación en la práctica

Esta información no sería completa si no se incluyeran los matices de la verificación en la práctica y solo indicásemos con qué frecuencia las CRV han dictaminado que el médico no ha actuado conforme a uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado. La verificación en la práctica se enfrenta también con “zonas grises”. Incluyendo los dos casos mencionados anteriormente en los que la comisión dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, la comisión ha solicitado una explicación escrita detallada al médico en trece notificaciones y en un único caso se ha solicitado al asesor una explicación adicional por escrito. En catorce notificaciones, la comisión ha invitado al médico comunicante, y en un caso al asesor, para que respondieran las preguntas de la comisión durante una de sus reuniones (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 dictaminaron que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. Esto no quita que las comisiones también hayan ofrecido regularmente indicaciones a los médicos sobre la forma en que pueden mejorar en el futuro sus actos y la notificación de esos actos.

3 FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV, CAMBIOS

Casos que suscitan preguntas (VO) y casos que no suscitan preguntas (NVO).

Desde 2012, las CRV aplican el siguiente método de trabajo a la evaluación de una notificación. Cuando se recibe una notificación, el secretario de la comisión (un jurista) califica el expediente 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). Tras la primera selección del secretario de la CRV, la comisión evalúa las notificaciones. Dicha evaluación es digital para las notificaciones calificadas como NVO. La comisión emite su dictamen definitivo si la notificación realmente no suscita preguntas. No obstante, si (al contrario del dictamen provisional del secretario) la comisión considera que la notificación sí plantea determinadas preguntas, la comisión la califica como “notificación que suscita pregunta” (VO). En 2020, esto sucedió con 42 notificaciones (0,6 %).

En el caso de que una notificación no suscite 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 y 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. Desde mediados de 2018, se envía un dictamen resumido para las notificaciones que no suscitan ninguna pregunta, y que se refieren a situaciones en las que el sufrimiento del paciente estaba ocasionado por cáncer, ELA, EPOC o insuficiencia cardíaca, o una combinación de dos o más de dichas enfermedades. Actualmente se ha decidido informar al médico de la misma forma en todas las notificaciones que no susciten preguntas.

Por el contrario, si se trata de una notificación que suscita preguntas (VO), se comenta en una reunión de la comisión y se redacta un dictamen detallado. En dicho dictamen, la comisión explica qué aspectos de la notificación han suscitado preguntas y 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”.

Describiendo de esta forma con mayor precisión determinados aspectos de los dictámenes sobre notificaciones que suscitan preguntas, las CRV esperan que los médicos y otros interesados

Ejemplo de dictamen resumido

Estimado señor / Estimada señora [apellido]:

El (fecha), la Comisión Regional de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: la comisión de verificación) recibió su informe y los documentos correspondientes, relativos a su notificación de una terminación de la vida a petición del señor/de la señora (nombre), nacido/a el (fecha) y fallecido/a el (fecha). La comisión de verificación ha estudiado los documentos facilitados por usted. Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias consignados en los documentos, la comisión dictamina que usted pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del/de la paciente y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Usted informó suficientemente al/a la paciente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas de futuro. Usted pudo llegar junto con el/la paciente al convencimiento de que no existía otra solución razonable en la situación en que se encontraba. Usted consultó al menos con otro médico independiente que también visitó al/a la paciente y emitió su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Finalmente, usted llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica.

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

La comisión de verificación estaba formada por:

(nombre), presidente, jurista

(nombre), miembro, médico

(nombre), miembro, experto en ética

La comisión de verificación *no* envía este dictamen al asesor. Dejamos a su consideración si informa o no al asesor sobre el resultado.

La comisión de verificación desea recordarle que es posible que se publique una versión anonimizada de la casuística de su notificación, en el sitio web o en el informe anual de las CRV.

Confiamos haberle informado suficientemente al respecto con esta carta.

Atentamente,

Presidente (firma)

Secretario (firma)

comprendan mejor la forma en que las CRV llegan a sus dictámenes y el argumento determinante para llegar a dicho dictamen. En el dictamen resumido y en la carta que acompaña a un dictamen detallado se consigna que puede publicarse, respectivamente, la casuística de la notificación o el dictamen, de forma anonimizada.

También se deja al médico que decida si desea compartir el resultado del dictamen con el médico SCEN. Las CRV no envían sus dictámenes al médico SCEN: solo los envían al médico que haya practicado la eutanasia.

Pueden encontrarse ejemplos de notificaciones NVO en el capítulo 2.1, entre otros. Cabe señalar que se incluye un resumen de la casuística de

DIAGRAMA 1

95,5% DE LAS NOTIFICACIONES
(QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS)



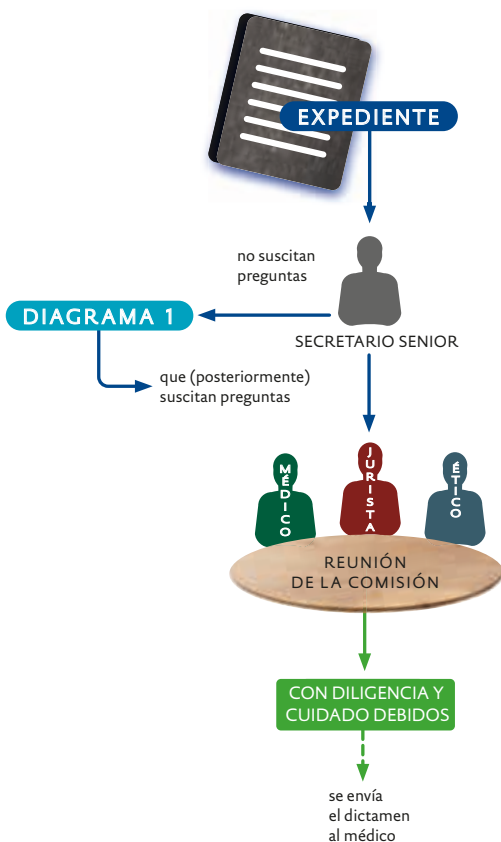
la notificación en cuestión y no el dictamen enviado al médico, dado que el médico ha sido informado de las conclusiones de la notificación a través de un dictamen resumido.

En el sitio web de las comisiones (www.euthanasiecommissie.nl) se detalla y publica (conjuntamente con el dictamen de la comisión) la casuística de una parte de las notificaciones NVO.

En 2020, los secretarios de las comisiones calificaron el 95,5 % de las notificaciones recibidas como “no suscitan preguntas” (NVO). Esto supone (nuevamente) un aumento con relación al año anterior. Dicho aumento se explica en parte porque se ha modificado la definición de cuándo el secretario debe considerar un expediente como una

DIAGRAMA 2

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



notificación que suscita preguntas (VO), y en parte porque los médicos cada vez son más exhaustivos en sus informes.

De todas las notificaciones recibidas, 623 (el 4,5 %) fueron calificadas directamente como “suscitan preguntas” (VO), por ejemplo (aunque no exclusivamente) porque existía una enfermedad psiquiátrica, 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 2020 de una media de 29 días. Esto entra dentro del plazo de seis semanas fijado en el artículo 9, párrafo primero de la WTL y es igual al plazo medio de 2019. Todo ello a pesar de que la pandemia de coronavirus no facilitó el trabajo de las comisiones.

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 CRV 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 correspondiente, para que lo consulten todos los demás miembros de la comisión. Después de conocer las reacciones, la comisión redacta su dictamen definitivo.

También se suben a la intranet los borradores de dictámenes de otras notificaciones en las que la comisión necesita que se mantenga un debate interno.

El objetivo es mantener lo más alta posible la calidad de la formación del dictamen y conseguir la mayor uniformidad posible en los dictámenes. En 2020 se discutieron once notificaciones (incluidas las notificaciones consideradas “sin la diligencia y el cuidado debidos”).

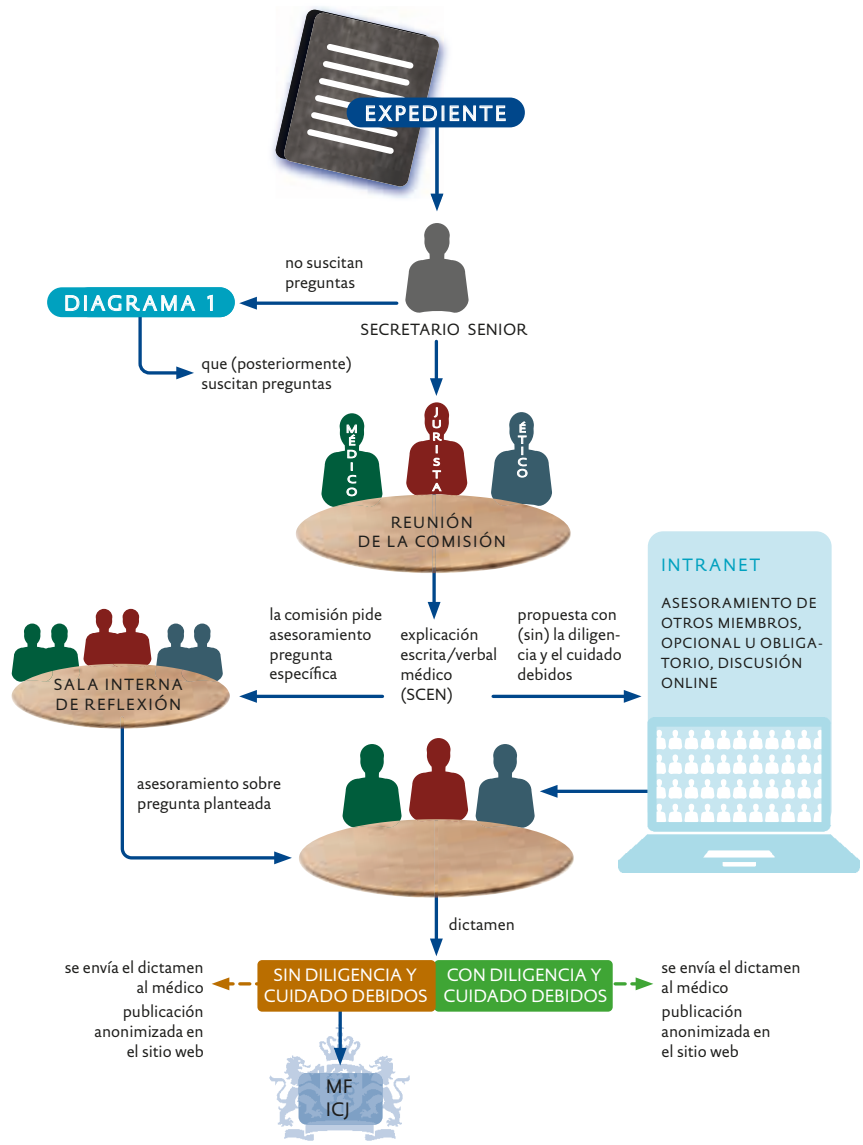
Sala de reflexión

En 2016, las CRV decidieron crear una sala de reflexión interna, entre otras cosas para favorecer la homogeneidad y la armonización interna. La sala de reflexión 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. Teniendo en cuenta el tiempo que requiere el trabajo de la sala de reflexión, se informa al médico comunicante de que posiblemente el dictamen se va a hacer esperar algo más de lo habitual. En 2020, las comisiones no solicitaron ningún asesoramiento a la sala de reflexión.

DIAGRAMA 3

<1% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



Una evaluación de la sala de reflexión ha dejado patente que los miembros de las comisiones consideran que la sala de reflexión ha demostrado su razón de ser. La sala de reflexión ha emitido su opinión (a petición de, y destinada al órgano consultivo de los presidentes) sobre las consecuencias de las sentencias publicadas en abril de 2020 por el Tribunal Supremo sobre la verificación en la práctica. El Código sobre la Eutanasia 2018 se ha revisado conforme a dicha opinión. En 2021, la sala de reflexión comenzará a actualizar el Código sobre la Eutanasia conforme a los cambios de la verificación en la práctica que se han producido durante los últimos años.

Organización

2020 fue un año complicado para las secretarías de las CRV, igual que para muchas otras organizaciones. La crisis ocasionada por el coronavirus obligó a que la mayoría de los empleados tuvieran que trabajar desde casa. Como el trabajo de las CRV se considera “esencial”, se permitió a los facilitadores de procesos en las oficinas de Arnhem y La Haya que se encargaran de que el trabajo pudiese continuar. El que el trabajo de la secretaría haya continuado, a pesar de la crisis, es un logro que merece ser mencionado en este informe anual. El que en 2020 hayan aumentado en un 9 % el número de notificaciones con respecto a 2019 y que el plazo de tramitación haya sido prácticamente el mismo, merece un elogio encarecido para los empleados.

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

En 2020, once miembros se despidieron de las CRV. Esto se debió a la terminación de su periodo en el cargo, que comenzó en 2012, coincidiendo con el aumento del número de miembros de 30 a 45 (una

parte de dichos miembros ya había abandonado su trabajo anteriormente por motivos personales). El 1 de diciembre de 2020 se nombraron diez nuevos miembros.

