COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2017

2017

COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2017

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

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN
(partes no incluidas) 5

CAPÍTULO I ACONTECIMIENTOS EN 2017
1 Informe anual 9
2 Notificaciones
Número de notificaciones 9
Proporción hombre - mujer 9
Proporción entre terminación de la vida a petición propia - ayuda al suicidio 11
Naturaleza de las enfermedades 11
Enfermedades más comunes 11
Demencia 11
Enfermedades mentales 11
Acumulación de enfermedades propias de la vejez 13
Combinación de enfermedades y otras enfermedades 13
Edad 13
Lugar de la terminación de la vida 15
Médicos comunicantes 15
Eutanasia y donación de órganos y tejidos 17
No conforme con los requisitos de diligencia y cuidado 17
"Zonas grises" en la verificación en la práctica (no incluido) 17
3 Forma de trabajo de las CRV, de saroyo 19
Casos que suscitan preguntas (VO) y casos que no suscitan preguntas (NVO) 19
Notificaciones complejas (no incluido) 19
Código sobre la Eutanasia 2018 20
Sala de reflexión (no incluido) 20
Dictamen escrito (no incluido) 20
Organización (no incluido) 20

CAPÍTULO II CASUÍSTICA
1 Introducción 21
2 El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado 24
2.1 Cinco casos representativos 24
Caso 2017-68 Cáncer 24
Caso 2017-84 Enfermedad del sistema nervioso (no incluido) 26
Caso 2017-86 Enfermedad del sistema nervioso 27
Caso 2017-49 Enfermedad pulmonar 28
Caso 2017-59 Enfermedades cardiovasculares 29

2.2 Casos ordenados según los cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL 30
Petición voluntaria y bien meditada 30
Caso 2017-12 30
Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora 32
Caso 2017-07 32
Ausencia de otra solución razonable 34
Caso 2017-08 34
Diligencia de la práctica médica 36
Caso 2017-82 36
2.3 Casos relativos a personas con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez 37
Enfermedad mental 37
Caso 2017-42 37
Demencia 39
Caso 2017-06 (no incluido) 39
Caso 2017-14 39
Acumulación de enfermedades propias de la vejez 42
Caso 2017-38 42
Caso 2017-19 (no incluido) 44
3 El médico *no* ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado 45
No se ha actuado conforme a los requisitos de petición voluntaria y bien meditada y sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora 45
Caso 2017-73 45
Declaración de voluntad por escrito 49
Caso 2017-103 49
No se ha actuado conforme al requisito de sufrimiento insoportable y ausencia de otra solución razonable 57
Caso 2017-31 57
Caso 2017-79 60

INTRODUCCIÓN

DISCUSIÓN SOCIAL

Desde el punto de vista de las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (las CRV), 2017 ha sido un año con diferentes caras.

Por una parte, la tercera evaluación de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido (la WTL) publicada en mayo ofreció sin lugar a dudas una imagen positiva del apoyo social con que cuentan la eutanasia y su práctica en los Países Bajos.
Por otra parte, a principios de 2017 varios médicos publicaron un manifiesto en los medios de comunicación en el que criticaban la aplicación de la eutanasia en pacientes con demencia avanzada, basada en una declaración escrita de voluntad redactada con anterioridad. En su opinión, la eutanasia únicamente sería responsable en pacientes que todavía estén en condiciones de expresar verbalmente su petición de eutanasia.
Asimismo, en otoño de 2017, varios psiquiatras cuestionaron la aplicación de la eutanasia en el caso de los pacientes psiquiátricos; según estos psiquiatras, la pregunta de si un paciente psiquiátrico que solicita la eutanasia tiene capacidad de expresar la voluntad y ya no existe posibilidad de ningún otro tratamiento solo la puede responder, generalmente, el psiquiatra que trata al paciente. Por lo que se refiere a la verificación en la práctica, la evaluación presenta tanto el reconocimiento de los aspectos positivos como recomendaciones de mejora.

Al igual que en años anteriores, la gran mayoría de las notificaciones verificadas por las CRV se referían a pacientes que ya no tenían posibilidades de curación y para los que únicamente podía existir un cuidado paliativo (cuidados centrados en la mejora de la calidad de vida). Se trata de pacientes que padecen cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares, demencia en sus primeras fases, una combinación de esas enfermedades o una acumulación de enfermedades propias de la vejez.
La discusión pública sobre la eutanasia en pacientes psiquiátricos y en pacientes con demencia avanzada incide sobre un número relativamente limitado de las notificaciones; en 2017, tres notificaciones se refirieron a pacientes con demencia avanzada, y solo 83 del total de 6.585 notificaciones se referían a pacientes con una enfermedad mental.
Estos casos son inconfundiblemente complejos y solo son evaluados por las CRV después de un estudio en profundidad y después de

comentar todas las partes de los expedientes. Si después de todo ello todavía quedan preguntas sobre la notificación, se convoca al médico encargado de llevar a cabo la eutanasia para que ofrezca explicaciones verbales adicionales durante una reunión de la comisión. A finales de 2017 se decidió que cuando se tratara de una notificación de eutanasia basada en una declaración de voluntad por escrito de un paciente que padeciera una forma muy avanzada de demencia, en todos los casos se pediría al médico que explicara en una reunión de la comisión la explicación de la decisión y cómo se llevó a cabo la eutanasia. Es digno de mencionar en este contexto que de los 15 médicos miembros de las CRV, dos son psiquiatras, tres son especialistas en geriatría y uno es geriatra clínico.

En la discusión sobre el valor que puede darse a la declaración de voluntad por escrito redactada cuando el paciente todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, a veces se reprocha implícitamente a las CRV que cumplan el apartado correspondiente de la WTL. El artículo 2, párrafo 2 de la WTL establece que un médico podrá atender la petición escrita de terminación de la vida de un paciente que cuente al menos con dieciséis años de edad y que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad. Si las CRV privaran categóricamente a estas notificaciones del dictamen "con la diligencia y el cuidado debidos", se les podría reprochar con todo derecho que no cumplen la tarea que les ha encomendado el legislador (evaluar si el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado descritos en la WTL, incluido lo dispuesto en el art. 2, párrafo 2 de dicha ley).

La opinión de que el médico que aplique la eutanasia a un paciente que padece una enfermedad mental debe ser el psiquiatra que le trata, no está en línea con lo dispuesto por el legislador. Este requisito no se puede derivar ni del texto legal ni del historial parlamentario. Según el nuevo concepto de la directriz de la Asociación Holandesa de Psiquiatría, este grupo profesional tampoco opina que la eutanasia únicamente debería ser llevada a cabo por el psiquiatra que trata al paciente. De acuerdo con la ley, la jurisprudencia y los dictámenes de las CRV, el médico sí que debe consultar con un psiquiatra independiente (además del asesor independiente que prescribe la ley) en el caso de que la petición de eutanasia se base en un sufrimiento psiquiátrico. El psiquiatra en cuestión debe emitir su asesoramiento en especial sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la existencia o no de otra solución razonable. Para evitar una carga innecesaria al paciente, puede tener preferencia la opción de que el asesor (SCEN) sea también psiquiatra.[1]

1 Esto último también se consigna en el Código sobre la Eutanasia 2018.

TERCERA EVALUACIÓN DE LA WTL

(en parte no incluida)

La recomendación en la tercera evaluación de la WTL [2] de investigar más en detalle la posibilidad de interponer recursos de casación en interés de ley contra los dictámenes de las CRV, está en línea con lo defendido en el Informe Anual de las CRV 2016. La resolución del Ministerio Fiscal de iniciar instrucciones penales a raíz de dictámenes de las CRV de 2016 y 2017 (por primera vez desde la entrada en vigor de la ley en 2002) otorga una actualidad especial a esta recomendación.

Jacob Kohnstamm
Presidente coordinador de las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia

La Haya, marzo de 2018

2 Publicado en mayo de 2017.

PROPORCIÓN HOMBRE - MUJER

Hombres	3384
Mujeres	3201

CAPÍTULO I
ACONTECIMIENTOS EN 2017

I

1 INFORME ANUAL

Para más información sobre las líneas principales de la ley, la forma de trabajo de las comisiones, etc., véase el Código sobre la Eutanasia 2018 en 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 forma en que han dado contenido a su tarea legal. Dicha tarea legal incluye verificar que las notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente y de suicidio asistido cumplan los requisitos de diligencia y cuidado incluidos en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido (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 suicidio asistido.

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

2 NOTIFICACIONES

Número de notificaciones

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

En 2017, las CRV recibieron 6.585 notificaciones de eutanasia, dos de las cuales procedían de las islas BES. Se trata del 4,4% del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2017 (150.027). En 2016, las CRV recibieron 6.091 notificaciones, que constituían el 4% de la cifra total de fallecimientos (148.973). Así pues, el número de notificaciones de eutanasia creció en 2017, pero sigue siendo relativamente pequeño con relación al número total de fallecimientos en los Países Bajos.

Proporción hombre - mujer

La proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres es prácticamente igual: 3.384 hombres (51,4%) y 3.201 mujeres (48,6%).

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

10

Terminación de la vida a petición	6306
Suicidio asistido	250
Combinación de ambos	29

Proporción entre terminación de la vida a petición propia - suicidio asistido

En 6.306 casos (más del 95,8%) se trató de terminación de la vida a petición del paciente, en 250 (3,8%) de suicidio asistido y 29 casos (0,4%) fueron una combinación de ambos.

Naturaleza de las enfermedades

Enfermedades más comunes

En más del 89,4% de los casos notificados (5.893) se trataba de personas con cáncer incurable, enfermedades del sistema nervioso (por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA), enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares o una combinación de estas. Las cantidades fueron, respectivamente: 4.236 (cáncer), 782 (combinación de enfermedades), 374 (enfermedades del sistema nervioso), 275 (enfermedades cardiovasculares) y 226 (enfermedades pulmonares).