En 2020, se jubiló la secretaria general de las CRV, doña Nicole Visée. Estuvo trabajando con la CRV desde la entrada en vigor de la WTL. Echaremos de menos sus conocimientos sobre la WTL y la verificación en la práctica, así como su dinamismo e implicación. Se ha encontrado una digna sucesora en doña Simone Madunić, que se incorporó el 1 de noviembre de 2020.

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). En el aspecto funcional, las secretarías están bajo la dirección del director adjunto de la Unidad de secretarías de órganos disciplinarios de la atención sanitaria y las comisiones de verificación de la eutanasia (según sus siglas en neerlandés: ESTT).

Los empleados de la secretaría son formalmente empleados del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, en la dirección ESTT. En la unidad trabajan más de 100 personas. También forman parte del personal el departamento empresarial y la dirección (director y director adjunto). Los empleados administrativos de la CRV son responsables de todos los procesos administrativos, desde el registro de las características de una notificación recibida, hasta el envío del dictamen de la comisión al médico comunicante o al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud.

En 2020, los costes de las CRV ascendieron a más de 3,7 millones de euros. 778.000 € de dicha cantidad corresponden a compensaciones para los miembros de la comisión. Los costes de material, contratación de personal externo, TIC y alojamiento ascendieron a 553.000 €. 2.641.000 € se destinaron a personal (dirección, departamento empresarial y secretarías).

La secretaría de las comisiones tuvo en 2020 dos sedes: Arnhem y La Haya. 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.

CAPÍTULO 2

CASUÍSTICA

II

1. INTRODUCCIÓN

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

Un médico que haya llevado a cabo una eutanasia tiene la obligación legal de notificarlo al forense municipal. Seguidamente, el forense municipal envía la notificación y los documentos correspondientes a las CRV. El expediente entregado por el 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 de Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*, SCEN), de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG).

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

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

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

En su verificación, las CRV comparan su actuación con la ley, el historial legislativo, la jurisprudencia relevante y el Código sobre la Eutanasia (modificado) 2018⁵, redactado partiendo de resoluciones anteriores de las CRV. Las comisiones también tienen en cuenta anteriores resoluciones del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad y Juventud.

Las CRV evalúan si *se ha constatado* que se han cumplido los requisitos de información (c), asesoramiento (e) y 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: las CRV verifican si el médico, teniendo en cuenta el margen de juicio que le deja la ley, ha podido llegar al convencimiento de que se han cumplido estos tres requisitos de diligencia y cuidado. Las CRV examinan además la forma en que el médico motiva su decisión. El informe del asesor también suele aportar datos sobre la motivación.

En su sentencia del 21 de abril de 2020, el Tribunal Supremo considera (4.11.2) que esa forma de verificación también afecta al juez penal:

Al evaluar la diligencia debida de la actuación médica del facultativo, se aplican las consideraciones y normas de los profesionales médicos con respecto a los límites dentro de los cuales debe tener lugar la actuación médica. Si un caso de terminación de la vida a petición del paciente lleva a un proceso penal, el juez penal puede interpretar las normas legales, pero debe adoptar una postura prudente al responder la pregunta de qué actos médicos son aceptables dentro de ese marco.

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

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

correspondiente ha dictaminado que el médico no ha cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado.

El apartado 2 está dividido en tres subapartados.

En el primero (apartado 2.1) recogemos cinco notificaciones representativas de la gran mayoría de las notificaciones que reciben las CRV. Se trata de notificaciones sobre casos en los que (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.

A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos de diligencia y cuidado. Tratamos principalmente la voluntariedad y la consideración dada a la petición (a), el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, junto con la convicción conjunta de que no existen otras soluciones razonables (b y 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 explícitamente 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 (dos dictámenes). La mayoría de esos casos han sido notificados por médicos del Centro Especializado de Eutanasia. No obstante, los dictámenes seleccionados en el apartado 2.3 tratan casos que fueron llevados a cabo por el médico encargado del tratamiento.

En el apartado 3 se tratan dos notificaciones en las que la CRV dictaminó que *no* se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Una notificación trata de un médico que, en opinión de la comisión, no cumplió los requisitos que se imponen a la consulta con otro médico independiente. En la otra notificación, la comisión consideró que la terminación de la vida no se había llevado a cabo con la diligencia y el cuidado médico necesarios.

Todos los dictámenes vienen indicados con un número, que remite a la reproducción del dictamen en el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.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 (64,6 % de las notificaciones), enfermedades del sistema nervioso (6,6 % de las notificaciones), enfermedades cardiovasculares (4,1 % de las notificaciones), enfermedades pulmonares (3,0 % de las notificaciones) y una combinación de enfermedades (12,3 % de las notificaciones). Sirvan como ejemplo las siguientes cinco notificaciones (todas son ejemplos de expedientes que no suscitan preguntas (NVO)). Dichos dictámenes ofrecen una imagen de la problemática más frecuente a la que se enfrentan las CRV.

El primer dictamen incluye la descripción más completa, para mostrar que la comisión examina todos los requisitos de diligencia y cuidado. No se han incluido en el informe anual las descripciones completas de los restantes dictámenes. En esos casos se ha centrado la atención principalmente en el sufrimiento.

CÁNCER

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), forma especial de administración, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-153.

A una mujer de entre 70 y 80 años se le diagnosticó cáncer de ovarios (carcinoma de la trompa de Falopio) en la primavera de 2020. Cuando se la quiso operar, se descubrió que ya no existían buenas posibilidades y se le propuso quimioterapia. Al principio no quiso aceptarla, porque no era un método curativo y reduciría su calidad de vida, pero su familia insistió en que probase con la quimioterapia. Rápidamente se hizo patente que no aguantaba la quimioterapia: tenía diarrea y hormigueo en manos y pies. Por eso decidió abandonar la quimioterapia. A finales de septiembre, la mujer comenzó a sufrir dolor abdominal y estreñimiento grave. Recibió tratamiento para esos síntomas, pero no tuvo suficiente efecto. Probó los paliativos (sustancias que reducen el sufrimiento): primero aceite de cannabis, después oxicodona (un analgésico potente) y, finalmente, morfina. Los paliativos hicieron el dolor soportable (con excepción de espasmos regulares). También le prescribieron supositorios contra las náuseas y el vómito. Tuvieron muy poco efecto, pero la mujer ya no quería probar nada más, porque solo iban a prolongar su sufrimiento. La médica escribió en su informe que tanto el ginecólogo que la trataba como ella misma informaron a la mujer sobre la situación en la que se encontraba y sobre sus perspectivas.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por una práctica imposibilidad de mantener en su organismo la comida o la bebida, siempre tenía náuseas y estaba muy cansada. El cansancio le ocasionaba problemas para fijar su atención, con lo que ya no podía leer o ver la televisión. La mujer también tenía miedo de seguir perdiendo funciones físicas y de sufrir un deterioro personal grave. La médica vio que la mujer estaba agotada. La conocía como una persona optimista, que quería tener calidad de vida. Una calidad que ya no tenía. Por ello, la médica entendió que el sufrimiento de la mujer era insostenible. Dado que sufría un cáncer de ovarios grave (fase 3 c), que tenía metástasis en el peritoneo (carcinomatosis peritoneal), y no había forma de aliviar el dolor, la médica estaba convencida de que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora.

Mucho antes de que la mujer enfermase, comentó con la médica su deseo de eutanasia si dejaba de tener calidad de vida. Como cuidadora de enfermos y en su propia familia había vivido de cerca la enfermedad y el sufrimiento y tenía claro lo que quería y lo que no. Después de interrumpir la quimioterapia, puso por escrito sus deseos sobre la eutanasia. En todas las conversaciones siguientes con la médica,

hablaron de eutanasia. Un día antes de su fallecimiento, la mujer indicó que estaba tan mal que deseaba ya la eutanasia. La médica estaba convencida de que la solicitud de la paciente era voluntaria y bien meditada.

Había adquirido ese convencimiento porque había hablado varias veces en privado con la mujer acerca de la eutanasia, y nunca había visto ninguna duda. Consideraba que la mujer era una persona independiente e inteligente, que no se dejaba influir por los demás.

Una semana antes de su fallecimiento, la mujer pidió que se llamara al médico SCEN. Tenía miedo de que, si esperaba más tiempo, pudiera estar aturrida o desorientada. El asesor la visitó un día después. En su informe, el asesor ofreció un resumen del historial clínico y de la naturaleza del sufrimiento de la mujer. En el momento de su visita, la mujer consideraba que su sufrimiento era todavía soportable, aunque estaba en el límite. En el momento en que consideró que ya era insoportable (tres días después), la médica se puso en contacto con el asesor y este último llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

El médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición de la paciente con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en el documento de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (directriz sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio), de agosto de 2012.⁶ Como ya casi no se le podía poner una vía, la mujer llevaba un port-a-cath (un catéter que se implanta para que los médicos puedan acceder con facilidad a vasos sanguíneos grandes y profundos). Había pedido que le dejaran el port-a-cath para poder usarlo en una posible eutanasia. Las sustancias para la eutanasia se administraron a través de dicha vía. Por lo que se refiere al control de si el coma era lo suficientemente profundo como para administrar con seguridad el bloqueador neuromuscular, la médica aplicó un estímulo doloroso y observó (la ausencia de) reflejo de protección al tocar las pestañas.

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

6 Puede consultarse a través de www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding. La Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) están actualmente revisando dicha directriz. Se espera que la nueva directriz se publique en el transcurso de 2021.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), pérdida acusada de funciones debido a la enfermedad de Parkinson, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-95.

Una mujer mayor de noventa años fue diagnosticada con la enfermedad de Parkinson ocho años antes del fallecimiento. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa (para aliviar el sufrimiento).

Desde unos cuatro años antes del fallecimiento, la mujer estaba ingresada en una residencia para asistidos.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por una acusada pérdida de funciones. Tenía problemas para tragar, disartria (trastorno del habla ocasionado por daños en el sistema nervioso), problemas de equilibrio y pérdida de fuerza. La mujer no podía moverse sola y dependía totalmente del cuidado de otros. Ya no podía hacer nada por sí misma, ni siquiera girarse en la cama o cambiar de postura en su silla de ruedas. La falta de movilidad había ocasionado una úlcera (de decúbito) en el coxis. La mujer también tenía miedo de tragar, por los problemas que tenía para hacerlo.

La mujer sufría por la pérdida de su autonomía, la dependencia de otros, la ausencia de perspectivas de mejora de su situación y el miedo real de un mayor deterioro. Consideraba su sufrimiento insoportable.

El médico, un especialista en geriatría del establecimiento residencial medicalizado, estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

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), ayuda al suicidio, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-96.

Una mujer de entre setenta y ochenta años de edad padecía EPOC desde hacía años (una enfermedad pulmonar limitadora y crónica). Finalmente se constató que la enfermedad se encontraba en fase GOLD III y la mujer sufría infecciones recurrentes en las vías respiratorias. La mujer tenía dificultades respiratorias constantes, le faltaba el aliento y se fatigaba intensamente con el menor esfuerzo. Al final prácticamente no podía hacer nada por sí sola. Ni siquiera incorporarse en la cama. Tampoco tenía energía para comer adecuadamente. Esto le hizo adelgazar considerablemente, con lo que todavía aumentó más su debilidad. La mujer solo podía estar sentada en el sillón o tumbada en la cama y no podía entretenerse con ninguna de sus aficiones, como hacer puzles o leer. Indicó que estaba totalmente agotada.

La mujer sufría por el vacío de su existencia, la ausencia de perspectivas y el miedo real de ahogarse durante un ataque de tos. Consideraba su sufrimiento insoportable. Había recibido el máximo tratamiento posible con medicamentos. Se negaba a usar oxígeno extra, porque solo serviría para alargar un poco su vida. Y no quería hacerlo, en las circunstancias en que se encontraba. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa (para aliviar el sufrimiento).

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

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), rechazo de amputación, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-102.

Una mujer de entre ochenta y noventa años fue diagnosticada de isquemia (riego sanguíneo insuficiente) en la parte inferior de su pierna izquierda, medio año antes del fallecimiento. Desde unos cuatro meses antes del fallecimiento, se encontraba en fase IV de Fontaine (la fase en que comienzan a necrosarse los tejidos). Prácticamente no había riego sanguíneo en la parte inferior de la pierna y comenzó a necrosarse (los tejidos van muriendo). La mujer se sometió a una angioplastia (tratamiento de un estrechamiento de un vaso sanguíneo), pero sin el resultado deseado. Teniendo en cuenta su situación delicada, su edad y las posibles complicaciones, como una inflamación o un delirio (confusión), no quería que le amputasen la parte inferior de la pierna. También influyó la pérdida de autonomía que supondría para ella. Le parecía terrible. La mujer ya estaba ingresada en un hospital de cuidados paliativos (una entidad especializada en el alivio del sufrimiento y que cuida de personas en la última fase de su vida).

El sufrimiento de la mujer constaba de un dolor constante y agudo en la pierna izquierda y en la pérdida de posibilidades de moverse. Para ella siempre había sido muy importante la autonomía y la capacidad para decidir por sí misma. Sufría por la pérdida de capacidad de decisión sobre su vida, el dolor, la dependencia de otros y por el miedo real a las inflamaciones y las infecciones (septicemia), que conllevarían un mayor deterioro personal. No quería seguir empeorando y deseaba morir con dignidad. La mujer 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 el sufrimiento.

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

COMBINACIÓN DE AFECCIONES

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), insuficiencia cardíaca, gota y problemas renales, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-152.

Un hombre de entre ochenta y noventa años fue diagnosticado de insuficiencia cardíaca en la última fase, tres años antes de su fallecimiento. La insuficiencia cardíaca le dificultaba enormemente el movimiento. También tenía gota en manos y pies. Tenía nódulos y heridas en las manos, que le impedían usarlas con facilidad. Desde hacía unos años también tenía problemas renales graves. El hombre indicó que solo quería recibir tratamientos que pudieran administrarse en casa. Debido a su experiencia con el ingreso de su esposa en un establecimiento residencial medicalizado, no quería ser ingresado en uno de dichos establecimientos. No quería tratamientos (como la morfina) que produjeran una pérdida mayor de funciones o que redujeran sus posibilidades de moverse.

Debido a la combinación de afecciones, el hombre no salía de casa desde hacía mucho tiempo. Los últimos meses aumentó su necesidad de ayuda. Ya no podía ir solo al servicio, ni cuidar adecuadamente de sí mismo. Además, sentía bastantes dolores y falta de aliento. El hombre consideraba el sufrimiento insoportable.

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

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

2.2. Cinco notificaciones ordenadas según cuatro 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, acompañado de inexistencia de otra alternativa razonable (b y d), consulta con un médico independiente (e) y la realización de la terminación de la vida (f). En este último caso, ofrecemos dos ejemplos, dadas las particularidades de las notificaciones. Todas estas notificaciones también fueron calificadas como “no suscitan preguntas” (NVO). Todos los médicos de dichas notificaciones recibieron un dictamen resumido, con excepción de uno.

En el Código sobre la Eutanasia se comentan y explican los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. Del comentario se puede también derivar qué requisitos *no* exige la ley. Resumidamente, no se exige que el paciente sufra una enfermedad potencialmente mortal; tampoco que el paciente se encuentre en fase terminal; tampoco que exista una relación de tratamiento entre el médico y el paciente; tampoco que exista una petición escrita, además de la petición verbal; tampoco que la petición sea duradera; tampoco que el asesor dé su “permiso”; tampoco que la capacidad de expresar la voluntad sea constatada por otro médico y tampoco que la familia deba ser implicada en la petición de eutanasia, ni mucho menos que deban estar de acuerdo con la petición (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 55).

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 están en condiciones de mantener una conversación normal (verbalmente) hasta el momento de la realización de la eutanasia.

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), combinación de afecciones, la esposa se opone a la eutanasia, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-85.

Un hombre de entre setenta y ochenta años fue diagnosticado de ELA (esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad degenerativa neuromuscular), casi un año antes de su fallecimiento. También padecía un síndrome de dolor crónico (dolor constante para el que no se puede encontrar una causa médica), por el cual había sido sometido a varias operaciones y tratamientos con medicamentos. Todo ello había tenido muy poco resultado. El hombre sufría por su rápido deterioro físico, el dolor constante, la pérdida de autonomía, el miedo real de ahogarse y la falta de perspectivas de mejora de su situación. Consideraba su situación humillante y su sufrimiento insoportable.

Tres meses antes del fallecimiento, el hombre pidió por primera vez la eutanasia. Su esposa estaba totalmente en contra, por motivos religiosos, y no podía aceptar su petición. Esto ocasionó una lucha interior en el hombre para decidir qué deseo consideraba más importante: el de su esposa o el suyo propio. Retiró su petición para darle a su esposa tiempo para aceptar la eutanasia. Finalmente, dos semanas antes del fallecimiento, pidió que le practicasen la eutanasia. Ese mismo día, el hombre fue ingresado en un hospital de cuidados paliativos (una entidad especializada en el alivio del sufrimiento y que cuida de personas en la última fase de su vida).

La médica constató que el hombre se mostraba decidido cuando expresó su petición definitiva (dos semanas antes del fallecimiento), y mantuvo su petición a pesar de la oposición de su esposa. La esposa consideraba que la médica había convencido a su esposo para pedir la eutanasia. La médica reflexionó sobre esta cuestión, pero decidió acceder al deseo del hombre. Lo hizo porque el hombre había sido muy claro en su petición, no solo con ella sino también con el personal del hospital de cuidados paliativos, con el asesor y con su colega de consulta. Para la médica, el derecho a decidir por sí mismo tenía más valor que la oposición de la esposa. Según la médica, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada.

La comisión dictaminó que la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada. Según la comisión, la médica también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA Y AUSENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

El médico debe adquirir el convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente. En el Código sobre la Eutanasia se puede leer al respecto lo siguiente (entre otras cosas):

El sufrimiento es un concepto muy amplio. El sufrimiento puede ser consecuencia del dolor y la ansiedad, del agotamiento y el cansancio generalizado, del deterioro físico, de la ausencia de perspectivas de mejora, pero también de una dependencia creciente o de un deterioro personal que el paciente experimenta como grave, o de la pérdida de dignidad (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 22).

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. Por tanto, el médico no solo debe evaluar la situación, sino también ponerse en el lugar del paciente de que se trate (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 24-25).

El médico debe llegar junto con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra. Este requisito de diligencia y cuidado, que debe verse en relación con la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento, está relacionado con el carácter transcendental e irreversible de la eutanasia. Si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento insoportable o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones. (...) En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto de médico y paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay una salida real y razonable para el paciente, de mitigar o eliminar el sufrimiento. Una intervención complicada o de larga duración con unas posibilidades limitadas de conseguir un resultado positivo, normalmente no puede considerarse una “alternativa razonable. Sí que se considera generalmente una “alternativa razonable” una intervención médica o un tratamiento que puede reducir considerablemente el sufrimiento o incluso eliminarlo durante un largo plazo. (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 27).

La atención paliativa (incluidos tratamientos contra el dolor y sedación paliativa) desempeña un importante papel al final de la vida del paciente. En casos en que el sufrimiento del paciente va acompañado (predominantemente) de dolor, el tratamiento analgésico puede ser una alternativa para la eutanasia.

No obstante, un paciente puede tener buenos motivos para rechazar la atención paliativa, por ejemplo porque no quiere estar en un estado de alletargamiento (por altas dosis de morfina) o no quiere perder la consciencia (por sedación paliativa). Es importante que el médico informe bien al paciente sobre las ventajas e inconvenientes de la atención paliativa, pero la decisión final de usar o no esta opción es del paciente.

En general, negarse a recibir una sedación paliativa no impide la práctica de la eutanasia (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 22).

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA Y AUSENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), acumulación de enfermedades propias de la vejez, negativa a aumentar la medicación, Centro Especializado de Eutanasia, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-100.

Una mujer de entre ochenta y noventa años padecía desde ocho años antes de su fallecimiento, una escoliosis degenerativa de la espalda (desviación grave de la columna vertebral con desgaste) y poliartritis (desgaste en dos o más articulaciones). La mujer sufría caídas regulares y alrededor de un año antes del fallecimiento se rompió la muñeca en una caída. También había disminuido el sentido del gusto y su visión y su oído habían empeorado. Desde un mes y medio antes del fallecimiento, la mujer estaba ingresada en un centro residencial medicalizado.

El sufrimiento de la mujer consistía en un dolor constante en las caderas, las rodillas, las muñecas, las manos y la espalda. Los medicamentos no conseguían reducir suficientemente el dolor. La mujer no quería que le aumentaran las dosis de medicamentos porque no quería estar aturdida y porque temía que ocasionaría más caídas. Unos cuatro meses antes del fallecimiento, la situación de la mujer empeoró con rapidez. Prácticamente dependía totalmente del cuidado de los demás y solo podía caminar distancias muy cortas con un andador. Tampoco podía dedicarse a sus aficiones. Pasaba los días sentada en una silla. Como la lectura o la televisión la cansaban demasiado, prácticamente no tenía ninguna distracción. La mujer, que siempre había sido independiente, sufría por su dependencia de otros, por el dolor constante y la falta de perspectivas de su existencia. 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 el sufrimiento. La comisión consideró que, con dicho convencimiento, el médico había actuado dentro del margen de juicio que le da la ley. 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 ausencia de una alternativa razonable y la información facilitada al paciente. En el Código sobre la Eutanasia 2018 se puede leer al respecto lo siguiente (entre otras cosas):

El asesor consultado emite un dictamen independiente sobre la pregunta de si considera que se han cumplido los primeros cuatro requisitos de diligencia y cuidado (de la letra “a” a la letra “d”) y redacta un informe escrito para el médico sobre dicho aspecto. Esta consulta sirve para fomentar un proceso de toma de decisión lo más cuidadoso posible. Ayuda al médico a averiguar si se cumplen todos los requisitos de diligencia y cuidado y a reaccionar a la petición de eutanasia antes de llegar a la decisión definitiva de practicarla. La comisión exige que el médico encargado solicite la consulta. En caso contrario, la comisión espera que el médico explique su decisión en su informe (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 28-29).

No es excepcional que transcurra cierto tiempo entre la visita del asesor al paciente y la práctica de la petición de eutanasia. Normalmente, esto no supone un problema. La ley no dice nada sobre el “periodo de validez” del informe del asesor. En general, puede afirmarse que el informe sigue siendo aplicable mientras no cambien esencialmente las circunstancias del paciente y la enfermedad progrese de la forma esperada. Además, normalmente se trata de días o semanas, no de meses. A medida que aumenta el plazo entre la visita del asesor y la práctica de la eutanasia, lo más lógico es que exista un nuevo contacto entre el médico y el asesor y si no se produce dicho contacto, esto suscitará preguntas en la comisión. En ocasiones, el asesor deberá visitar al paciente una segunda vez. También habrá casos en que sea suficiente con que el médico y el asesor o el asesor y el paciente mantengan un contacto telefónico. No se han dado normas específicas sobre estas cuestiones. El médico es quien lo debe evaluar, teniendo en cuenta las constataciones anteriores del asesor y los cambios posteriores que se han producido en el paciente. Si es necesario, el médico puede consultarlo con la comisión (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 33).

CONSULTA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), dictamen detallado, combinación de enfermedades, “periodo de validez” de la consulta, el médico se hace cargo del trayecto tras consultar con el asesor, Centro Especializado de Eutanasia, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-147.

Una mujer de entre ochenta y noventa años sufrió en los diez años anteriores a su fallecimiento varios AIT (accidente isquémico transitorio: breve interrupción del flujo de sangre a una parte del cerebro), que tuvieron como consecuencia cansancio general y pérdida de fuerza en la parte izquierda del cuerpo. Además, le habían retirado la prótesis de cadera izquierda (extirpación de cadera) y no se había colocado una nueva prótesis (artroplastia de Girdlestone). Desde hacía unos años, la mujer estaba ciega del ojo izquierdo y había perdido mucha visión en el ojo derecho. También tenía problemas de audición. La mujer sufría por la influencia que esas limitaciones tenían en su vida. Todas esas enfermedades y el conocimiento de que no existía ninguna perspectiva de mejora de la situación hacían que su sufrimiento fuera insoportable. Cuando el procedimiento de la eutanasia ya estaba avanzado, pospuso durante un tiempo la realización de la eutanasia, porque así se lo pidió su hijo de forma muy emotiva.

Alrededor de dos meses y medio antes de su fallecimiento, la mujer pidió a su médica de referencia del Centro Especializado de Eutanasia que practicara la eutanasia. Dicha médica mantuvo tres conversaciones con la mujer. También se puso en contacto con un médico SCEN para obtener asesoramiento. El médico SCEN visitó a la mujer alrededor de mes y medio antes de su fallecimiento. En opinión del médico SCEN, se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado que debía evaluar.

En un momento dado, la médica del Centro Especializado de Eutanasia tuvo que retirarse del caso debido a los riesgos para la salud vinculados a la pandemia de coronavirus. Otro médico del Centro Especializado de Eutanasia se hizo cargo de llevar a cabo la eutanasia. Ese segundo médico visitó a la mujer once días antes de su fallecimiento. La mujer seguía queriendo la eutanasia. El médico decidió llevarla a cabo utilizando el informe de la consulta que tenía a su disposición.

La comisión considera que la forma de actuar del médico cumple el requisito de diligencia y cuidado mencionado en la letra e (consultar con un médico independiente, como mínimo). El médico tomó conocimiento del informe redactado por el médico SCEN y también se puso en contacto con dicho médico cuando se hizo cargo de la petición de eutanasia. También indicó que consideraba que el asesor era

independiente. Al valorar el informe de la consulta, tuvo en cuenta también las consideraciones de su colega del Centro Especializado de Eutanasia.