Demencia

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

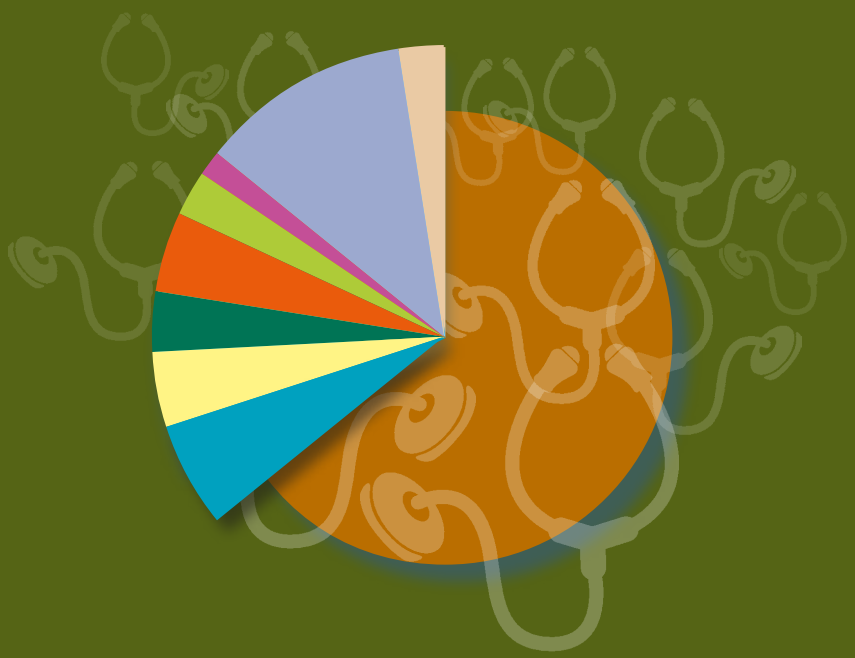
En tres notificaciones se trató de pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer la voluntariedad de la petición. Véase por ejemplo el caso 2017-14, incluido en el capítulo II.

En 166 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase en la que todavía tenían conciencia de su enfermedad y sus síntomas, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición. El caso 2017-06, incluido en el capítulo II, es un ejemplo.

Enfermedades mentales

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

En 83 notificaciones de eutanasia, el sufrimiento estaba basado en una enfermedad mental. De esas 83 notificaciones, en 36 casos el médico comunicante era un psiquiatra, en 22 casos un médico de familia, en 6 casos un geriatra y en 19 casos otro tipo de médico (por ejemplo, un médico en formación para psiquiatra). En esos casos, debe aplicarse un cuidado especial, como sucedió en el caso 2017-42 (incluido en el capítulo II). La Asociación Holandesa de Psiquiatría (según sus siglas en neerlandés: NVvP) describió en el documento *Richtlijn verzoek hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënten* (directriz sobre peticiones de suicidio asistido en pacientes psiquiátricos) 2009 los procedimientos



ENFERMEDADES

12

Cáncer	4236
Enfermedades del sistema nervioso	374
Enfermedades cardiovasculares	275
Enfermedades pulmonares	226
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	293
Demencia	169
Enfermedades mentales	83
Combinación de enfermedades	782
Otras enfermedades	147

conforme a los cuales deben actuar los psiquiatras en el caso de una petición de eutanasia de un paciente.[3]
La NVvP ha anunciado que espera aprobar en 2018 una versión revisada de la directriz.

Acumulación de enfermedades propias de la vejez

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

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan son las que pueden ocasionar un sufrimiento que, 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 2017, las CRV recibieron 293 notificaciones en esta categoría.

Combinación de enfermedades y otras enfermedades

En 782 casos, existió una "combinación de enfermedades". Dentro de la categoría "combinación de enfermedades" se registran todas las notificaciones en las que existe una combinación de enfermedades de las categorías mencionadas anteriormente: por ejemplo, cuando el motivo del sufrimiento es tanto el cáncer como una enfermedad cardiovascular, o cuando el motivo del sufrimiento es la demencia o una enfermedad mental en combinación con EPOC.
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 2017 fueron 147 casos.

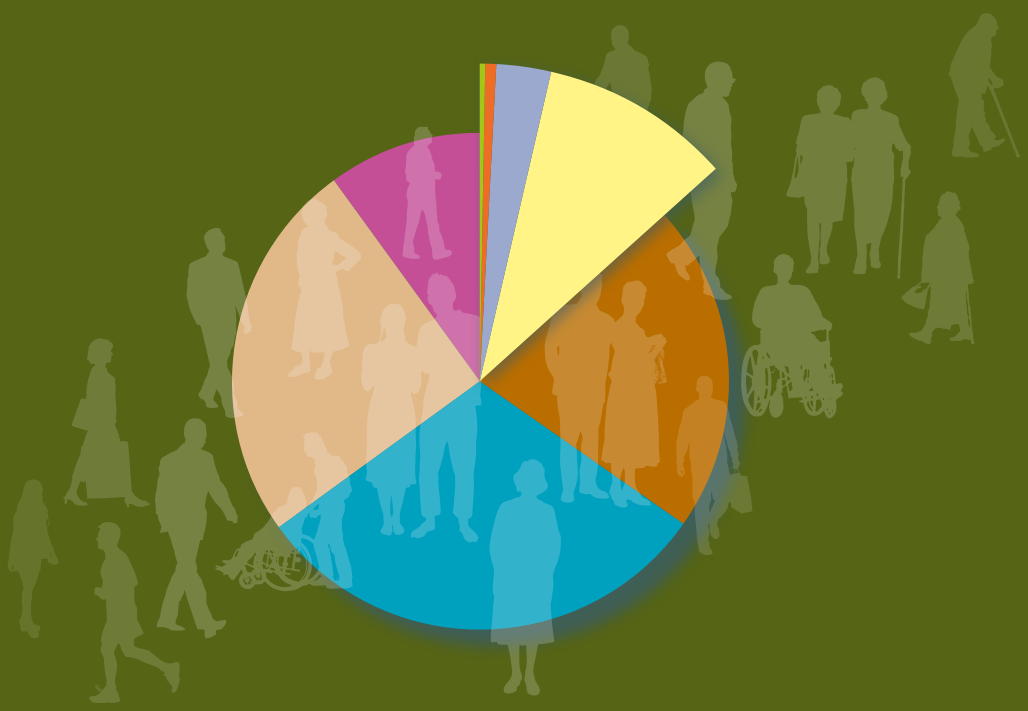
Edad

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

El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años, concretamente 2.002 (30,4%), seguida de las edades entre 80 y 90 años, concretamente 1.634 (24,8%), y de las edades entre 60 y 70 años, concretamente 1.405 (21,3%).

En 2017, las CRV recibieron 3 notificaciones de eutanasia de un menor de edad (de 12 a 17 años).

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



EDAD

Á 30 años*	22
30-40 años	51
40-50 años	183
50-60 años	635
60-70 años	1405
70-80 años	2002
80-90 años	1634
90 años y mayores	653

** incluido 3 menores de edad*

En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 73 notificaciones. En 46 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en trece casos se trataba de una enfermedad mental. Dentro de las categorías de demencia y psiquiatría, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 80 y 90 años (63 notificaciones) y entre 50 y 60 años (16 notificaciones), respectivamente. Dentro de la categoría "acumulación de enfermedades propias de la vejez", la edad es de 90 años en adelante (199).

Lugar de la terminación de la vida

En la mayor parte de las notificaciones (5.308, esto es: el 80,6%) la terminación de la vida se llevó a cabo en el domicilio del paciente. En los demás casos, el lugar de fallecimiento fue un hospital de cuidados paliativos (436, esto es: 6,6%), una residencia para asistidos (286, el 4,3%), una residencia de convalecencia (287, el 3,8%), un hospital (172, un 2,6%) u otros lugares, por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (96, un 1,5%).

Médicos comunicantes

En la mayor parte del número de notificaciones (5.636), el médico comunicante fue el médico de familia (85% del número total de notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: especialistas en geriatría (382), médicos especialistas (247) y médicos en formación para especialistas (68). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (252), la mayoría de ellos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (*Stichting Levenseindekliniek*: la SLK).

Las CRV comprobaron en 2017 que el número de notificaciones de médicos vinculados a la SLK aumentó a 751 (en 2016: 487). Un aumento del 54% con relación a 2016.

Tal y como se desprende de los datos de las notificaciones, en casos difíciles se acude con más frecuencia a los médicos de la Clínica para el Final de la Vida, por iniciativa propia o del médico que los trata. Una gran parte de las notificaciones en las que existía una enfermedad mental provenía de un médico de la Clínica para el Final de la Vida: 52 de las 83 notificaciones (más de un 62%). De las notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia, 57 notificaciones (más del 33%) provenían también de un médico de la Clínica para el Final de la Vida. Por lo demás, hubo 108 notificaciones debidas a una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 37%), provenientes de médicos de la SLK. De los expedientes se desprende que los médicos pueden considerar este tipo de casos

MÉDICOS COMUNICANTES

Médico de familia	5636
Especialistas en geriatría	382
Médicos especialistas	247
Médicos en formación para especialistas	68
Médicos con otra formación (por ejemplo médicos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida)	252

complejos o que los remiten a la SLK por principios. Además, hay médicos que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal. Ellos también suelen remitir a sus pacientes a la SLK.

Eutanasia y donación de órganos y tejidos

La terminación voluntaria de la vida por medio de la eutanasia no impide en sí misma la donación de órganos y tejidos. En el documento *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* (Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia, julio de 2017), la Fundación Holandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*) describe ampliamente el procedimiento a seguir, que consta de varios pasos.[4] Las CRV recibieron en 2017 cuatro notificaciones que incluían donación de órganos después de la eutanasia. Un ejemplo es el caso 2017-86 (véase el capítulo II).