Con respecto al tiempo transcurrido entre la consulta con el médico SCEN y la realización concreta de la eutanasia, la comisión considera lo siguiente. El periodo de más de seis semanas no fue en este caso tan prolongado como para que la consulta tuviese menos valor. La situación de la mujer no había cambiado esencialmente desde la visita del asesor. Durante el contacto mantenido con el médico, el asesor tampoco vio motivo para visitar nuevamente a la mujer. Además, la mujer pospuso la realización de la eutanasia por motivos personales, lo que no conlleva que deba dudarse de la conclusión a la que llegó anteriormente el asesor (consideró que se habían cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado).

La comisión dictamina que el médico cumplió el requisito de consultar al menos con un médico independiente que también visitó a la paciente y que emitió su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados de la “a” la “d”. Según la comisión, también se cumplieron los demás requisitos de diligencia y cuidado.

DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Sobre la realización con toda la diligencia de la práctica médica, el Código sobre la Eutanasia dice entre otras cosas:

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 aplican como guía la directriz de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (Directriz sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio de 2012) (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 35).

En el caso de la terminación de la vida a petición del paciente, la directriz parte de la administración intravenosa de una sustancia que induzca el coma, seguida de la administración intravenosa de un bloqueador neuromuscular. La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá poder motivarlo suficientemente. Es aconsejable que el médico, antes de practicar la eutanasia, comente

con el paciente y la familia los efectos de las sustancias que va a utilizar. Es importante respetar los deseos individuales del paciente, en la medida en que sea posible y siempre que dichos deseos se incluyan en el marco de la directriz (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 35).

DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA 1

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), cáncer, dosis más elevada de sustancia para inducir el coma, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-77.

Un hombre de entre cincuenta y sesenta años fue diagnosticado de cáncer de boca y garganta, un año y medio antes del fallecimiento. No existía curación posible. El tratamiento todavía disponible era únicamente de naturaleza paliativa (para aliviar el sufrimiento). Desde cuatro meses antes de su fallecimiento y dado que la situación en casa se había vuelto insostenible, el hombre estaba ingresado en un hospital de cuidados paliativos (una entidad especializada en el alivio del sufrimiento y que cuida de personas en la última fase de su vida).

Para el hombre era muy importante esperar al nacimiento de su nieto. Tras el nacimiento, unas seis semanas antes del fallecimiento, el hombre dejó de recibir alimentos por sonda y quiso fallecer con sedación paliativa. La sedación no tuvo el efecto deseado: el hombre volvía a despertarse. El tumor en su cuello, boca y rostro seguía creciendo, con lo que no solo tenía sensación de ahogo, sino también mucho dolor. El dolor no se podía reducir hasta un nivel aceptable, ni siquiera con altas dosis de medicinas. Por ello, unas dos semanas antes del fallecimiento, el hombre comunicó su deseo de eutanasia al geriatra que le trataba. Dicho médico no pudo acceder a su petición, por motivos para él importantes. El hombre se dirigió entonces al Centro Especializado de Eutanasia.

Un médico de dicho centro llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente mediante la administración intravenosa de 4.000 miligramos de tiopental (una sustancia inductora del coma), en lugar de los 2.000 miligramos prescritos en la directriz de la KNMG/KNMP, seguidos de 150 miligramos de rocuronium (un bloqueador neuromuscular que produce la muerte). Después de ello, el hombre falleció. El médico procedió a administrar una dosis superior de tiopental debido a la rápida habituación que había mostrado anteriormente el hombre con otras medicinas y sabiendo que era difícil sedarlo.

El médico motivó dicha actuación consignando que el médico SCEN había recomendado consultar la dosis de tiopental con la farmacia,

porque anteriormente se había producido una rápida habituación a las medicinas administradas. Por ello, el médico decidió administrar una dosis doble de tiopental.

La comisión considera que el médico llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica.

Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA 2

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO) tras consultas, dictamen detallado, cáncer, cumplimiento de un deseo personal relativo a la realización, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-83.

Una mujer de entre sesenta y setenta años pidió al médico que le permitiera desempeñar un papel en la realización de la eutanasia. Según el médico, el proceso fue el siguiente: después de que el médico controló si la vía funcionaba correctamente, la propia mujer inyectó lidocaína (una anestésico local). Después, el médico y la mujer comenzaron juntos a inyectar la sustancia inductora del coma (propofol). La mujer solo pudo hacer algo de fuerza en la primera parte (muy pequeña) de la administración del propofol.

La comisión considera que, según la directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio de agosto de 2012, el médico es el único que puede administrar las sustancias con las que se lleva a cabo la eutanasia. El paciente puede desempeñar un papel activo, por ejemplo abriendo la llave de la vía, de forma que no dificulte una práctica de la eutanasia con la diligencia y el cuidado debidos. En el Código sobre la Eutanasia 2018 (versión modificada, p. 35) se consigna también que es importante cumplir en lo posible los deseos individuales del paciente, siempre que sean compatibles con la directriz.

De los documentos se desprende que la mujer quería mantener hasta el final la dirección de su vida. De la explicación telefónica del médico se desprende que la mujer no optó por la ayuda al suicidio. No quería esa opción porque había tenido una experiencia negativa con un conocido. Además, no quería probar el sabor desagradable que pueden tener los barbitúricos por vía oral.

La comisión considera que el médico pudo cumplir el deseo de la mujer, de forma totalmente conforme a la opinión recogida en el Código sobre

la Eutanasia 2018 y también compatible con la directriz. Según la comisión, el que la mujer se administrase la lidocaína y una parte de la sustancia inductora del coma puede considerarse como un papel activo que puede desempeñar un paciente de acuerdo con la directriz. La expresión “por ejemplo” que incluye la directriz no significa que únicamente se pueda participar abriendo la llave de la vía. En su dictamen, la comisión tiene en cuenta que la terminación de la vida a petición del paciente se llevó a cabo con las sustancias y las cantidades recomendadas en la directriz y que el médico controló de forma correcta la profundidad del coma inducido.

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.

Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

2.3 Cuatro ejemplos relativos a 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 psiquiátricos. En ese tipo de casos, debe actuarse con un cuidado especial. Ese cuidado especial implica que debe consultarse a un psiquiatra independiente, aparte del asesor habitual. Además, se trata 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. 45).

Un grupo con el que el médico también debe aplicar un cuidado especial son los pacientes con una discapacidad intelectual (leve). También esas personas pueden plantear una petición de eutanasia bien meditada.⁷ En esos casos, deberá prestarse una atención especial a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición de eutanasia. Por eso, además de consultar con el asesor normal que emite un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados “a” al “d”, en principio el médico también debe consultar con un médico experto sobre la capacidad de expresar la voluntad (como un médico especialista en personas con discapacidad intelectual). Si el contacto con un asesor y un experto supone una carga excesiva para el paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea también experto en uno de dichos campos (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 48).

⁷ Véase también la Asociación de Médicos de pacientes con discapacidad intelectual (NVAVG), *Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking* (Decisiones médicas en torno al final de la vida con personas con una discapacidad intelectual), 2007.

PSIQUIATRÍA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), dictamen detallado, varias enfermedades mentales, discapacidad intelectual, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-53.

Una mujer de entre cincuenta y sesenta años, con una discapacidad intelectual, sufría desde hacía tiempo un trastorno permanente de depresión unido a ataques de pánico, sentimientos de tensión y angustia, “voces” que le daban órdenes (alucinaciones imperativas), pensamientos constantes sobre el suicidio e insomnio. Cuando la tensión aumentaba, se mordía la mano. Dormía mal y ya no disfrutaba de nada. Solo quería morir.

Dos años antes del fallecimiento, la mujer empezó a hablar de eutanasia con varios terapeutas. Ocho meses antes del fallecimiento, pidió a la médica que le practicaran la eutanasia.

La médica consultó con un psiquiatra independiente que examinó a la mujer dos semanas antes del fallecimiento. La médica consultó también con una médica SCEN independiente. La médica SCEN visitó a la mujer cinco días antes del fallecimiento.

Partiendo de los hechos y circunstancias que se incluyen en el expediente y por cuanto tenga importancia en este momento, la comisión expresa sus consideraciones sobre si la petición se considera voluntaria y bien meditada, la ausencia de perspectivas de mejora y la falta de otra solución razonable.

Petición voluntaria y bien meditada

En las peticiones de eutanasia en las que existe una problemática psiquiátrica, debe dedicarse una atención especial a la capacidad de expresar la voluntad de la persona que pide la eutanasia. La comisión considera que esto es especialmente aplicable en este caso, teniendo en cuenta la discapacidad intelectual de la mujer.

La comisión considera que la médica procedió con gran cuidado al constatar la capacidad de la mujer de expresar la voluntad. La comisión también tiene en cuenta que la médica ha explicado claramente en el expediente por qué está convencida de que la petición de la mujer era voluntaria y bien meditada. Dicho convencimiento se basaba en varias conversaciones detalladas que mantuvo con la mujer. De acuerdo con dichas conversaciones, la médica constató que la mujer expresaba de forma unívoca su deseo de morir y su petición de eutanasia.

La médica constató que, tras años de lucha, la mujer había llegado a una decisión y había elegido conscientemente despedirse de la vida. Consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición.

La médica pidió asesoramiento a un psiquiatra independiente, especializado concretamente en pacientes con discapacidad intelectual. El psiquiatra constató que la mujer tenía una discapacidad intelectual. Dicha limitación conllevaba una capacidad limitada para recordar y reflexionar sobre su deseo de morir y la mujer únicamente podía repetir dicho deseo de forma constante y siempre de la misma manera. El psiquiatra independiente concluyó que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición.

La médica SCEN consultada llegó a la misma conclusión. Aunque, según la asesora, la mujer tenía dificultades para encontrar palabras para expresarse, pudo contar adecuadamente a la asesora sobre su situación y su deseo de morir. Durante la conversación, la mujer mostró una clara comprensión de su situación, pudo contar lo que iba a pasar en el momento de la eutanasia y era consciente de lo que estaba pidiendo a la médica. Según la asesora, la mujer no estaba presionada por otros y había reflexionado durante años sobre su petición.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión dictaminó que la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer.

Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y ausencia de otra solución razonable

La comisión ha constatado lo siguiente, partiendo de los documentos disponibles. Desde 2001, la mujer había sido tratada constantemente por sus enfermedades mentales y estuvo hospitalizada varias veces por ellas. Tras el fallecimiento de su esposo en 2014, sus problemas se agravaron. La mujer siguió todo el protocolo de tratamiento de la psicosis y la depresión, con excepción de los inhibidores MAO (inhibidores de la monoamina oxidasa, un tipo de medicamentos para la depresión). La mujer colaboró con todos los tratamientos; en un par de ocasiones dejó de tomar las medicinas por los efectos secundarios. A partir de enero de 2019 se inició un plan de tratamiento centrado en pensamientos suicidas constantes y en una depresión con alteración de funciones vitales (una forma de depresión en la que el paciente, además de los síntomas depresivos, se despierta temprano, se siente más depresivo durante la mañana, tiene dificultades motoras, reducción de apetito y equilibrio y gran sentimiento de culpa). La mujer fue tratada, entre otros, con terapia electroconvulsiva, porque todavía no se había probado esa terapia. Detuvo el tratamiento después de quince sesiones, porque no experimentó ninguna mejora y el tratamiento le producía otros problemas físicos inaceptables. La médica consultó con un colega sobre un tratamiento con ketamina (un anestésico) y con inhibidores MAO. No se inició el tratamiento con ketamina, porque todavía está en fase de investigación y aun no se ha demostrado su eficacia.

La médica comentó con la mujer el tratamiento con inhibidores MAO, pero ella lo rechazó. La médica también coincidió (tras consultar con su colega) en que era muy pequeña la posibilidad de que esas medicinas tuvieran efecto.

Unos cuatro meses antes del fallecimiento y por consejo de la médica, la mujer fue ingresada en un establecimiento para personas con discapacidad intelectual y problemas psiquiátricos. Allí se procuró que siempre hubiera personas a su alrededor y se organizó un amplio programa de actividades diurnas para distraerla de sus pensamientos suicidas. La estancia no tuvo un efecto positivo en los síntomas de la mujer, que siguió insistiendo en que quería morir.

El psiquiatra independiente consultado por la médica estudió las posibilidades de tratamiento. Constató que la mujer se había sometido a una amplia variedad de tratamientos y que nunca había experimentado mejora. Constató también que desde 2019 se habían aplicado o planteado todos los tratamientos que no se habían probado anteriormente, pero tampoco se tradujeron en una mejora. El psiquiatra coincidió con la opinión de la médica: no existían posibilidades reales de tratamiento para la mujer y su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora.

La médica SCEN consultada por la médica también manifestó con respecto a la existencia o no de una alternativa razonable, que la mujer se había sometido a un número agotador de tratamientos diferentes, sin conseguir ningún resultado. Partiendo del informe del psiquiatra independiente, llegó a la conclusión de que no había más posibilidades razonables de tratamiento. También consideró que el sufrimiento de la mujer no tenía perspectivas de mejora.

De lo anterior se desprende, en opinión de la comisión, que los médicos actuaron con la diligencia y el cuidado debidos de la práctica médica en la constatación de la inexistencia de perspectivas de mejora del sufrimiento de la mujer y de la ausencia de otras alternativas razonables. La médica investigó detenidamente si la situación de la mujer podía mejorarse. Además, en el modelo de informe había explicado y motivado en detalle por qué había llegado a la conclusión de que ya no había alternativas razonables de tratamiento. También consultó con un experto que, tras un estudio detallado, estuvo conforme con esas conclusiones. Además, la médica SCEN consultada también apoyó la opinión de la médica en el sentido de que el sufrimiento de la mujer no tenía perspectivas de mejora y de que no existían más posibilidades de aliviar su sufrimiento.

La comisión considera que los documentos demuestran suficientemente que el sufrimiento de la mujer era insoportable. Para ello se tiene en

cuenta también que todos los médicos implicados en el caso estaban convencidos de que el sufrimiento de la mujer era insoportable.

La comisión no ofrece más consideraciones a este respecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión dictamina que la médica pudo llegar al convencimiento de que la mujer padecía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Además, la comisión opina que la médica 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 cumplieron 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. 24).

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), pérdida de autonomía y de posibilidades de movimiento, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-110.

Una mujer mayor de noventa años se rompió una cadera en una caída, cinco meses antes del fallecimiento. Tras salir del hospital (casi tres meses antes del fallecimiento) fue ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. No podía trasladarse de un sitio a otro, no podía estar de pie ni andar y necesitaba ayuda mecánica para salir y entrar de la cama. También sufría degeneración macular (una enfermedad de los ojos), presbiacusia grave (pérdida auditiva ocasionada por la vejez), infecciones recurrentes en las vías urinarias e incontinencia para la orina.

El sufrimiento de la mujer consistía en la incapacidad para moverse de un sitio a otro, y en un dolor severo en la cadera que no mejoraba suficientemente con medicinas. También sufría por la pérdida de visión y oído. Todo ello hacía que la mujer pasase sus días sola en su habitación. La mujer, que siempre había sido independiente y autónoma, sufría por la pérdida repentina de autonomía. Hasta la caída, había vivido en su casa sin ningún tipo de ayuda. El ingreso en el establecimiento residencial medicalizado y la dependencia total de otros fueron terribles para ella. La mujer 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 el sufrimiento. Además, de los documentos puede deducirse que el médico y los especialistas habían informado a la mujer suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

Desde el momento en que la mujer fue ingresada en el establecimiento residencial medicalizado, comenzó a hablar de eutanasia con su médico, un especialista en geriatría. Unos dos meses antes del fallecimiento, la mujer pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. El médico consultó con un asesor (un médico SCEN) independiente. El asesor visitó a la mujer dos semanas antes del fallecimiento y concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

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 han sido notificados hasta ahora a las comisiones, se trataba de pacientes que todavía tenían suficiente conocimiento de su enfermedad y tenían capacidad para expresar su voluntad con relación a 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. Se trata de cómo experimentan la pérdida cada vez más patente de personalidad, de funciones y de aptitudes y la consciencia de que ese proceso solamente va a seguir avanzando. Esta perspectiva puede causar un sufrimiento grande y real (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 46-47).

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, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, que incluya una petición de eutanasia. 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. El que el paciente ya no pueda expresar su voluntad será normalmente motivo para consultar a un segundo experto independiente, además del asesor habitual. El citado experto evalúa si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad y, en caso negativo, si el paciente sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y si no existen alternativas razonables (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 38 y 41-42).

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. Es el tipo de notificación sobre el que se pronunció el Tribunal Supremo en la primavera de 2020 (ECLI:NL:HR2020:712).

FASE INICIAL DE LA DEMENCIA PACIENTE CON DEMENCIA, CON CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO), capacidad de expresar la voluntad, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-76.

Una mujer mayor de noventa años fue diagnosticada de demencia cuatro meses antes del fallecimiento, probablemente la enfermedad de Alzheimer. La mujer empeoró progresivamente. Esto le impedía realizar cada vez más actos cotidianos. La mujer pasaba gran parte del día buscando cosas y perdía regularmente el hilo de la conversación. Se avergonzaba de sí misma y poco a poco fue perdiendo el control de su vida cotidiana.

Esa situación la hacía muy infeliz y la angustiaba, lo que le exigía un enorme esfuerzo emocional. Sentía un “vacío en la cabeza” que experimentaba como algo terrible. La mujer sufría por la ausencia de perspectivas de mejora de la situación, la pérdida de autonomía, la perspectiva real de sufrir un empeoramiento mental progresivo y el miedo de perder (todavía más) su dignidad. La mujer consideraba su sufrimiento insoportable.

La mujer había hablado previamente con el médico sobre eutanasia. Dos semanas y media antes del fallecimiento, le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. Constató que la mujer podía expresar correctamente su petición y que era consciente del alcance de la petición.

El médico consultó con un geriatra independiente, para que evaluara la capacidad de la mujer para expresar la voluntad. El geriatra visitó a la mujer unas dos semanas antes del fallecimiento y concluyó que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición.

El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento. Además, de los documentos puede deducirse que el médico había informado a la mujer suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

El médico consultó también con un asesor (un médico SCEN) independiente. El asesor visitó a la mujer nueve días antes del

fallecimiento y concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

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

DEMENCIA AVANZADA

En el Código sobre la Eutanasia 2018 se trataba la eutanasia conforme a una declaración de voluntad por escrito con una petición de eutanasia (4.1) y la eutanasia en personas con demencia (4.4). Estos apartados han sido modificados conforme a la sentencia del Tribunal Supremo del 21 de abril de 2020. A continuación, para cada consideración se recoge primero un fragmento de los (nuevos) apartados del Código sobre la Eutanasia (y se añade una remisión a las consideraciones al respecto del Tribunal Supremo). Seguidamente se indica cómo pueden encontrarse dichas consideraciones en el primer dictamen sobre eutanasia partiendo de una declaración de voluntad por escrito, emitido después de la sentencia del Tribunal Supremo. El punto de partida legal es el siguiente:

El art. 2, párrafo 2 de la WTL establece que en el caso de una declaración escrita de voluntad, 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”.⁸

En el Código sobre la Eutanasia modificado(p. 39) se afirma que debe darse a los requisitos de diligencia y cuidado un contenido que sea acorde con las particularidades de esos casos. Deben tenerse en cuenta las circunstancias específicas, como el hecho de que ya no sea posible la comunicación con el paciente y que el paciente ya no pueda responder a preguntas. Normalmente, el médico ya habrá tenido contacto con el paciente cuando todavía estaba en condiciones de expresar su voluntad. Si después se produce una situación en la que va a desempeñar un papel la declaración de voluntad por escrito, la información de los anteriores contactos verbales con el paciente puede ser especialmente valiosa para el médico.

Merecen mención especial los considerandos 4.3.1 y 4.11.2 del Tribunal Supremo.

En el primer considerando (4.3.1), el Tribunal Supremo deja claro explícitamente que, en una situación de demencia avanzada, el médico también puede acceder a una petición de eutanasia consignada por escrito con anterioridad. En el segundo (4.11.2), el Tribunal Supremo dice:

Al evaluar la diligencia debida de la actuación médica del facultativo, se aplican las consideraciones y normas del grupo profesional con respecto a los límites dentro de los cuales debe tener lugar la actuación médica.

⁸ Según la explicación de la enmienda que llevó a la inclusión en el artículo 2, párrafo 2 de la WTL del fragmento “se aplicarán por analogía” (Documentos parlamentarios II, 26691, n.º. 35).

PACIENTE INCAPAZ DE EXPRESAR SU VOLUNTAD, CON DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO

PUNTOS DE ATENCIÓN: caso que suscita preguntas (VO), enfermedad de Alzheimer, incapacidad de declarar la voluntad, declaración de voluntad por escrito, primer dictamen tras la sentencia del Tribunal Supremo, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-118.

Introducción de la notificación

Unos tres años antes del fallecimiento, se diagnosticó a una mujer de entre setenta y ochenta años la enfermedad de Alzheimer, partiendo de síntomas de larga duración. En 2015 había redactado una declaración de voluntad en la que indicaba cuándo no querría seguir viviendo. Unos dieciséis meses antes de su fallecimiento, había hablado al respecto con la médica, que era en esos momentos nueva para ella. Tras esa conversación, la médica solicitó a un psiquiatra independiente que evaluase la capacidad de expresar la voluntad que tenía la mujer. En los meses siguientes, la mujer todavía tenía buenos momentos, pero conforme pasaba el tiempo, empeoró su situación progresivamente. El deterioro cognitivo de la mujer era tal que al final no reconocía a sus propios hijos y era totalmente dependiente del cuidado de otros. También existía pérdida de dignidad y un estado constante de intranquilidad interna, con expresión de sentimientos de pena e impotencia. La mujer ya no podía comunicar lo que le molestaba.

Un mes antes del fallecimiento, el esposo de la mujer pidió a la médica que accediera a la petición de eutanasia recogida en su declaración de voluntad.

La médica consultó con dos asesores (médicos SCEN) independientes. La primera asesora visitó a la mujer tres semanas y media antes del fallecimiento. Según la familia de la mujer, la entrevista transcurrió de forma muy incómoda. La asesora tampoco quedó satisfecha con ella. Por ese motivo y dado que no se contaba con el informe de la asesora, la médica consultó con otro asesor. Ese segundo asesor visitó a la mujer nueve días antes de su fallecimiento. En el periodo entre ambas consultas, la médica pidió a un especialista en geriatría independiente que, partiendo del expediente médico y del resto de los documentos, se formase una opinión sobre posibles opciones para reducir el sufrimiento de la mujer.

La médica consultó sobre la realización de la eutanasia con un médico del Centro Especializado de Eutanasia y redactó una hoja de ruta. De acuerdo con esa hoja de ruta, la médica dio a la mujer una sustancia de administración oral, para que se durmiera. Seguidamente, la médica 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.

La comisión reflexionó ampliamente sobre los seis requisitos de diligencia y cuidado y también tuvo en cuenta el requisito de la consulta con un médico experto en la cuestión concreta.

Petición voluntaria y bien meditada

Según el Código sobre la Eutanasia modificado 2018 (p. 39) y conforme al considerando 4.5.1 de la sentencia del Tribunal Supremo

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, de acuerdo con el considerando 4.5.2 de la sentencia del Tribunal Supremo,

el médico debe constatar que la situación actual del paciente se corresponde con la situación que el paciente esbozó en su declaración de voluntad por escrito. Esto exige en primer lugar que se determine cuál es el contenido de la declaración de voluntad por escrito. El médico debe interpretar la declaración de voluntad por escrito con el fin de averiguar cuál era la intención del paciente. Para ello, el médico debe fijarse en todas las circunstancias del caso, y no solo en las palabras literales de la solicitud. Existe pues espacio para interpretar la declaración de voluntad por escrito. En cualquier caso, la declaración de voluntad debe incluir, como mínimo, que el paciente solicita la eutanasia si se encuentra en una situación en la que ya no pueda expresar su voluntad. Si el paciente también desea que accedan a su petición aunque no exista un sufrimiento insostenible (consecuencia de un padecimiento físico), de la declaración de voluntad por escrito deberá desprenderse también que el paciente considera insostenible su sufrimiento (esperado) en dicha situación y que ese es el motivo de su petición (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 39).

Por lo que se refiere a la redacción voluntaria y bien meditada de la petición escrita, la comisión considera que la mujer redactó una declaración de voluntad por escrito ante un notario, unos cuatro años y medio antes del fallecimiento, y que dicha declaración contenía una petición de eutanasia y una estipulación especial con respecto a la

demencia. La comisión también tiene en cuenta que todavía no se había dado el diagnóstico de Alzheimer y que de la propia declaración de voluntad por escrito se desprende que declaró ante un notario que estaba en posesión de sus plenas facultades mentales.

He meditado cuidadosamente esta petición de eutanasia, me he informado adecuadamente al respecto y en el momento de firmarla estoy en posesión de todas mis facultades mentales.

Esta petición escrita de eutanasia tiene fuerza jurídica y tendrá expresamente el valor de una declaración escrita válida y reconocida por la ley, redactada por mí, en el caso de que en un momento posterior y por el motivo que sea, no pueda decidir sobre mi situación médica tal y como se recoge en esta declaración.

(...)

Esta petición de eutanasia seguirá íntegramente vigente, independientemente del tiempo que pueda transcurrir tras su firma. Soy plenamente consciente de que puedo revocar esta petición de eutanasia. Al firmar esta petición de eutanasia acepto pues conscientemente la posibilidad de que un médico acceda a la petición, sobre la cual podría pensar de forma distinta si estuviera consciente.

(...)

El que la mujer tenía capacidad para expresar su voluntad se desprende también de que la médica, durante su primera conversación con la mujer, constató que su entendimiento no estaba dañado. La mujer todavía pudo indicar claramente lo que quería y lo que no quería.