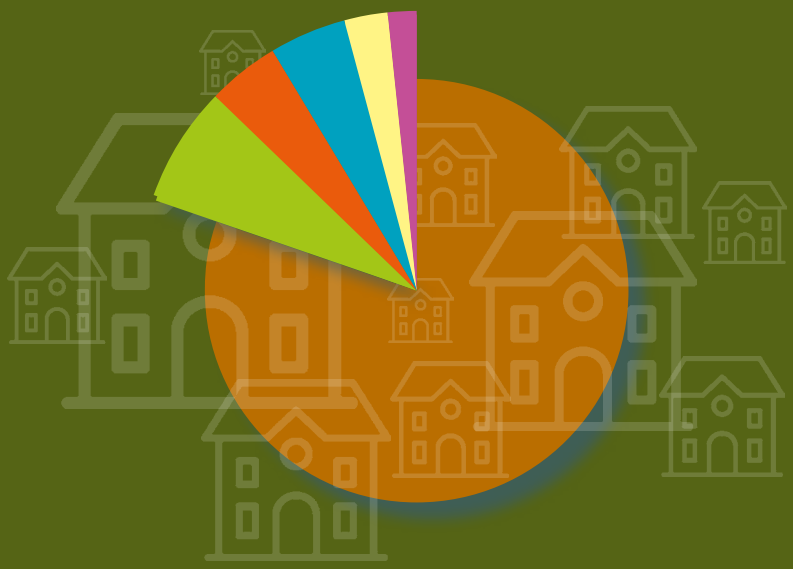
No conforme con los requisitos de diligencia y cuidado

En doce de los 6.585 casos notificados, las CRV han dictaminado que el médico encargado no cumplió los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 2 de la WTL: se trata de un 0,18% del número total de notificaciones. En algo más de la mitad de esos casos, se trataba de fallos en los requisitos procedimentales de la consulta con un médico independiente (uno) y de la diligencia de la práctica médica (seis). Cuatro de los otros casos incidían en los requisitos de una petición bien meditada y voluntaria, un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y la ausencia de otra solución razonable; en general se trataba de una combinación de varios. Finalmente, hubo un caso en el que el médico no cumplió el requisito adicional que se impone para pacientes psiquiátricos: consultar con un psiquiatra independiente que debe evaluar si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad sobre la petición, si el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y si no existen otras alternativas razonables.

“Zonas grises” en la verificación en la práctica

(no incluido)

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



LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

Domicilio del paciente	5308
Hospital de cuidados paliativos	436
Residencia para asistidos	286
Residencia de convalecencia	287
Hospital	172
Otros lugares (por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia)	96

3 FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV, CAMBIOS

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

Desde 2012, las CRV distinguen desde el momento de la recepción de la notificación entre las llamadas notificaciones "que no suscitan preguntas" (notificaciones NVO, según sus siglas en neerlandés) y "notificaciones que suscitan preguntas" (VO). Las notificaciones que no suscitan preguntas y los expedientes correspondientes se someten semanalmente a la evaluación y el dictamen digital de la comisión, formada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas o existencialistas. La comisión se encarga de que esas notificaciones puedan tramitarse dentro del plazo estipulado. En 2017, el 81% de todas las notificaciones recibidas fueron notificaciones que no suscitan preguntas.

Las notificaciones se clasifican como NVO cuando el secretario de la comisión, un jurista experimentado, considera que la información ofrecida es tan completa y es tan probable que el médico haya cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado, que se considera que la comisión puede evaluarlas digitalmente. Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas (NVO), se incluyen en el capítulo II los casos 2017-68, 2017-84, 2017-49 y 2017-59.

Una pequeña parte de las notificaciones consideradas NVO (92, alrededor del 1,4% del número total de notificaciones) se comentaron posteriormente en la reunión de la comisión como notificaciones que suscitan preguntas. Se ha acordado que si uno de los miembros de la comisión opina que una notificación NVO sí que suscita alguna pregunta, esta se remita para su tramitación en la reunión mensual de la comisión.
El restante 19% del número de notificaciones recibidas que sí suscitan preguntas (y se tramitan verbalmente), por ejemplo en relación con la compleja problemática del caso, como psiquiatría y demencia o porque los expedientes entregados por el médico eran demasiado breves, fue evaluado por las CRV en las reuniones mensuales de las comisiones. En 2017, las CRV tramitaron de esa forma 5.765 notificaciones (lo que supone el 87% del número total de notificaciones recibidas). El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y el envío del dictamen fue en 2017 de una media de 52 días. Esto supuso un ligero incumplimiento del plazo de seis semanas establecido en el artículo 9, párrafo primero de la WTL.

Notificaciones complejas

(no incluido)

Código sobre la Eutanasia 2018

En la primavera de 2018 se publicará una versión actualizada del *Code of Practice* (Código de buenas prácticas) publicado en 2015, con el título Código sobre la Eutanasia 2018. El Código sobre la Eutanasia 2018 ofrece un resumen de las líneas principales de los aspectos que las CRV consideran importantes en el desempeño de sus tareas legales. El objeto de este código es ofrecer una información clara y accesible (sobre todo para los médicos encargados de la eutanasia y para los asesores) sobre la forma en que las CRV interpretan y aplican los requisitos legales de diligencia y cuidado.

Sala de reflexión

(no incluido)

Dictamen escrito

(no incluido)

Organización

(no incluido)

CAPÍTULO II
CASUÍSTICA

II

1 INTRODUCCIÓN

El texto de la WTL y otras estipulaciones legales relevantes del Código Penal (Wetboek van Strafrecht) y de la Ley reguladora de los funerales (Wet op de lijkbezorging) pueden consultarse a través de euthanasie-commissie.nl/zorgvuldigheidseisen.

En este capítulo mostramos dictámenes de las CRV. Esencialmente, el trabajo de las CRV consiste en evaluar los expedientes de los médicos sobre la terminación de la vida a petición del paciente y la suicidio asistido (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, una declaración escrita de voluntad del paciente, si existe dicha declaración, y una declaración del forense municipal. El médico independiente suele ser siempre un médico que se consulta a través del programa *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos: SCEN), de la Real Sociedad Holandesa 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 suicidio asistido (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 suicidio asistido con la mayor diligencia y cuidado posibles desde el punto de vista médico.

En su verificación, las CRV comparan su actuación con la ley, el historial legal y la jurisprudencia relevante. También tienen en cuenta anteriores resoluciones de las CRV y resoluciones del Ministerio Fiscal y la Inspección de Sanidad (desde el 1 de octubre de 2017: Inspección de Sanidad y Juventud, en proceso de constitución). 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). Esto es lo que los juristas denominan una "verificación completa". Por lo que se refiere a los tres requisitos de diligencia y cuidado referidos a una petición voluntaria y bien meditada (a), un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b) y la ausencia de otra solución razonable (d), el médico *debe demostrar suficientemente* que, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, *ha podido llegar razonablemente al convencimiento* de que se cumplían dichos requisitos. Esto es lo que los juristas denominan una "verificación marginal". Significa que las CRV no necesitan "verificar íntegramente" estos requisitos de diligencia y cuidado, esto es: no es necesario que evalúen nuevamente las mismas cuestiones que el médico que tomó la decisión originalmente. Las CRV tampoco pueden hacerlo porque el paciente ha fallecido. Además, hay que tener en cuenta que esas son las cuestiones que ya examina el médico asesor.

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

El apartado 2 está dividido en tres subapartados.
En el primero (apartado 2.1) ofrecemos cinco dictámenes representativos de la gran mayoría de las notificaciones que reciben las CRV. Casos en los que no existe curación posible, con pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares.
A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos (legales) de diligencia y cuidado. Tratamos principalmente la voluntariedad y la consideración dada a la petición (a), el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b), la ausencia de otra solución razonable (d) y la diligencia y el cuidado médico debidos en la realización de la eutanasia (f). En ese apartado presentamos los casos más complicados. Esto se traduce en más datos sobre el paciente, su petición y su sufrimiento y consideraciones extra de la comisión. Existen dos requisitos de diligencia y cuidado que no se tratan explícitamente en este lugar: la información al paciente sobre sus perspectivas (c) y la consulta con al menos un médico independiente (e).

El requisito mencionado en (c) está estrechamente relacionado con otros requisitos de diligencia y cuidado, como el requisito de que exista una petición voluntaria y bien meditada. Eso solo puede existir si el paciente ha sido informado de su estado de salud y de sus perspectivas. El requisito de diligencia y cuidado relativo a la consulta tiene sobre todo incidencia en los casos que se considera que no cumplen los requisitos de diligencia y cuidado.
Finalmente (apartado 2.3), describimos varios casos en los que se llevó a cabo la eutanasia o la suicidio asistido en un paciente de una categoría especial: pacientes con enfermedad mental (un caso), pacientes dementes (dos casos) y pacientes con una acumulación de enfermedades propias de la vejez (dos casos). En todos los casos descritos en el apartado 2 la comisión dictaminó que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado que impone la WTL.

En el apartado 3 se tratan diez de los doce casos en los que la comisión dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Se trata además de dos casos en los que la comisión dictaminó que el médico no había cumplido el requisito de una petición voluntaria y bien meditada y el requisito de sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (2017-73 y 2017-103); dos casos en los que, según la comisión, no se cumplía el requisito de sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (2017-31 y 2017-79) y uno en el que no se cumplió con el especial cuidado que exige la terminación de la vida a petición propia cuando se trata de un paciente psiquiátrico (2017-24). También hay otros siete casos en los que no se ha cumplido uno de los requisitos de procedimiento como la consulta (2017-10) o la realización con la diligencia de la práctica médica (seis casos, de los cuales cuatro se incluyen en el apartado 3: 2017-02, 2017-11, 2017-28 y 2017-118).

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

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

2.1 Cinco casos representativos

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

En el primer caso descrito, se incluye casi todo el dictamen completo. Se han eliminado los datos que puedan identificar a la persona. Es un buen ejemplo de cómo son los dictámenes de las CRV. Los cinco casos en conjunto ofrecen una imagen de la problemática más frecuente a la que se enfrentan las CRV. En tres de los cuatro casos se añade una indicación especial, como la consulta temprana, la combinación de eutanasia y donación de órganos y la eutanasia de alguien que residía principalmente en el extranjero.

CASO 2017-68
CÁNCER

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-68 en el sitio web.

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO); consulta temprana porque debido a la metástasis en el cerebro existía el riesgo de que ya no pudiera mantenerse una conversación con el paciente en un futuro próximo.

HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS

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

a. Carácter del sufrimiento, información y alternativas

En un hombre de entre 70 y 80 años de edad, se constató ocho años antes del fallecimiento una variedad grave de cáncer de piel. Fue tratado de su enfermedad. Cuatro meses antes del fallecimiento se constató la existencia de metástasis en los pulmones y el cerebro. En el último mes antes del fallecimiento, el hombre sufrió un ataque epiléptico, a partir del cual empeoró rápidamente su situación. No existía curación posible. El tratamiento se centraba únicamente en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa).