Partiendo de los documentos, la comisión opina que, en el momento en que la mujer redactó su declaración de voluntad por escrito, no existían motivos para suponer que no tenía capacidad de expresar su voluntad.

La mujer indicó en una estipulación especial sobre la demencia:

Cuando yo no pueda hacerlo, mi apoderado defenderá la totalidad de mis intereses médicos y se encargará además de que el médico o médicos que me traten lleven a cabo lo que he indicado y firmado en mis declaraciones de voluntad. En ese contexto, mi apoderado informará sobre mis declaraciones de voluntad al médico o médicos que me traten y se encargará de que mi petición de terminación de la vida sea evaluada seriamente por mi médico, de que, si es posible, el médico acceda a mi petición y de que la prohibición de tratamiento incluida en la declaración de voluntad sea respetada totalmente.

En su declaración de voluntad por escrito, la mujer había expresado de la forma siguiente su petición de eutanasia:

Si me encuentro en una situación en la que sufro sin perspectivas de mejora; o en la que no exista ninguna perspectiva razonable de recuperar una existencia digna para mí; o se puede prever una situación de un deterioro personal grave, pido a mi médico expresamente que me suministre o facilite las sustancias para terminar con mi vida. (...)

La comisión constata que la declaración de voluntad por escrito está redactada en términos generales. En ese sentido, no se concreta lo que ella entiende por sufrimiento insoportable, una existencia digna o un deterioro personal grave.

Cuando se le pregunta al respecto, la médica declara en su explicación verbal que también pensó que la declaración escrita de voluntad de la mujer era muy general y que, por eso, en su primera conversación con ella, le pidió que explicara lo que para ella un sufrimiento sin perspectivas de mejora. La mujer mencionó entonces específicamente que no quería ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. Comentó el caso de un familiar cercano que había vivido durante años enfadado en un establecimiento residencial medicalizado. Quería evitar esa situación. Según ella, consideraba que existiría una situación de deterioro personal grave si dependiera totalmente de otros, si ya no estaba en condiciones de hacer cosas por sí misma y de reconocer a sus hijos.

De los documentos se desprende que, tras esa primera conversación, la médica habló con la mujer cada seis u ocho semanas. Los informes de esas conversaciones arrojan la imagen de una persona cada vez más confusa. Pero cuando se le planteaban preguntas cerradas, la mujer podía indicar que no quería ingresar en un establecimiento residencial medicalizado. La idea de tener que abandonar su apoyo principal (su esposo) le causaba intranquilidad y angustia.

De los documentos y de la conversación con la médica se desprende también que la mujer ya no estaba en condiciones de cuidar de sí misma desde unos tres meses antes de su fallecimiento. Ya no podía vestirse, desvestirse o lavarse sola, y necesitaba ayuda para ir al servicio. La mujer necesitaba la ayuda de su esposo para todo. Mostraba constantemente un comportamiento intranquilo y no era consciente de su pérdida de dignidad. La mujer no siempre controlaba sus esfínteres (incontinencia rectal) y cuando sucedía entraba en pánico. La situación en casa era muy preocupante y amenazaba la posibilidad de un ingreso en un establecimiento residencial medicalizado. La mujer ya no reconocía a sus hijos y se mostraba intranquila incluso cuando estaba con sus hijos, si no estaba con ella su esposo.

Un mes antes del fallecimiento, el esposo indicó a la médica que la mujer ya no podía disfrutar de la vida y que nunca habría querido estar en esa situación. La hija de la mujer también indicó lo mismo a la médica cuando fue preguntada. La médica tuvo también contacto con la profesional encargada de supervisar la demencia (un supervisor personal de una persona con demencia). Dicha profesional había visitado a la mujer hacía poco y declaró que en los últimos cuatro meses se había convertido en otra persona. La mujer dependía ahora totalmente del cuidado de los demás, se había encerrado en sí misma, se mostraba constantemente intranquila y con muchos cambios de humor. La profesional encargada de supervisar la demencia, que había trabajado en el caso de la mujer durante más de año y medio, comunicó que esa era exactamente la situación en la que la mujer no quería encontrarse y por la cual había redactado en su momento su declaración de voluntad por escrito.

Partiendo de todos los datos, la comisión está convencida de que en el momento de llevar a cabo la terminación de la vida se daban las circunstancias descritas por la mujer en su declaración de voluntad por escrito, o bien las circunstancias a las que se refería en su declaración de voluntad por escrito. En dicha declaración de voluntad, la mujer no había descrito exactamente lo que entendía por una existencia digna o por un deterioro personal grave. No obstante, ha quedado constatado que la mujer ya no podía comunicarse adecuadamente, necesitaba ayuda para las cosas cotidianas, no controlaba su pensamiento ni sus actos, que sufría ocasionalmente de incontinencia rectal y de pérdida de dignidad y que ya no reconocía a sus hijos.

Cuando la mujer todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, la médica le había escuchado decir que no quería depender totalmente de otros, que no quería ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado y que temía encontrarse en situación de no reconocer a sus allegados. Además, la médica habló con los allegados de la mujer. Confirmaron que su madre y esposa no habría querido llegar a esta situación. La profesional encargada de supervisar la demencia dijo lo mismo.

En opinión de la comisión, la médica interpretó la declaración de voluntad por escrito de la forma deseada por la redactora. Para la comisión ha quedado suficientemente claro por qué la médica estaba convencida de que se había llegado a una situación en la que la mujer ya no tenía una existencia digna, que iba sufrir un mayor deterioro personal y que amenazaba con ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. Una situación que, claramente, la mujer no quería.

La comisión constata que de la petición de eutanasia (considerada en conjunto con la estipulación especial sobre demencia contenida en la declaración de voluntad por escrito) se desprende que la mujer pidió que se le practicara la eutanasia cuando perdiera la capacidad de expresar su voluntad debido a la demencia y que basaba su petición en el sufrimiento que todo ello suponía.

De esta forma, la declaración de voluntad por escrito de la mujer cumplía los elementos mencionados por el Tribunal Supremo de existencia de una petición escrita hecha por una persona con capacidad de expresar la voluntad, en la que se describe el sufrimiento esperado o bien puede quedar suficientemente claro con información de otros.

La comisión ha estudiado si la médica actuó con la diligencia y el cuidado debidos de la práctica médica al constatar que la petición era voluntaria y bien meditada (la consulta con un experto que emita su opinión sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente, entre otras cosas). La comisión también toma en consideración que la propia médica también mantuvo varias conversaciones con la mujer, estudió detenidamente la situación médica de la mujer, habló detalladamente con la familia y con la profesional encargada de supervisar la demencia.

La médica también estudió la declaración de voluntad por escrito. Además, la médica consultó con un psiquiatra independiente que quince meses antes del fallecimiento constató que era posible cierta comunicación con la mujer, pero que hablaba poco de forma espontánea y que repetía constantemente las palabras. El psiquiatra independiente constató que la afasia patente (trastorno del habla, la comprensión, la lectura y la escritura) hacía imposible evaluar en qué medida la mujer todavía podía comprender la situación, tenía capacidad de razonamiento abstracto o de tomar decisiones. Como en el momento del examen todavía no existía una petición concreta y actual, este psiquiatra no evaluó en más detalle la capacidad de expresar la voluntad. A posteriori sí que manifestó que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad cuando redactó la declaración de voluntad por escrito. La comisión considera que el que el psiquiatra no evaluara en detalle la capacidad de la paciente de expresar la voluntad, no es en esta situación específica un impedimento insuperable. De hecho, la comisión considera demostrado que, en el momento de la petición concreta, más de un año después de la conversación con el psiquiatra, la mujer ya no estaba en condiciones de expresar su voluntad.

Inexistencia de necesidad de confirmar nuevamente el deseo de eutanasia y ausencia de expresiones que indiquen que la eutanasia no puede llevarse a cabo (contraindicaciones)

El Tribunal Supremo trató la pregunta de si un paciente con demencia avanzada debe poder indicar poco antes del fallecimiento que todavía desea la eutanasia y si deben tenerse en cuenta (y, en caso afirmativo, cómo) indicaciones de que el paciente ya no desea la eutanasia (considerando 4.5.3) y si el médico debe preguntar al paciente (considerando 4.10). En el Código sobre la Eutanasia modificado (p. 40) se expresa de la forma siguiente:

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.

Las contraindicaciones provenientes del periodo en el que el paciente todavía podía expresar su voluntad pueden considerarse una retirada o una modificación de la anterior declaración de voluntad por escrito. En ese caso, no se podrá practicar la eutanasia. Las contraindicaciones provenientes del periodo en el que el paciente ya no podía expresar su voluntad (por ejemplo, por demencia avanzada) ya no pueden considerarse una retirada o una modificación de la anterior declaración de voluntad por escrito. Sí que pueden considerarse una indicación que, vista en conjunto con todo el cuadro clínico y el comportamiento del paciente, es relevante para evaluar el estado físico y psíquico actual del paciente. Dicha evaluación también es relevante en relación con la respuesta que se dé a la pregunta de si existe un sufrimiento insoportable del paciente (se tratará a continuación).

El médico no está obligado a preguntar sobre un deseo actual de vivir o morir de un paciente que ya no puede expresar su voluntad. Con ello se impondría un requisito que no contempla la ley. La situación específica de un paciente que ya no puede expresar su voluntad conlleva la imposibilidad de verificar verbalmente su deseo y su padecimiento. La imposición de un requisito de verificación sería contraria a la declaración de voluntad por escrito, que precisamente está pensada para las situaciones en que la persona que ha redactado la declaración de voluntad ya no está en condiciones de expresarla.

La comisión constata que la médica hizo varios intentos de establecer contacto con la mujer, para estudiar si podía indicar verbalmente o de otra forma que ya no deseaba la eutanasia. De los documentos se desprende claramente que no existieron esas expresiones. Por el

contrario, de las conversaciones con la médica, el segundo asesor y la profesional encargada de supervisar la demencia se desprenden varias expresiones que indican que la mujer seguía deseando la eutanasia. La médica declaró que, durante sus conversaciones, la mujer hizo comentarios (entre otros) como “no quiero esto”, “no quiero seguir”. Aunque la médica consideró que esas expresiones eran difíciles de evaluar teniendo en cuenta la incapacidad de la mujer para expresar su voluntad, concluyó que, en cualquier caso, la mujer no había manifestado nada en sentido contrario. El segundo asesor confirmó que la realización de la eutanasia no era contraria con las manifestaciones de la paciente. La comisión considera también que, teniendo en cuenta todo lo anterior, la médica pudo llegar a la conclusión de que la realización de la eutanasia era acorde con la declaración de voluntad por escrito de la mujer y que no existían contraindicaciones al respecto.

Visto lo anterior, la comisión considera que la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente, 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 y ausencia de otra solución razonable

Por lo que se refiere al sufrimiento insoportable, el Código sobre la Eutanasia ha sido modificado conforme a los considerandos 4.6.2 y 4.6.3 del Tribunal Supremo:

En el momento en que se lleve a cabo la eutanasia, debe existir una situación en la que se pueda considerar que el paciente experimenta un sufrimiento insoportable.⁹ 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.

La mera circunstancia de que el paciente se encuentre en la situación descrita en la declaración de voluntad por escrito no es suficiente para concluir que existe realmente un sufrimiento insoportable (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 41).

El Código sobre la Eutanasia modificado continúa con la siguiente afirmación:

9 Véase una excepción a la regla de que el paciente debe experimentar sufrimiento, en el apartado 4.7 del Código sobre la Eutanasia 2018.

El médico deberá poder constatar (con el mayor cuidado y de forma motivada) que existe realmente un sufrimiento insoportable del paciente. Para ello, 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.

De acuerdo con el considerando 5.3.3, a continuación se indica:

La constatación de si realmente existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora es una opinión profesional médica y, por consiguiente, está reservada al médico. El control posterior de si el médico pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable no es más que una verificación marginal de si el médico pudo llegar razonablemente a la conclusión de que existía un sufrimiento insoportable (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 40).

En su dictamen, la comisión tiene en cuenta que del expediente y de la explicación verbal se desprende que la médica estudió detalladamente la situación de la mujer. La médica investigó paso por paso si existía un sufrimiento real insoportable de la mujer. Además, la médica habló varias veces con la mujer, con su familia y con la profesional encargada de supervisar la demencia, y también consultó con otros colegas. Partiendo de esas conversaciones y de lo que ella observó, la médica constató finalmente que la mujer sufría de forma insoportable.

La médica describe que la mujer siempre había sido una persona que iba muy arreglada y aseada y que no quería depender de otros. Debido al sufrimiento que la mujer había visto en su entorno cercano, era muy categórica en su deseo de no ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. Ya no estaba en condiciones de cuidar de sí misma y debía recibir ayuda para las cosas cotidianas, como vestirse y desvestirse. Tampoco sabía ya lo que le gustaba comer y no podía elegir la comida y la bebida que le daban cada día. La mujer se perdía regularmente en su propia casa y tenía que estar acompañada en todo momento por su esposo. También se mostraba intranquila, con expresiones de pena (llanto) e impotencia y deambulaba sin rumbo.