El sufrimiento del hombre constaba de confusión, aletargamiento e incontinencia urinaria y de heces. También sufría por su incapacidad de

comunicarse, que aumentaba progresivamente. El hombre ya no podía hacer nada, prácticamente no podía caminar solo, estaba encamado y era totalmente dependiente del cuidado de otros. Sabía que solo le esperaba un empeoramiento y sufría por la falta de sentido y la ausencia de perspectivas de mejora de su situación, la falta de calidad de vida y el restante deterioro físico. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.
Ya no existían para el hombre más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento. De los documentos puede deducirse que el médico y los especialistas habían informado al hombre suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

b. Petición de terminación de la vida

El hombre ya había comentado anteriormente con el médico la eutanasia. Tres días antes del fallecimiento, pidió al médico que llevase a cabo la terminación de su vida. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

c. Consulta

El médico consultó dos veces con el mismo médico SCEN independiente, en calidad de asesor.
La primera vez, el asesor visitó al hombre unos dos meses antes de la terminación de la vida, después de que el médico le hubiera informado sobre el hombre y después de examinar la documentación médica relevante. Se trataba de una consulta temprana en relación con la amenaza de que la metástasis en el cerebro pudiera impedir la comunicación en un futuro próximo. En su informe, el asesor ofreció un resumen del historial clínico y de la naturaleza del sufrimiento del paciente. En el informe, el asesor llegaba a la conclusión (basándose también en la conversación con el hombre) de que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Todavía no existía un sufrimiento insoportable y todavía no había una petición concreta de eutanasia.
La segunda vez, el asesor visitó al hombre un día antes de la terminación de la vida, después de que el médico le informara sobre la evolución del cuadro clínico desde la primera visita. En el informe de la segunda consulta, el asesor ofreció un resumen de la evolución del cuadro clínico desde la primera visita. En su informe, el asesor llegaba a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.
En ese momento sí existía un sufrimiento insoportable y había una petición concreta de eutanasia.

d. Realización

El médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en el documento de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (directriz sobre práctica de la eutanasia y la suicidio asistido), de agosto de 2012.[5]

EVALUACIÓN

La comisión verifica a posterior la conducta del médico, de acuerdo con los requisitos de diligencia y cuidado consignados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido. Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión considera que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente y de que padecía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. El médico informó suficientemente al paciente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas de futuro. El médico pudo llegar junto con el paciente al convencimiento de que no existía otra solución razonable en la situación en que se encontraba. El médico ha consultado al menos con otro médico independiente que también ha visto al paciente y ha emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. El médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente con la diligencia debida de la práctica médica.

DICTAMEN

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

CASO 2017-84

(no incluido)

5 Se puede consultar a través de http://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/ richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.

CASO 2017-86
ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-86 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO); eutanasia combinada con donación de órganos

En una mujer de entre 50 y 60 años de edad, se constató dos años antes del fallecimiento la enfermedad ELA (una enfermedad degenerativa en la que van muriendo los nervios de la médula espinal y una parte del cerebro). No existía curación posible. El tratamiento se centraba únicamente en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa).
El sufrimiento de la mujer constaba principalmente de un empeoramiento creciente de su situación. También existía un grave deterioro de funciones. Ya no podía comer y tampoco podía comunicarse bien. La mujer, que siempre había sido independiente, activa y comunicativa, era ahora totalmente dependiente de otros y casi no podía hacer nada. Sabía que no había posibilidades de que su situación mejorase y que solo le esperaba un empeoramiento progresivo. 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. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. También consultó con un médico SCEN independiente que llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La mujer quería donar sus órganos. Previas consultas al respecto, la mujer fue sedada en casa y se le aplicó un tubito en la tráquea para suministrarle oxígeno. Después fue trasladada al hospital, donde se realizó la eutanasia.

La comisión consideró que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2017-49
ENFERMEDAD PULMONAR

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-49 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO)

Una mujer de entre 50 y 60 años, padecía desde hace catorce años una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Existía un sufrimiento pulmonar grave. No existía curación posible. El tratamiento se centraba únicamente en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa).
La mujer padecía malestar generalizado, enfisema, dolores musculares y cansancio. Siempre había sido una mujer independiente, pero ahora cada vez se veía más confinada a su cama. Dependía de la administración de oxígeno y debía ser cuidada por otros. Sufría por la ausencia de perspectivas de mejora de su situación, la falta de calidad de vida y el miedo a asfixiarse. 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. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. También consultó con un médico SCEN independiente que 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 la diligencia debida de la práctica médica.

La comisión consideró que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2017-59
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-59 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO).

Una mujer entre los 80 y los 90 años sufrió una insuficiencia cardíaca cinco meses antes de su fallecimiento. Su situación llegó a ser terminal. No existía curación posible. El tratamiento se centraba únicamente en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa). La mujer sufría de una severa falta de aliento al menor esfuerzo, de inmovilidad y agotamiento. También sufría intensos picores y dolor de espalda. La mujer ya no podía hacer nada y estaba confinada en su sillón. Vivía con el temor a caerse y su situación sin perspectivas de mejora. 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. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. También consultó con un médico SCEN independiente que 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 la diligencia debida de la práctica médica.

La comisión consideró que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

2.2 Casos ordenados según cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL

Véase para algunos aspectos generales sobre una petición voluntaria y bien meditada el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 17 y siguientes

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La WTL establece que el médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. La ley no prescribe que deba tratarse de una petición escrita. Con todo, en ocasiones puede ayudar si existe una petición escrita. Sirva como ejemplo el siguiente caso.

CASO 2017-12

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-12 en el sitio web

Véanse puntos de atención específicos sobre la declaración escrita de voluntad en el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 36 y siguientes

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); eutanasia en un paciente con disminución del estado de consciencia; declaración escrita de voluntad

Una mujer de entre 60 y 70 años de edad, que vivía desde hace años con cáncer y con las consecuencias de la enfermedad, fue diagnosticada nuevamente con cáncer de pulmón seis meses antes de su fallecimiento. Se trataba de un cáncer que iba acompañado de inflamación del mediastino y la pleura y, se sospechaba que también afectaba a los conductos linfáticos. Su situación empeoró rápidamente los últimos días previos al fallecimiento. Su sufrimiento constaba de dolor creciente, enfisema y estar confinada en su cama. Sufría por la pérdida de calidad de vida y la perspectiva de que su estado únicamente iba a empeorar. Consideraba su sufrimiento insoportable.
La mujer había hablado previamente con su médico sobre eutanasia. Alrededor de un año antes de su fallecimiento, había entregado al médico una declaración escrita de voluntad. Tres días antes del fallecimiento, le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.
El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor visitó a la mujer el día de la terminación de la vida, después de que el médico le hubiera informado al efecto y después de consultar la documentación médica relevante. Durante su visita, la mujer ya no estaba en condiciones de comunicarse. El asesor vio que la mujer estaba en los huesos, luchando por respirar y con una expresión en su rostro tensa y dolorida. Le causó la impresión de que estaba sufriendo constantemente y sin ninguna esperanza de mejora. Como la mujer ya no podía expresar su deseo, su declaración escrita de voluntad fue

decisiva para el asesor a la hora de evaluar si la petición era voluntaria y bien meditada. En su informe, llegó a la conclusión de que se había cumplido ese requisito de diligencia y cuidado.

La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Aunque la mujer no podía comunicarse en el momento de la realización de la eutanasia, sí que daba señales de sufrimiento insoportable. Según el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 46, en ese caso se puede proceder a la eutanasia en un paciente con disminución del estado de consciencia.
Por lo que se refiere a la consulta, la comisión consideró que de los documentos se desprende que la mujer, en el momento de la consulta, ya no estaba en condiciones de comunicarse. El asesor constató que existían señales de sufrimiento insoportable y estaba convencido de que la mujer había indicado expresamente de antemano que no quería pasar por dicho sufrimiento. El Code of Practice (Código de buenas prácticas) indica en su apartado 3.6 que también se puede cumplir el requisito de la consulta independiente si el paciente ya no está en condiciones de comunicarse cuando lo visita el asesor. En ese caso, el asesor debe basar su opinión (en lo relativo a los requisitos de diligencia y cuidado) en la información del médico, la declaración de voluntad, el expediente y en información de terceros.

La comisión consideró que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

Véase para algunos aspectos generales sobre el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 20 y siguientes

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

CASO 2017-07

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-07 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); constatar que el sufrimiento es insoportable puede ser muy difícil

Una mujer de entre 80 y 90 años sufría de vértigos desde hacía cuatro años. Se sentía constantemente mareada y cualquier movimiento, sobre todo los giros, le producía náusea. Tres años antes del fallecimiento se constató una enfermedad doble del oído interno. Debido a la grave disminución de la automatización del equilibrio, la orientación y la estabilidad de las imágenes, experimentaba problemas constantes. Algunos de los síntomas constantes eran cambios en la agudeza visual, reducción de control del equilibrio con aumento de posibilidades de caída, cansancio casi inmediato y náusea ante imágenes en movimiento. Tres años antes del fallecimiento sufrió un infarto de miocardio y año y medio antes del fallecimiento se le colocó un marcapasos. En el último medio año antes del fallecimiento se produjo un empeoramiento notable de sus funciones. Unos tres meses antes del fallecimiento, la mujer hizo que desconectaran su marcapasos y dejó de tomar toda su medicación, excepto la medicación para dormir.
El sufrimiento de la mujer constaba del deterioro progresivo de sus funciones. Cada vez le costaba más realizar los actos normales de la vida cotidiana. Se sentía impedida por sus problemas de vértigo y su rápido cansancio. Tenía que tener un cuidado constante al girarse. Debía mover la cabeza despacio, o sentía malestar y náusea. Sufría caídas constantes. Ya no podía hacer otras cosas que ella consideraba importantes, como pasear en la naturaleza, andar hasta el supermercado y hacer sus compras, leer libros, escuchar música o interactuar socialmente en grupos de gente. Cada vez sentía menos alegría de vivir.
Siempre había sido una persona alegre y social y daba mucha importancia a su autonomía. Sufría por su deterioro físico, la pérdida de la alegría de vivir, el no poder disfrutar de los contactos sociales con otras

personas y la amenaza de pérdida de autonomía. La mujer consideraba su sufrimiento insoportable.
La mujer había hablado previamente con su médica de familia sobre eutanasia. Dicha médica no estaba dispuesta a acceder a su petición de eutanasia porque tenía dificultades para constatar el sufrimiento insoportable y porque se sentía presionada por la paciente. La mujer acudió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (*Stichting Levenseindekliniek*: SLK). El médico de la SLK mantuvo, conjuntamente con un enfermero de la SLK, tres conversaciones con la mujer. Al principio, el médico tenía dificultades para constatar el sufrimiento insoportable de la paciente, sobre todo debido a su aspecto animado. La mujer intentaba resaltar los puntos positivos de su estado y quitar importancia a los negativos. Se describía como alguien que sabía enfrentarse a un desafío, con una gran fuerza de voluntad, optimista y resistente, que podía salir adelante con pocos medios y que no se quejaba fácilmente. Precisamente por esas cualidades la mujer tenía dificultades para expresar su sufrimiento insoportable. No obstante, en la tercera entrevista, el médico quedó convencido del sufrimiento insoportable.
Según el médico SCEN consultado, la pregunta crucial era si existía un sufrimiento insoportable en una persona que todavía podía hacer tantas cosas y que parecía tan llena de energía. La mujer le dejó claro que ella experimentaba su sufrimiento como insoportable. Esto venía sobre todo dado por la pérdida progresiva de funciones y por la pérdida de su alegría de vivir. Solo le quedaban los automatismos de su alegría vital, pero no todo lo demás que forma parte de ese sentimiento. El asesor entendió la petición de eutanasia de la mujer y concluyó, aunque con alguna duda, que existía un sufrimiento insoportable.

La comisión dictaminó lo siguiente con relación al sufrimiento insoportable: Al principio, el médico dudaba del sufrimiento insoportable de la paciente, sobre todo por su aspecto vital y optimista. Tras varias conversaciones con la mujer y tras consultar con colegas, el médico fue convenciéndose de que el aislamiento social y la pérdida de actividades interesantes que se derivaban de su constante vértigo, constituían un sufrimiento insoportable para la mujer. Había vivido una vida psíquica muy rica y autónoma y ahora había terminado en un estado de dependencia que le producía mucha angustia, con peligros de caídas, aislamiento y la perspectiva de un mayor deterioro.
Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Según la comisión, también se cumplían los demás requisitos de diligencia y cuidado.

AUSENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

La falta de otra solución razonable debe contemplarse en relación con la ausencia de perspectivas de mejora y se explica detalladamente en el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 24 y siguiente

Un médico debe llegar conjuntamente con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra. De hecho, si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento del paciente o de reducirlo considerablemente, debe darse preferencia a esas opciones. En el siguiente caso únicamente existían tratamientos experimentales para una paciente joven, con un pasado psiquiátrico muy extenso. La comisión dictaminó que no existía ninguna otra solución razonable.

CASO 2017-08

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-08 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); ausencia de otra solución razonable

Este caso se refiere a una mujer de entre 18 y 30 años de edad, con un historial psiquiátrico previo muy amplio, que incluye síntomas de larga duración de grave tristeza (depresión) complicados por un trastorno alimenticio crónico y una personalidad caracterizada por pensamientos compulsivos. El trastorno alimenticio causó diversos problemas físicos, como desnutrición, debilitamiento, cansancio y descalcificación ósea. Además, padecía una enfermedad hereditaria que impedía la correcta formación de tejido conjuntivo, que le afectaba sobre todo a las articulaciones y la piel. La mujer estaba prisionera entre sus rituales alimenticios y una tristeza intratable. Tenía la sensación de que había fallecido cinco años antes: desde entonces, solo se sentía como una cáscara vacía. Según sus propias palabras, el vacío lo "llenaba" con el trastorno alimenticio. No tenía interés por nada y carecía prácticamente de cualquier energía para hacer nada. La mayor parte de su tiempo lo ocupaban sus rituales de comida y vómitos. Además, también desempeñaba un papel el deterioro físico; estaba desnutrida, cansada y mareada. Y aunque tenía talento en el terreno creativo y le interesaba, por ejemplo, el cuidado de los animales, no tenía prácticamente ocasión de dedicarse a esas aficiones por sus rituales de comida y los efectos negativos que dichos rituales tenían en su salud. Su estado físico se deterioró muy rápidamente al final. Según ella, lo que más le hacía sufrir era la depresión.
La mujer había sido tratada por sus depresiones en hospitales y en casa, con todo tipo de medicación disponible, terapia conversacional, terapia electroconvulsiva (TEC: con la paciente anestesiada, se colocan adhesivos en la cabeza para enviar estímulos de corriente eléctrica por su cerebro). El trastorno alimenticio fue tratado de forma intensiva en

clínicas especializadas. La mujer participó activamente en todos los tratamientos ofrecidos. Los tratamientos tuvieron un efecto positivo temporal en los trastornos alimenticios y la depresión. No obstante, ambos tipos de síntomas regresaban nuevamente con rapidez después del tratamiento o el ingreso. No existía curación posible. La mujer solo disponía ya de tratamientos experimentales. Por consiguiente, a pesar de su juventud, ya no existían otras opciones reales de tratamiento.

Unos cuatro meses antes de la terminación de la vida, la médica consultó con un psiquiatra independiente para evaluar si el sufrimiento era insoportable y las eventuales alternativas de tratamiento.

Dicho psiquiatra independiente constató, al igual que lo habían hecho anteriormente otros terapeutas, que la mujer tenía graves disfuncionalidades en todos los aspectos de la vida; que sufría un estado de desesperanza y de ausencia de perspectivas de mejora, que había suscitado su deseo coherente de morir. De hecho, la depresión no reaccionaba a los tratamientos conforme a los protocolos existentes y en opinión del psiquiatra independiente, era una señal de una vulnerabilidad genética.

También el asesor opinaba que el sufrimiento de la mujer era insoportable y sin perspectivas de mejora. Vio a una mujer joven, con una enfermedad psiquiátrica muy grave. Había intentado de todo para mejorar su salud psíquica, pero todo fue en vano. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión consideró lo siguiente con relación a la existencia de otra solución razonable: desde su temprana juventud, la paciente había sido tratada exhaustivamente tanto para su trastorno alimenticio como para su depresión. A pesar de su juventud, ya no existían otras opciones de tratamiento. El asesor y el psiquiatra independiente confirmaron el dictamen de la médica en el sentido de que continuar con el tratamiento no conllevaría ninguna mejora estructural y que no quedaba ninguna alternativa real de tratamiento para la paciente. Según la comisión, también se cumplían los demás requisitos de diligencia y cuidado.

DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

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

La eutanasia debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma inducido por el médico. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las CRV aplican como guía la directriz de 2012 de la KNMG/KNMP "*Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*" (directriz sobre práctica de la eutanasia y la suicidio asistido, en lo sucesivo: la directriz). El siguiente caso deja claro que desviarse de la directriz no siempre significa que no se cumpla el requisito de la diligencia de la práctica médica.

CASO 2017-82

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-82 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); no se administra bloqueador neuromuscular si el paciente ya ha fallecido

El médico llevó a cabo la terminación de la vida mediante la administración de 2.000 mg de tiopental. El paciente falleció prácticamente de forma instantánea. Como el médico constató que el paciente había fallecido, no administró ningún bloqueador neuromuscular.

La comisión evaluó que la eutanasia se había llevado a cabo con la diligencia y el cuidado debidos.

2.3 Casos relativos a personas con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez

ENFERMEDAD MENTAL

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

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

CASO 2017-42

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-42 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); cuidado especial en el caso de un paciente con una enfermedad mental

Un hombre de entre 60 y 70 años de edad, padecía un trastorno del estado de ánimo desde los últimos años de la adolescencia. En su juventud, estuvo ingresado en instituciones durante largos periodos de tiempo. También fue sometido a un amplio tratamiento en su domicilio. Se probaron muchas terapias con medicamentos, que o bien no tenían éxito o tenían demasiados efectos adversos. Cinco años antes del fallecimiento, el hombre fue internado después de un intento de suicidio y fue sometido a TEC (terapia electroconvulsiva: con el paciente anestesiado, se colocan adhesivos en la cabeza para enviar estímulos de corriente eléctrica por su cerebro). Después de diez de los doce tratamientos planeados, indicó que quería parar porque no experimentaba ninguna mejoría. Ya no se le podía motivar para someterse a otros tratamientos; el hombre había colaborado durante años en todos los tratamientos, sin que le hubieran producido ninguna mejoría.
El sufrimiento del hombre constaba de la presencia continuada de miedos. Pasaba prácticamente todo el día en su habitación y en el balcón y solo se atrevía a salir a la calle por las noches. Cuando salía al exterior, sufría de sospechas (paranoides) y delirios de influencia (los eventos cotidianos o casuales se explican siempre con relación a uno mismo).

Todo ello le llevó al aislamiento social. Además, el hombre tenía una incapacidad estructural para adaptarse a situaciones irremediablemente cambiantes y dar a su vida algún contenido. El hombre nunca pudo acostumbrarse a su mudanza a un entorno protegido y al final de su trabajo en la agencia de trabajo social. Además, la perspectiva de que cada vez sería más dependiente del cuidado de otros, que a su vez exigiría mucho más de su capacidad de adaptación social, era para él intolerable. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el paciente y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.