La médica constató que la mujer había perdido su dignidad. Durante las diversas visitas que hizo a la mujer, fue testigo de su impotencia y su pena. Al final, la mujer ya no podía disfrutar de los pequeños placeres de la vida, como tomar un café o una copa de vino en su jardín. La mujer repetía “no quiero esto”, en muchas ocasiones sin relación alguna con una conversación (no era una respuesta a una pregunta o acto). La

médica concluyó que la mujer ya no era feliz en la situación en que se encontraba y que sufría por su demencia.

No obstante, la primera asesora concluyó que no existía un sufrimiento insoportable. Constató que de los vídeos de la mujer y de las descripciones de su familia y de los profesionales que la trataban se desprendería que existía pena y deterioro personal grave. Las descripciones referían un comportamiento y unas señales externas de las que no podía extraerse sin más la conclusión de que existía sufrimiento. La calificación de sufrimiento se derivaba de la forma en que otros veían y explicaban la situación. Durante la visita, la asesora vio que la mujer no era feliz, que lloraba y vagaba errante por la casa. Consideró que la situación era humillante y sospechaba que este era el deterioro personal grave al que se refería la mujer en su declaración de voluntad por escrito. Pero, durante su visita, la asesora no tuvo la impresión de que la mujer sufriera de forma insoportable.

Según la familia, la conversación con la primera asesora fue incómoda y consideran que el trato de la asesora con su esposa y madre fue “desagradable”. Durante la explicación verbal, la médica declaró que esa asesora (aparentemente) coincidía en gran medida con el anterior médico de familia de la mujer, con el que la relación no era cordial. Según la médica, la mujer se mostró agitada durante varios días después de la visita de la asesora. Unos días después de la visita, la asesora se puso en contacto telefónico (por iniciativa propia) con el esposo de la mujer, para comentar cómo había transcurrido la entrevista y para ofrecer sus disculpas.

La médica se vio obligada a consultar con otro asesor. Durante la explicación verbal, la médica declaró que no buscaba un asesoramiento positivo de un asesor. Hubiera aceptado totalmente un asesoramiento negativo del segundo asesor. Consultó con el segundo asesor debido a la forma en que transcurrió la conversación con la primera asesora. La manera en que transcurrió la conversación dejó insatisfechos a los allegados de la mujer y a la médica, lo que conllevó que perdieran su confianza en la asesora. Cuando se produjo la visita del segundo asesor, todavía no se disponía de un informe de la primera asesora. Al final de su modelo de informe, la médica justificó en mayor detalle el hecho de que la primera asesora no considerase patente que el sufrimiento de la mujer fuera insoportable.

Teniendo en cuenta esta actuación, la médica no solo buscó asesoramiento adicional, sino que motivó de forma clara y razonada por qué no aceptó la evaluación del sufrimiento realizada por la primera asesora.

El segundo asesor concluyó que existía un sufrimiento insoportable. La mujer ya no podía expresarlo claramente con palabras pero, según el segundo asesor, se desprendía de su impotencia e incapacidad. El segundo asesor constató esa impotencia durante su visita y pudo derivarla de los vídeos disponibles y de anotaciones en el diario de su esposo.

En su dictamen, la comisión tiene en cuenta que se trata de la misma imagen esbozada por la profesional encargada de supervisar la demencia y por los supervisores de la granja asistencial donde acudió la mujer durante un periodo de prueba, unos meses antes del fallecimiento. La profesional encargada de supervisar la demencia declaró por escrito que en los ojos y la actitud de la mujer solo veía pena. La mujer estaba totalmente encerrada en sí misma, cuando solo cuatro meses antes todavía estaba animada y podía disfrutar de pequeños placeres. También durante su observación en la granja asistencial se constató que la mujer se mostraba muy angustiada e inquieta y que incluso intentó trepar la reja para escaparse. La impresión general era que la mujer no podía expresar su enfado y que si no tenía cerca su apoyo de seguridad (su esposo) y su entorno personal, perdía el control de su vida.

La comisión considera que la médica ha motivado cómo llegó a su decisión, tanto en el modelo de informe como durante la explicación verbal. Además, la médica se dejó guiar por sus propias observaciones, por los vídeos hechos por la familia de la mujer, las conversaciones con los allegados directos de la mujer y las declaraciones escritas de la profesional encargada de supervisar la demencia y de los empleados de la granja asistencial. El segundo asesor apoyó la conclusión de la médica de que la mujer padecía un sufrimiento (real) insoportable. La comisión tiene también en cuenta que, durante su visita, la primera asesora también vio que la mujer vagaba sin rumbo por la casa y de vez en cuando lloraba, y que en esos momentos era infeliz. Es cierto que no lo consideró como sufrimiento insoportable, pero la médica, el segundo asesor y la profesional encargada de supervisar la demencia sí lo consideraron así. En opinión de la comisión, de lo anterior se desprende que la médica reflexionó detenidamente sobre la pregunta de si podía llegar al convencimiento de que el sufrimiento era insoportable para la mujer, a pesar de que la mujer ya no podía expresar en palabras su sufrimiento de forma adecuada.

Por lo que se refiere a la diligencia y el cuidado especiales de la práctica médica, la comisión constata que la médica cumplió dicho criterio al consultar a dos asesores independientes, que no eran expertos en la materia.

La comisión también debe responder a la pregunta de si la médica también aplicó esa diligencia y cuidado especiales de la práctica médica en su constatación de que el sufrimiento era insoportable.

Al considerar esa cuestión, la comisión tuvo en cuenta las siguientes circunstancias. La médica pidió a la profesional encargada de supervisar la demencia que se pronunciase sobre el estado de la mujer en ese momento. La citada profesional declaró por escrito que, durante las primeras entrevista, la mujer todavía pudo expresar su petición de eutanasia y que pudo indicar claramente lo que quería y lo que no quería. En las conversaciones, la mujer solía escuchar con atención y de cuando en cuando ofrecía un pequeño comentario coherente con el tema de conversación. Pero la participación en las conversaciones fue haciéndose cada vez más difícil. Todavía podía disfrutar de la compañía, o de beber juntos una taza de té, y sus ojos todavía tenían brillo. Pero durante la última visita, la profesional encargada de supervisar la demencia constató que la mujer era otra persona, distinta de la que todavía era unos meses antes.

Su rostro se había descolgado notablemente, casi todo el tiempo estaba encerrada en sí misma y tenía la mirada perdida en un punto indeterminado del suelo. Además, la mujer mostraba intranquilidad constante: se sentaba erguida, se ponía de pie, volvía a sentarse y tensaba constantemente (de forma visible) los músculos abdominales. Si se le preguntaba directamente, la mujer hacía comentarios como “esto ya no me gusta, ya no me gusta” y “estoy tan cansada, todo el tiempo tan cansada”, después de los cuales comenzaba a llorar. La profesional encargada de supervisar la demencia concluyó que habían desaparecido la alegría y la chispa de la mujer, y habían sido sustituidas por pena. Pena que la profesional podía ver en el rostro, los ojos y la actitud de la mujer. La comisión concluye pues que la opinión de la médica sobre la existencia de un sufrimiento insoportable no solo fue confirmada por el segundo asesor, sino también por la profesional encargada de supervisar la demencia.

Aunque no se consultó con ningún experto en esta cuestión, como suele considerarse habitual en los casos de pacientes con demencia avanzada, la comisión dictamina finalmente que la médica investigó y fundamentó con la diligencia y el cuidado necesarios de la práctica médica que el sufrimiento de la mujer era insoportable. Se considera determinante en este sentido que la médica pudo seguir de cerca detalladamente y que constató la evolución del sufrimiento de la mujer y que la profesional encargada de supervisar la demencia ha escrito un informe detallado, que incluye muchas particularidades sobre la evolución de la demencia en la mujer. Además, el segundo asesor se orientó adecuadamente y pudo interpretar también sus impresiones a través de conversaciones

con los allegados de la mujer, con la profesional encargada de supervisar la demencia y con la médica, así como a través del estudio de los vídeos disponibles. Finalmente, la comisión considera que la médica también comentó con un médico del Centro Especializado de Eutanasia la insoportabilidad del sufrimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión dictamina que la médica investigó y motivó la insoportabilidad del sufrimiento con la diligencia y el cuidado que exige la práctica médica.

Sufrimiento sin perspectivas de mejora y ausencia de otra solución razonable

En el considerando 4.8.1 de su sentencia, el Tribunal Supremo considera El médico debe llegar al convencimiento de que tanto desde el punto de vista médico, como teniendo en cuenta la declaración de voluntad por escrito del paciente, no existe ninguna otra solución razonable para la situación en que se encuentra el paciente.

En el Código sobre la Eutanasia modificado (p. 41) se indica además a este respecto:

Para ello, el médico deberá partir de su propia evaluación del historial médico y de la situación concreta del paciente, consultar con otros sanitarios que tengan o hayan tenido una relación terapéutica con el paciente y consultar con familiares y allegados del paciente. Como el paciente ya no puede expresar su voluntad, se concede mucha importancia a lo que el paciente ha incluido al respecto en su declaración escrita de voluntad y a lo que ha dicho sobre esta cuestión cuando todavía era posible la comunicación.

Tal y como ya ha considerado anteriormente la comisión, existía una situación como la descrita en la declaración de voluntad por escrito de la mujer. La primera asesora constató que los intentos de encontrar otra solución razonable a través del cambio del entorno se habían abandonado muy rápido, especialmente teniendo en cuenta que los pacientes con demencia necesitan un largo tiempo para acostumbrarse a un cambio. Consideraba que el ingreso en un establecimiento residencial medicalizado era una alternativa razonable y que solo después de unas seis semanas podría evaluarse la gravedad del sufrimiento de la mujer en dicho entorno.

La médica tenía otra opinión. Las razones eran que, durante la primera conversación mantenida con la mujer, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, ella manifestó que no quería ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. La mujer todavía pudo confirmar este extremo en momentos posteriores, en reacción a

preguntas cerradas. Por ese motivo, y por el contenido de la declaración de voluntad por escrito, la médica estaba convencida de que un ingreso de prueba en un establecimiento residencial medicalizado no era una alternativa razonable para la mujer.

El segundo asesor confirmó esa opinión de la médica. Consideró que la personalidad de la mujer no soportaría la dinámica de grupo de un establecimiento residencial medicalizado. Además, la mujer ya no estaba en condiciones de participar en actividades, como los juegos. Añadió que un ingreso de ese tipo siempre había sido lo que más temía la mujer.

La opinión de la médica también fue apoyada por una especialista en geriatría consultada por ella. La médica preguntó a esa especialista en geriatría si todavía veía posibilidades de mejorar la calidad de vida de la mujer y de reducir la forma en que ella experimentaba el sufrimiento. La geriatra estudió el historial médico de la mujer, su declaración de voluntad por escrito, los vídeos disponibles y los documentos restantes. Consideró que se había intentado todo en la situación doméstica (incluidas actividades diurnas, medicinas y actividades en casa). Pero nada había tenido el efecto deseado. Durante la explicación verbal, la médica declaró que la geriatra había indicado en una conversación telefónica que consideraba que no tenía sentido ingresar a la mujer de prueba en uno de esos establecimientos, dado que tampoco pudo beneficiarse de la granja asistencial. El ingreso se aproximaba casi al acoso, teniendo en cuenta que se oponía expresamente a la voluntad que había expresado.

Por lo que se refiere a la diligencia y cuidado especiales de la práctica médica, la comisión constata que la médica no consultó oficialmente con la geriatra, en calidad de experta. Se puso en contacto con ella de forma indirecta para tener mayor seguridad sobre su propia opinión. La comisión considera que habría sido mejor si la médica se hubiera puesto en contacto con esta especialista en geriatría con preguntas centradas en los requisitos de diligencia y cuidado. Frente a ello cabe aducir que la especialista en geriatría (independiente) sí se pronunció sobre la pregunta de si existían alternativas razonables para la mujer.

Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión considera que la médica 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 la situación en que se encontraba la paciente.

Información facilitada sobre la situación y las perspectivas

De acuerdo con los considerandos 4.7.1 y 4.7.2 del Tribunal Supremo, en el Código sobre la Eutanasia modificado (p. 41) aparece:

El médico debe haber llegado al convencimiento de que el paciente fue informado en su momento sobre su situación y perspectivas, y sobre el significado y las consecuencias de su declaración de voluntad por escrito. Asimismo, el médico debe esforzarse (dentro de las limitaciones que son consecuencia inmediata del estado del paciente) en comunicarse realmente con el paciente, a menos que sea patente la imposibilidad de comunicación debido a dichas limitaciones.

La comisión considera que de los documentos se desprende que la mujer había experimentado una escasa implicación de su anterior médico de familia, después de constatarse que sufría la enfermedad de Alzheimer. Esto había dañado la confianza en el médico y la mujer había cambiado de médico de familia.

Durante la primera conversación con la nueva médica de familia, la mujer explicó la situación a la que no quería llegar y se remitió explícitamente a la declaración de voluntad que había firmado. En opinión de la comisión, de ello se desprende que la mujer era consciente de su cuadro clínico y de cómo iba a desarrollarse. Además, tanto de los documentos como de la explicación verbal se desprende que la médica habló con la mujer sobre su deseo de eutanasia.