El médico consultó con un psiquiatra independiente alrededor de un mes y medio antes del fallecimiento. Preguntó al psiquiatra independiente qué diagnóstico podía ofrecer y si era igual al que se podía encontrar en la documentación del paciente, y si todavía existían opciones de tratamiento para el paciente. El psiquiatra independiente concluyó que el diagnóstico principal, un trastorno esquizoafectivo, era correcto y que, en ese marco, también existían algunas características psicóticas crónicas (estado en el que el contacto de una persona con la realidad está gravemente perturbado, como ver imágenes u oír voces que no existen). Según el psiquiatra independiente, todavía existían posibilidades de tratamiento, pero dado el historial previo del paciente, tenían pocas probabilidades de éxito y, en consecuencia, el pronóstico era malo. El psiquiatra consideró al hombre capaz de expresar su voluntad con relación a su petición de terminación de la vida. El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor también consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión consideró que en el caso de una enfermedad psiquiátrica, debía actuarse con sumo cuidado en una petición de eutanasia. En opinión de la comisión, el médico y el psiquiatra habían actuado con dicho cuidado en el caso presente. El médico consultó con un psiquiatra independiente, además del médico SCEN independiente. El psiquiatra consideró que el paciente tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de terminación de la vida y que las alternativas disponibles para aliviar el sufrimiento no funcionarían con ese hombre. La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente y de que su sufrimiento era insoportable y sin perspectivas de mejora. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

DEMENCIA

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

Cuando hablamos de demencia y eutanasia, se hace una distinción entre eutanasia en un paciente con demencia en fases iniciales (esto es: la fase en la que el paciente todavía suele darse cuenta de su enfermedad y los síntomas, como pérdida de orientación y personalidad) y eutanasia en un paciente con demencia avanzada, en la cual existen dudas sobre si el paciente todavía tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de eutanasia; y la eutanasia en un paciente cuyo proceso de demencia está tan avanzado que ya no puede pedir la eutanasia. En una situación como la mencionada en último lugar, una declaración escrita de voluntad puede sustituir a la petición concreta.

CASO 2017-06

(no incluido)

CASO 2017-14
DEMENCIA AVANZADA

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-14 en el sitio web

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

PUNTO DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); desacuerdo entre los especialistas consultados

Una mujer de entre 80 y 90 años de edad fue diagnosticada con un síndrome de demencia tres años antes del fallecimiento, concretamente la enfermedad de Alzheimer. Es una enfermedad incurable. La mujer recibió asesoramiento y apoyo de un asistente fijo, y fue ingresada en una residencia para asistidos. En el último periodo anterior al fallecimiento, la demencia había avanzado hasta tal punto que se consideró necesario su ingreso en un departamento psicogeriátrico cerrado. La mujer no quería dicho ingreso bajo ningún concepto y amenazaba con saltar por la ventana si se producía.
Su sufrimiento constaba de pérdida de memoria y pérdida de conciencia sobre el mundo que la rodeaba. Sufría enormemente por la perspectiva de ser ingresada en una unidad de régimen cerrado y perder de esa forma su autonomía. Dicha perspectiva le produjo un aumento de sus miedos y su irritabilidad. Asociaba el ingreso en una unidad de régimen cerrado con sus experiencias traumáticas durante la guerra, y no quería perder su libertad. El ingreso en una unidad de ese tipo era para ella un límite insuperable. En ese caso, su deseo era dejar de vivir, teniendo en cuenta también sus experiencias con familiares con demencia.
La mujer redactó por primera vez una declaración de voluntad por escrito unos veinte años antes del fallecimiento. Dos años antes del

fallecimiento, redactó una nueva declaración escrita de voluntad que, además de su deterioro físico, también trataba su deterioro psíquico. El médico constató, partiendo de sus conversaciones con la mujer, que su negativa a ser ingresada en una unidad de régimen cerrado era muy firme y que también era muy firme sobre su deseo de someterse a eutanasia. También había sabido por la directora de atención del departamento en el que permanecía la mujer, que dos años antes, en el momento de su ingreso, la mujer ya había indicado que nunca quería ser ingresada en una unidad de régimen cerrado. La paciente lo había comentado posteriormente con regularidad con ella.
A petición del médico, un especialista independiente en medicina geriátrica examinó a la mujer alrededor de un mes antes del fallecimiento, para evaluar su capacidad de expresar la voluntad. Según el especialista en medicina geriátrica, la mujer no parecía conocer su propia enfermedad (proceso clínico) y limitaciones. Parecía no tener idea de lo que pasaba ni de la situación en que se encontraba. Consideró que no tenía capacidad de expresar la voluntad para evaluar cuestiones complejas y adoptar decisiones al respecto.
El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente, que también era psiquiatra de personas mayores). Según el asesor, existía un trastorno psicótico o del estado de ánimo y, en parte debido a las experiencias traumáticas sufridas durante la guerra, la mujer tenía una enorme necesidad de control y autonomía. Ya no podía comprender la complejidad de su situación. No obstante, sí que podía indicar claramente (cuando se le explicaba con tranquilidad) que quería conservar su libertad; que no quería ser ingresada en una unidad de régimen cerrado; y que no quería sufrir un mayor deterioro. Según el asesor, comprendía suficientemente estas cuestiones y era consecuente en sus respuestas. El asesor consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición de eutanasia, y que dicha petición era voluntaria y bien meditada.

La comisión considera que en el caso de pacientes que se encuentran en un proceso de demencia, debe tratarse con un gran cuidado una petición de terminación de la vida. Puede existir la duda de si un paciente que padece demencia tiene capacidad de expresar la voluntad y si la petición de un paciente de este tipo es voluntaria y bien meditada (teniendo en cuenta la naturaleza de su enfermedad). También se puede plantear la duda de si existe un sufrimiento insoportable. La comisión opina que el médico actuó con suficiente cuidado en este caso. El médico consultó con un especialista en medicina geriátrica y con un asesor que trabajaba como psiquiatra para personas mayores. Ambos emitieron un dictamen sobre la capacidad de expresar la voluntad de la paciente. El especialista en medicina geriátrica no la consideró capaz de expresar la voluntad para adoptar decisiones en cuestiones complejas. Por el contrario,

el asesor opinaba que sí que tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de eutanasia. Teniendo en cuenta la extensa motivación del punto de vista del asesor, frente a la motivación más breve del especialista en medicina geriátrica, y teniendo en cuenta las conversaciones que el propio médico había mantenido con la paciente, la comisión dictaminó que podía considerar más convincente la visión del médico y el asesor/psiquiatra para personas mayores, y que podía llegar razonablemente a la conclusión de que la paciente tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición.
La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente y de que su sufrimiento era insoportable y sin perspectivas de mejora. También se cumplían los demás requisitos de diligencia y cuidado.

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

Véase en este marco el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 21 y siguientes y p. 51

Si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, (como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas.

La suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan son las que pueden ocasionar un sufrimiento que, 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. A continuación se consignan dos de este tipo de casos.

CASO 2017-38

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-38 en el sitio web.

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); el asesor ofrece un dictamen negativo, el médico lleva a cabo la eutanasia.

Una mujer de entre 80 y 90 años de edad sufría un grave estado de cansancio generalizado, desgaste en varias articulaciones y descalcificación ósea. Como consecuencia de ello, medio año antes del fallecimiento sufrió una rotura de la rótula por una caída. Además, la paciente sufría de sordera ocasionada por la edad (totalmente sorda del oído derecho y un 40% de audición en el oído izquierdo). También se sometió dos veces a una operación de cataratas. Finalmente, se quedó ciega del ojo izquierdo y con el ojo derecho tenía una visibilidad reducida. También sufría alteraciones cognitivas leves. Después de su caída, la paciente se recuperó en un hospital y regresó a su domicilio cuando pudo volver a subir una escalera. Su estado era de fragilidad creciente, sobre todo después de dicho trayecto. Su médico de familia, el médico especialista en geriatría que la trató durante su recuperación y el médico geriatra independiente consultado opinaron que los síntomas de la paciente ya no iban a mejorar.
El sufrimiento de la mujer constaba de un intenso cansancio, pérdida creciente de la audición, pérdida de la visión, mareos y dolor cotidiano en casi todas las articulaciones. También adelgazó considerablemente. Su situación era de fragilidad. Caminaba muy mal y titubeante. Le daba mucho miedo caerse, pero se negaba a usar un andador. Consideraba

que era una pérdida de dignidad. Su pérdida de audición era un obstáculo para sus contactos sociales y, debido a su deterioro cognitivo, tampoco podía dedicarse a sus aficiones, tal y como solía. De esta forma tenía pocas ocupaciones que la satisficieran o pudieran mantener su autoestima. La paciente, que siempre había sido una mujer muy independiente, sufría enormemente por no poder ser quien siempre había sido. Sobre todo sufría por la amenaza de un aumento de la dependencia de los demás. Había experimentado la situación cuando se rompió la rótula. Experimentó el ingreso y la recuperación como algo horrible. No quería pasar por un deterioro mayor. Quería que su vida terminara. 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.

La médica y el médico de familia encargaron de común acuerdo que la examinaran, entre otros, un cirujano vascular, un reumatólogo y un otorrino. La médica también consultó con un geriatra clínico independiente. Este último sospechaba que se trataba más de una problemática de "vida agotada" con una posible depresión que aumentaba el sufrimiento. Por consejo de dicho geriatra, la mujer tomó durante un tiempo antidepresivos para mejorar su estado de ánimo. Los antidepresivos no dieron ningún resultado positivo y causaron demasiados efectos adversos. La mujer no se consideraba deprimida. Se intentó trasladarla a un entorno vital más protegido. Era algo que ella rechazaba de plano. Ninguno de los médicos implicados veía alternativas reales de tratamiento.
El médico SCEN consultado sí que constató que la mujer cada vez perdía más capacidades y se enfrentaba a problemas muy graves, pero opinó que se trataba más de una sensación de "vida agotada", debido a las limitaciones que experimentaba, que de un sufrimiento insoportable. Opinaba que dentro de un plazo relativamente corto surgirían otros problemas médicos que podrían llevar a que existiese un sufrimiento insoportable (que él podría entender). Pero en el momento presente, todavía no comprendía que existía un sufrimiento insoportable. En consecuencia, el asesor concluyó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.
A raíz del asesoramiento negativo del asesor, la médica escribió en el modelo de informe que inicialmente la había despistado la apariencia relativamente juvenil de esta paciente de casi 90 años, su casa bien cuidada y su fluida conversación. La paciente siempre intentaba guardar las apariencias. Se necesitaron muchas conversaciones antes de que la médica se convenciera de que la mujer sufría de forma insoportable. El fundamento médico era cada vez más evidente, a medida que transcurría el tiempo. Su fragilidad y su cansancio desempeñaban un papel cada vez

más importante. El asesor solo habló una vez con la mujer y comparó su sufrimiento insoportable con el sufrimiento de otras personas muy ancianas, sin tener en cuenta la personalidad específica de esta mujer. La médica habló detenidamente con el asesor. La médica comprendía el razonamiento del asesor pero no consideraba justo para la mujer tener que esperar a que se produjera un mayor sufrimiento físico por un infarto cerebral o algo similar.
La médica decidió no consultar a un segundo asesor porque ya había tenido lugar una consulta y porque estaba segura de que podía fundamentar suficientemente su convicción y la diferencia de opinión con el asesor. La médica considero también que un segundo asesor posiblemente tampoco pudiera atravesar la fachada que aparentaba la paciente. La propia médica estaba convencida de que la mujer sufría de forma insoportable por una combinación de enfermedades con un fundamento médico claro y de que, debido a su personalidad, no podía enfrentarse mejor a ellas.

La comisión consideró que la médica se dejó guiar por la petición bien fundamentada de la paciente y por la convicción adquirida a lo largo del tiempo de que realmente existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Un médico puede diferir del asesoramiento del asesor y llevar a cabo la eutanasia. Según la WTL, el médico es responsable, pero deberá motivar correctamente por qué difiere de la evaluación del asesor. La comisión opinó que la médica motivó ampliamente y de forma convincente en sus informes por qué había llegado al convencimiento de que para la paciente el sufrimiento era insoportable y sin perspectivas de mejora, y de que no había otras posibilidades razonables de aliviar el sufrimiento. Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictamina que la médica ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2017-19

(no incluido)

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

Los dictámenes en los que las CRV resuelven que el médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado son siempre mucho más amplios que los dictámenes restantes. Esto se debe a que un dictamen de este tipo no se emite sin dar oportunidad al médico de ofrecer una explicación verbal. En el año descrito en este informe, las CRV solo llegaron en doce casos al dictamen de que el médico, al aplicar la eutanasia/suicidio asistido, no había actuado conforme a todos los requisitos de diligencia y cuidado. A continuación se tratan once dictámenes en el orden en que la ley menciona los requisitos de diligencia y cuidado.

NO SE HA ACTUADO CONFORME A LOS REQUISITOS DE UNA PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA Y UN SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

Véase para una petición voluntaria y bien meditada el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 17 y siguientes, y para el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, p. 20 y siguientes

Puede surgir una situación problemática si un paciente entra en coma o disminuye notablemente su estado de consciencia antes del momento planeado para llevar a cabo la eutanasia. Cuando el paciente, como sucede en el siguiente caso, entra espontáneamente en una situación de disminución del estado de consciencia irreversible, si existen señales de (posible) sufrimiento, el médico puede llevar a cabo la eutanasia. Si no existen señales de (posible) sufrimiento, no es posible la eutanasia. Si el paciente se encuentra en una situación de este tipo antes de que lo haya visto el asesor, este deberá basar su dictamen sobre la petición en información de otros (médico, declaración de voluntad, historial médico, etc.). El asesor deberá basar su dictamen sobre el sufrimiento del paciente en su propia observación, el historial médico y la información verbal de otros. El siguiente caso trata esta difícil situación.

CASO 2017-73

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-73 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); petición voluntaria y bien meditada; declaración de voluntad; sufrimiento insoportable

A principios de marzo de 2017, una mujer de entre 70 y 80 años de edad fue diagnosticada con cáncer de páncreas con metástasis. No existía curación posible. El tratamiento era únicamente de naturaleza paliativa (centrado en mejorar la calidad de vida). El sufrimiento de la mujer constaba de un cansancio grave, dependencia creciente y

confinamiento en la cama. Tenía siempre náuseas y ya no podía comer y beber bien. La mujer, cuyo esposo había fallecido recientemente, sufría por el rápido deterioro y 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.

En el otoño de 2016, la mujer habló con el médico sobre eutanasia, conjuntamente con su esposo enfermo. En dicha conversación, ambos habían indicado que en caso de sufrir un dolor insoportable, estar confinados en la cama, si no tenían calidad de vida y el fallecimiento era previsible dentro de un plazo breve, no querían someterse a ningún otro tratamiento que la sedación o la eutanasia. A principios de enero de 2017, la mujer confirmó ese deseo. Tras conocer el diagnóstico, habló varias veces con el médico sobre eutanasia. Más de dos semanas antes del fallecimiento, le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. También repitió posteriormente su petición.

Dos días antes de llevarse a cabo la terminación de la vida, la mujer entró en coma por un grave infarto cerebral. En la tarde anterior a la terminación de la vida y poco antes de que se llevase a cabo dicha terminación, la mujer tuvo unos momentos de mayor consciencia. Entonces, el médico le pregunto si realmente deseaba la eutanasia y ella respondió apretando la mano del médico y con un leve asentimiento. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. Para el médico estaba claro que en esos momentos la paciente estaba sufriendo: tenía dolores, se quejaba y lloraba.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor visitó a la mujer un día antes de la terminación de la vida. El asesor constató que la mujer reaccionaba cuando le hablaban, pero que en su opinión no podía contestar a preguntas. Según el asesor, la mujer no parecía sentir dolor y en ese momento no existía enfisema o incomodidad. La existencia de un sufrimiento insoportable (aunque, según el asesor, ya no podía comprobarse) constaba de la pérdida de autonomía y el confinamiento en la cama. En su informe, el asesor llegó a la conclusión (en parte basándose en las anotaciones del diario de la paciente, en conversaciones con el médico y los hijos de la paciente) que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Tras estudiar los datos de la notificación y después de una posterior explicación del médico, la comisión tenía preguntas adicionales sobre la voluntad de la paciente, su sufrimiento insoportable y su grado de consciencia un día antes del fallecimiento. El médico explicó los antecedentes de la mujer y su deseo de eutanasia. La paciente se encontraba en una situación turbulenta: su esposo, que padecía de cáncer, había fallecido hacía varios meses mediante la eutanasia. Poco después se le diagnosticó a ella cáncer de páncreas con metástasis. En varias conversaciones que mantuvo el médico con la paciente, ella indicó

que también deseaba someterse a la eutanasia. Ella y sus hijos vivieron la eutanasia de su esposo como un proceso bello, que les permitió despedirse y estar todos presentes. Según el médico, la paciente no quería perder su autonomía. No quería quedar confinada a la cama, sufrir un dolor insoportable o dificultades respiratorias (enfisema). El procedimiento de eutanasia todavía no había comenzado de hecho, pero sí que era la intención llevarlo a cabo.
Anteriormente la paciente comentó que iba a redactar una declaración de voluntad. Al parecer, la declaración se redactó digitalmente pero, debido a las circunstancias (mudanza urgente de su hijo, posiblemente en el ordenador del esposo fallecido) no pudo presentarse. Según los hijos, la declaración de voluntad existía. Después de sufrir el infarto cerebral, la mujer ya no podía expresar con palabras su deseo de eutanasia. Los hijos de la paciente querían que el médico accediera a su deseo de eutanasia. El médico explicó que entonces consideró la sedación paliativa y la comentó con la familia. Dado que el fallecimiento no podía preverse, y el proceso podía durar días o incluso una semana, la familia no aceptó esta opción. Indicaron que la paciente nunca lo hubiera querido así. Por lo que se refiere a la confirmación del deseo de eutanasia la noche antes de llevarse a cabo, el médico es consciente de que las señales no verbales son una cuestión de interpretación. No obstante, opinaba que partiendo de esas señales pudo llegar a la conclusión de que la mujer realmente quería la eutanasia. El médico indicó además que la paciente sudaba y hacía muecas. Estaba convencido de que la paciente sufría de forma insoportable y tenía dolores.

La comisión considera que el paciente se encontraba en un estado de disminución del estado de consciencia antes de que se hubiera puesto en marcha el procedimiento de eutanasia entre el médico y la paciente. Para poder llevar a cabo la eutanasia, en una situación así es necesario en cualquier caso que exista una declaración escrita de voluntad redactada por el paciente. También deben existir señales de posible sufrimiento y el asesor debe ver al paciente (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 48).
Del informe del médico, la comisión constata que no se ha presentado ninguna declaración escrita de voluntad. Asimismo, la comisión constata que el asesor consultado por el médico vio a la paciente. Pero el consultor indicó que la paciente no podía expresar en palabras su deseo de eutanasia, que no podía contestar a preguntas y que parecía no sufrir dolor. Las constataciones del asesor en relación con el estado de la paciente no coinciden con las del médico. La comisión comprende la existencia de esta diferencia en observación del asesor y el médico, dado el nivel cambiante de consciencia de la paciente.
Por lo que se refiere a la comunicación entre el médico y la paciente previamente a la eutanasia, en la conversación se ha constatado que la interpretación de dicha comunicación no fue acordada de antemano,

tampoco como introducción a la pregunta planteada. Por consiguiente, la comisión concluye que los gestos de asentimiento y apretar la mano en esta situación específica no son suficientes para calificarlos de confirmación del deseo de eutanasia de la paciente. Sobre todo, porque no existe una declaración de voluntad subyacente.
Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictamina que el médico no pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente. Asimismo, la comisión dictamina que el convencimiento del médico de que la paciente sufría de forma insoportable no está suficientemente motivado con hechos o circunstancias que tuvieron lugar en el periodo inmediatamente anterior a la eutanasia.
El médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO

Véanse los puntos de atención sobre la declaración escrita de voluntad en el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 36 y siguientes

Una declaración escrita de voluntad puede sustituir una petición verbal (artículo 2, párrafo 2 de la WTL). En ese caso, "se aplicarán por analogía" el resto de los requisitos de diligencia y cuidado. Es importante que el paciente indique con la mayor claridad posible en la declaración de voluntad en qué circunstancias concretas debe darse curso a su petición. Debe tratarse de circunstancias en las que pueda hablarse de un sufrimiento que el paciente experimenta como insoportable. En el presente caso, la comisión tenía preguntas sobre ambos requisitos.