También después de que no fuera (realmente) posible una conversación coherente con la mujer, durante sus conversaciones ella continuó haciendo comentarios sueltos como “no quiero esto” o “no quiero seguir”. Teniendo en cuenta lo anterior, la comisión considera que la médica intentó mantener con la mujer una comunicación con sentido.

Por lo que se refiere a este requisito de diligencia y cuidado, la comisión dictamina que, en su momento, la paciente fue suficientemente informada sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas, así como sobre el significado y las consecuencias de su declaración de voluntad por escrito.

Consulta

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 mencionados en el artículo 2, párrafo 1, apartados de la “a” a la “d” de la WTL 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.

También puede tratarse del expediente del paciente y de información verbal del médico, de cartas de especialistas, del contenido de la declaración de voluntad y de entrevistas con allegados o cuidadores (Código sobre la Eutanasia modificado 2018, p. 41).

La comisión constata que la médica consultó con dos asesores. Ambos vieron a la mujer y hablaron con ella. Además, ambos asesores realizaron su propia investigación estudiando la declaración de voluntad por escrito, el historial médico y los vídeos realizados, y mantuvieron entrevistas con la familia cercana. Seguidamente, ambos asesores dieron su opinión por escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Tal y como se desprende de lo anterior, la comisión considera que la médica ha motivado suficientemente por qué procedió a consultar con otro asesor y por qué dejó de lado las conclusiones de la primera asesora.

El segundo asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Tal y como ya ha considerado la comisión, la médica no procedió a consultar a un segundo médico independiente que fuera experto en demencia. Cuando se le preguntó al respecto, la médica declaró que consideraba que había cumplido ese requisito al consultar al psiquiatra y ponerse en contacto con el especialista en geriatría. Asimismo indicó que también pidió asesoramiento a la profesional encargada de supervisar la demencia y, por consejo del segundo asesor, habló también con un médico del Centro Especializado de Eutanasia. Con el informe del psiquiatra y los asesoramientos de los colegas consultados, pensó que había obtenido suficiente información y asesoramiento. Ninguno de esos colegas le indicó que podría estar indicado consultar con un experto específico sobre la capacidad de expresar la voluntad y sobre la existencia de un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esto reforzó su idea de que había hecho lo correcto.

Con ello, se plantea a la comisión la pregunta de si la médica aplicó en su actuación la diligencia y cuidado especiales de la práctica médica. La comisión concluye que sí lo hizo. Para ello, tiene en cuenta los contactos de la médica con los médicos citados y la forma en que la médica reflexionó sobre sus actos, una vez recibidas las conclusiones de los asesores consultados. La comisión también tiene en cuenta que la formulación del Tribunal Supremo, con las palabras “será normalmente motivo”, ofrece cierto espacio para considerar todas las circunstancias. No obstante, la comisión desea subrayar que aunque es cierto que, en estas circunstancias específicas, puede concluirse que se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, ciertamente es preferible consultar

con un experto en la cuestión. Durante la explicación verbal, la médica se mostró abierta al control de la comisión y, durante su comparecencia, reflexionó sobre sus actos en esta notificación. Declaró que pensaba que había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. No obstante, tras la conversación con la comisión concluyó que, según las reglas, debería haber consultado con un experto independiente (con preguntas sobre la situación específica de este caso) y que en el futuro tendría muy en cuenta esa circunstancia.

En vista de lo anterior, la comisión dictamina que la médica consultó al menos con otro médico independiente, que también vio a la paciente y que emitió su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados “a” al “d”.

Diligencia de la práctica médica

En el considerando 4.10, el Tribunal Supremo afirma

Es parte de la diligencia de la práctica médica el preparar y llevar a cabo la eutanasia teniendo en cuenta un posible comportamiento irracional o imprevisible del paciente.

En el Código sobre la Eutanasia modificado (p. 42), este extremo se detalla de la forma siguiente:

La eutanasia debe llevarse a cabo de la forma más cómoda posible para el paciente. Si existen señales de que un paciente incapaz de expresar su voluntad puede mostrar intranquilidad, agitación o agresividad mientras se lleva a cabo la eutanasia, el médico puede considerar conveniente administrar una medicación previa (basándose siempre en criterios médicos). 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. Una conversación así no tendría sentido, no solo porque un paciente en esas circunstancias no podría comprenderla, sino también porque podría ocasionar agitación e intranquilidad.

La comisión constata que la médica comentó detalladamente la realización de la eutanasia durante la consulta con el médico del Centro Especializado de Eutanasia y que redactó una hoja de ruta. La médica también declaró verbalmente que había comentado la hoja de ruta con la familia y con el farmacéutico (además de con el médico del Centro Especializado de Eutanasia).

A raíz de la consulta con el Centro Especializado de Eutanasia, la médica decidió proceder a administrar medicación previa. Durante la explicación verbal, la médica indicó que lo consideró conveniente debido al comportamiento intranquilo de la mujer. La mujer ingirió esa

medicación sin problemas. Cuando la mujer se durmió, la médica 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 la médica llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica. El dictamen final de la comisión es que la médica 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, las CRV solo llegaron en dos ocasiones al dictamen de que el médico, al llevar a cabo la eutanasia, no había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. En un caso se trata del requisito de la consulta y en otro de la forma de realización.

No se ha actuado conforme al requisito de consulta con, al menos, otro médico independiente

En el Código sobre la Eutanasia 2018 se consigna que “independiente” significa que el asesor está en condiciones de emitir un dictamen propio. También se trata de 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 encargado, 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. 31).

78

EL ASESOR ES PACIENTE DE LA MÉDICA ENCARGADA; NO SE EVITA LA APARIENCIA DE FALTA DE INDEPENDENCIA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), dictamen detallado, consulta, apariencia de falta de independencia, la médica debería haber considerado la posibilidad de llamar a otro médico como asesor, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-151.

En esta notificación, la médica se puso en contacto con un asesor a través del sistema de convocatoria diseñado con ese fin. Tras la consulta, la médica constató que el médico SCEN estaba en su lista de pacientes. Tras darse cuenta de ello, la médica se puso en contacto con el asesor. El asesor indicó que consideraba que el hecho de estar inscrito como paciente de la médica no supondría ningún problema. En el modelo de informe, la médica encargada indicó: “Sin relación laboral o personal. El médico SCEN está inscrito como paciente en la consulta de la médica encargada, pero no existe una relación activa de tratamiento, ni una rela-

ción colegial”. El asesor dio la misma respuesta con respecto a la independencia. Añadió que “en su opinión, quedaba suficientemente garantizada en este caso la independencia entre la médica y el médico SCEN”.

Tanto la médica como el asesor fueron a hablar con la comisión. El asesor indicó que estaba inscrito en la consulta de la médica desde hace unos diez años. En ese periodo, ha estado unas tres veces en la consulta, para obtener una carta de derivación a otro profesional sanitario. El asesor no tiene la sensación de que exista una relación médico-paciente. En su opinión, no ha sido paciente de la médica.

La médica considera al asesor su paciente. Nombra su relación como de igual a igual. Ambos médicos conocen el Código sobre la Eutanasia 2018. El asesor hizo no hace mucho su formación SCEN, en la que se trató la independencia entre el médico y el asesor. No recuerda bien si se trató específicamente la relación entre “el médico y el asesor, como paciente del médico”.

A pregunta de la comisión, la médica indicó que quizá había podido consultar con otro médico SCEN independiente, en calidad de asesor, pero que había considerado dicha consulta gravosa para su paciente. Esa posibilidad no se comentó en las consultas existentes entre la médica y el asesor.

La comisión no duda de que, en este caso, el asesor se formó su propia opinión independiente. No obstante, la comisión considera que esta situación no es deseable porque debería haberse evitado la apariencia de falta de independencia. En el Código sobre la Eutanasia 2018 se indica expresamente que una relación así entre el médico y el asesor hace imposible que este último pueda actuar como tal asesor. Ambos médicos conocen el Código sobre la Eutanasia 2018. Además, el asesor llevaba años inscrito como paciente de la médica y habían hablado varias veces en ese contexto. La comisión considera que la médica y el asesor deberían haber comentado la relación, antes de realizar la consulta. Cuando eso no sucedió, la médica debería haber considerado en cualquier caso si todavía existía la posibilidad de llamar a otro asesor. La situación surgida debería haberse evitado, para evitar así toda apariencia de falta de independencia.

La comisión concluye que la médica no ha cumplido el requisito de la consulta.

Sí que se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

No se actuado conforme al requisito de realización con la diligencia y el cuidado debidos de la práctica médica

UNA PREPARACIÓN DEFECTUOSA LLEVA A LA ADMINISTRACIÓN ALTERNATIVA DE SUSTANCIAS, CON RIESGO DE QUE LA PACIENTE SUFRA DOLOR

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), dictamen detallado, realización, puede encontrarse en el sitio web con el número 2020-98.

Se iba a proceder a llevar a cabo la eutanasia en una mujer gravemente enferma, extremadamente delgada y encamada, de entre ochenta y noventa años. Como el médico tenía mucha experiencia con la colocación de vías (suele hacerlo también para otros colegas), no había contado con enfrentarse a problemas en ese aspecto. No obstante, no pudo encontrar una vena adecuada ni en los brazos ni en las piernas de la mujer.

El médico consideró entonces alternativas, como acudir a un equipo especializado de atención domiciliaria o la colocación de una vía central en el hospital. Pero la mujer no quería esperar. Y el médico entendía su postura. Teniendo en cuenta su estado, no quería que tuviese que sufrir un traslado al hospital. No pensó en pedir ayuda al servicio de ambulancias o en la posibilidad de ponerse en contacto con un anestesista o un radiólogo.

Seguidamente, el médico decidió seguir el método que había aprendido hacía muchos años con su formador y que había aplicado una vez en una situación de urgencia: inyectar las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, en una arteria de la parte superior de la pierna derecha (la arteria femoral). Se trata de un vaso sanguíneo de grandes dimensiones y se suponía que sería bastante sencillo administrar así las sustancias. La administración de la sustancia para inducir el coma (tiopental) no supuso ningún problema y la mujer entró rápidamente en un coma profundo. El médico no tuvo la sensación de que la mujer había sufrido dolor al administrarle la sustancia. Se mostró un poco intranquila, pero se durmió rápidamente. El médico controló la profundidad del coma administrando un estímulo de dolor. Seguidamente, el médico administró un bloqueador neuromuscular (rocuronium). Como la mujer no falleció tras la primera dosis, administró otros 150 mg de rocuronium, esta vez en la arteria femoral de la pierna izquierda. La mujer falleció rápidamente tras la segunda dosis.

Con esta forma de actuar, el médico no se ajustó a la directriz de la KNMG/KNMP de agosto de 2012, sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio. La comisión considera que el médico no preparó suficientemente la realización de la terminación de la vida. Por ejemplo, no eligió comprobar un día antes de la realización si se podía encontrar fácilmente una vena para colocar la vía, ni en procurar que se le colocase la vía previamente, tal y como aconseja la directriz.

La comisión también tiene en cuenta que el médico, cuando descubrió que la mujer no tenía venas adecuadas, consideró las alternativas de que disponía en ese momento y las rechazó de forma motivada. La comisión también incluye en su razonamiento que el médico no pensó en las alternativas que menciona la directriz, como el pedir ayuda a otros.

La comisión constata que el médico se apartó de la directriz actuando de forma poco habitual (inyectando las sustancias para la eutanasia en la arteria femoral de la mujer). Al preguntar a un miembro de la comisión de la directriz sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (un internista intensivista), este informó de que la administración en la arteria femoral de una sustancia básica como el tiopental puede producir un espasmo en la arteria que ocasiona un riego insuficiente (isquemia) que, a su vez, puede producir dolor. Por ese motivo se desaconseja esta vía de administración. En el libro *Farmacotherapeutisch Kompas* (Compás farmatoterapéutico) también se aconseja no administrar tiopental por esa vía, debido al citado riesgo. El médico está convencido de que la mujer no sufrió dolor. Cree que, en parte debido a la calcificación de las venas de la mujer, había muy pocas posibilidades de que se produjera un espasmo arterial.

La comisión considera que, con su forma poco habitual de administrar las sustancias, el médico asumió el riesgo de que la mujer sintiera dolor tras la administración de las sustancias para la eutanasia. El hecho de que el médico considere que la mujer no sufrió dolor no quita importancia a ese criterio. La comisión entiende que el médico renunciara a transportar a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el interés de la paciente, y que optara por no posponer la eutanasia, tal y como le pidió expresamente la mujer. No obstante, la comisión se ve obligada a dictaminar que el médico no llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia y el cuidado debidos de la práctica médica.

Sí que se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

COLOFON

82

Publicación:

Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia euthanasiecommissie.nl

Diseño:

Inge Croes-Kwee

(*Manifesta idee en ontwerp*), Róterdam

abril de 2021

RTE