CASO 2017-103

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-103 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); declaración de voluntad; sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora

Una mujer de entre 60 y 70 años de edad padecía desde 2007 pérdidas de memoria, tristeza y pánico. Cada vez se encerró más en sí misma. En 2010 se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer. Su enfermedad era de evolución progresiva. A finales de 2013, la mujer fue ingresada en una residencia para asistidos, donde permaneció en una unidad asistida de pequeñas dimensiones, porque ya no podía arreglarse en casa. En ese momento, ya no tenía conocimiento de su situación. La mujer siempre había dicho a su familia que no quería ser ingresada en una residencia asistida. El último semestre antes de su fallecimiento, su estado se deterioró rápidamente.
Según el médico, el sufrimiento de la mujer se expresaba regularmente mediante gritos intranquilos y alaridos. Una consecuencia de ello fue, entre otras, que no pudo permanecer en el grupo. La mujer solía resistirse y se oponía a cualquier acto normal de la vida cotidiana, también cada vez que debían cambiarla, porque sufría incontinencia de orina y heces. La mujer se encontraba confinada a una silla de ruedas.

En consecuencia, no podía apartarse de situaciones que ella consideraba desagradables. Cada vez estaba más atrapada dentro de su cuerpo.
La mujer solo podía estar sentada en una silla, ya no podía ni siquiera comer ella sola. No siempre permitía que se le acercasen otras personas. También experimentaba episodios frecuentes de enfado, que suponían un gran problema para su atención: la paciente pegaba, se retorcía, daba patadas, agarraba y no soltaba. Tenía episodios de llanto y de mucho enfado.
Según el médico, la paciente padecía un "sufrimiento fundamental

generalizado". El médico, al igual que la familia y los cuidadores, estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer, partiendo de las expresiones no verbales de la paciente, y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.
Según los hijos de la mujer, su primera reacción tras conocer el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer fue: "No, eso no es lo que quiero". Habían hablado frecuentemente con ella sobre demencia, porque varios familiares con demencia habían terminado ingresados en residencias asistidas. Su madre lo habría considerado horrible. Siempre había dicho que, si se encontrara en un estado de demencia y debía ser ingresada en una residencia asistida, no quería seguir. En ese caso prefería morir. La mujer había hablado anteriormente de eutanasia con su médico de familia, que la trató hasta su internamiento en la residencia para asistidos en 2013. En 2011 redactó una declaración de voluntad y se la entregó al médico de familia. En ese momento, la paciente todavía tenía capacidad de expresar la voluntad. En su declaración de voluntad, la mujer indicó entre otras cosas: *[…] que quiero evitarme en todo momento el sufrimiento insoportable, tanto físico como mental. Si se me diagnostica demencia (Alzheimer) y EPOC, mi sufrimiento mental y físico pueden conllevar que me encuentre en una situación para mí insoportable. A través de esta declaración de voluntad, quiero dejar constancia de que no deseo continuar. Tengo capacidad para dejar constancia de ello en este momento. Si mi bienestar mental se deteriora de la forma mencionada, quiero que se implique a mi especialista […], para que ratifique mi declaración de voluntad. […] Rechazo totalmente un ingreso en una residencia asistida. En ese caso, quiero que se lleve a cabo la eutanasia activa. Considero importante poder morir de una forma que yo considere digna y que se cumplan los puntos anteriores, confío que pueda llevarse a cabo.*

Al entregar su declaración de voluntad en 2011, la mujer pidió directamente al médico de familia que llevase a cabo la terminación de la vida. No obstante, el médico de familia no quiso acceder a dicha petición. Posteriormente, la mujer se encerró cada vez más en sí misma y su familia tenía dificultades para llegar hasta ella. No volvió a considerarse tratar la cuestión nuevamente, porque el médico de familia había sido muy categórico en su negativa.
Durante su estancia en la residencia para asistidos, los hijos decidieron comentar su deseo de eutanasia con el médico de familia vinculado a la residencia. Dicho médico de familia acudió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (*Stichting Levenseindekliniek*: SLK) para una segunda opinión, unos cuatro meses antes del fallecimiento. Como el médico de familia no quería encargarse de llevar a cabo la eutanasia, la médica de la SLK fue quien continuó con la paciente. Visitó a la mujer en

otras cuatro ocasiones. La médica la observó en diversos momentos del día. También se informó detalladamente con la familia y los cuidadores.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor, un especialista en geriatría, visitó a la paciente más de un mes antes de la terminación de la vida, después de que la médica le hubiera informado detalladamente sobre la paciente y después de consultar la documentación médica relevante. El asesor concluyó que no existía un sufrimiento insoportable y que la declaración de voluntad no era suficientemente explícita. Tampoco estaba convencido de que se hubieran cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.
A raíz del resultado de la consulta con el médico SCEN, la médica consideró seriamente los argumentos del asesor, intercambió personalmente opiniones con él y retrasó la realización de la eutanasia para poder reflexionar y consultar con sus compañeros de la SLK. La médica decidió no pedir una nueva consulta con un segundo asesor, y pidió a un compañero médico de la SLK (un geriatra clínico, también médico SCEN) que observara nuevamente a la mujer. La médica indicó que lo que más necesitaba era un momento de reflexión conjunta con un compañero que también tuviera experiencia con este tipo de pacientes y del cual sabía que tenía un espíritu crítico. Dicho compañero evaluó a la paciente alrededor de semana y media antes del fallecimiento. La médica había informado al compañero verbalmente y de forma limitada sobre la paciente. El compañero concluyó que no era posible conocer sus pensamientos o sentimientos si no era a través de la interpretación de su comportamiento no verbal, un comportamiento que parecía dirigido automáticamente en gran medida por estímulos externos. No podía verse mucho de lo que sucedía por dentro. Según el compañero, en ese entorno, la paciente ofrecía una aspecto deplorable. La médica decidió llevar a cabo la eutanasia a pesar del asesoramiento negativo del médico SCEN, y la motivó entre otras cosas de la forma siguiente:

– *El grado de sufrimiento puede ser diferente en cada momento. He visto a la paciente con mayor frecuencia que el médico SCEN. Mi evaluación del sufrimiento también ha sido confirmada por las observaciones del personal que la atiende, que ha estado con la paciente con mucha mayor frecuencia, y de la familia.*
- *La ley prescribe que el médico debe llegar al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y sin perspectivas de mejora. En esta disposición, "médico" hace referencia al médico encargado del tratamiento, y no al médico SCEN. He llegado ciertamente al convencimiento de que su sufrimiento es insoportable.*
– *Al evaluar el sufrimiento, siempre son posibles diferencias de interpretación personal, que también se recogen en la literatura especializada […]*

Cuando se preguntó la forma en que la médica había determinado que

existía un sufrimiento insoportable, la médica explicó que sobre todo por lo que había visto, se había convencido de que la mujer sufría de forma insoportable. Observó a la mujer y la grabó en video y después también miró el material visual existente del cuidado de la paciente. La médica constató entre otras cosas que la paciente estaba tranquilamente tumbada en la cama y que se ponía totalmente rígida cuando los cuidadores iban a ayudarla. El enfermero de la SLK añadió también que el estado de ánimo de la mujer podía cambiar repentinamente y podía mostrar un gran enfado. La médica contestó cuando se le preguntó al respecto que había interpretado el enfado de la mujer como sufrimiento insoportable. La médica era consciente de que siempre es una cuestión de interpretación; los pacientes con demencia suelen experimentar enfado. La médica también tuvo en cuenta su historial previo para hacer su evaluación. Para evaluar el sufrimiento insoportable de la mujer, la médica también tuvo en cuenta que ella había indicado claramente que no deseaba de ningún modo ser ingresada en una residencia asistida por causa de demencia. La situación en la que se encontraba era precisamente la que ella no quería.
Según la médica, el sufrimiento de la paciente no tenía perspectivas de mejora y tampoco existía ninguna otra solución razonable. Los cuidadores eran expertos. Sabían lo que le sucedía a la paciente y lo que tenían que hacer.
La médica es consciente de que el dictamen del asesor y su propia opinión no concuerdan. Cuando se le pregunta la forma en que la médica interpreta el informe del asesor consultado por ella, la médica responde que el asesor no tuvo en cuenta la opinión de la familia y los cuidadores. La médica no está conforme con esa postura. Ellos son los que mejor conocen a la paciente. La médica indica que el asesor también habría podido optar por visitar a la mujer una segunda vez.
La médica señala que su compañero médico apoya la opinión de la médica sobre el sufrimiento insoportable de la mujer y que así se lo comunicó a ella también. Según la médica, el informe del compañero médico es totalmente claro y el fragmento “un aspecto deplorable” es suficientemente representativo. Si el compañero médico no hubiera compartido su opinión, la médica no hubiera procedido a llevar a cabo la eutanasia. La médica no veía ningún valor añadido en una nueva evaluación por un segundo asesor independiente. A la pregunta de por qué no se había accedido al deseo explícito de la mujer (tal y como había indicado en su declaración de voluntad) de implicar en el procedimiento al especialista que la trataba en el hospital para que ratificara su declaración de voluntad, la médica responde que intentó localizar al especialista que la trataba, pero que ya no trabajaba en el lugar donde había tratado a la mujer.
Con relación a una petición voluntaria y bien meditada, la comisión considera lo siguiente.

Según sus familiares, la mujer indicó inmediatamente después de conocer el diagnóstico definitivo de la enfermedad de Alzheimer, que eso no era lo que quería. También lo indicó en su declaración de voluntad. No se discute si la mujer, en el momento de redactar su declaración de voluntad, estaba en condiciones de valorar razonablemente sus intereses. Sí que se puede plantear la pregunta de si dicha declaración sigue estando íntegramente vigente, dado que tiene ya varios años y no ha sido confirmada recientemente por escrito o verbalmente. Tal y como se indica en el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 36, la WTL no exige que una vez redactada una declaración escrita de voluntad, esta tenga un determinado periodo de vigencia o deba ser actualizada con cierta regularidad. No obstante, cuanto más antigua sea la declaración de voluntad, más dudas pueden existir sobre si dicha declaración sigue reflejando lo que quiere realmente el paciente.
La pregunta que debemos responder, entre otras, es si dado que la paciente no volvió a confirmar su declaración de voluntad, ni por escrito ni verbalmente, después de habérsela entregado a su médico de familia en 2011, las circunstancias consignadas en la declaración de voluntad están descritas con suficiente concreción para poder hablar de una petición voluntaria y bien meditada. En el Código sobre la Eutanasia 2018 se indica en este contexto (p. 43) que llevar a cabo una petición de eutanasia 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 ni puede comunicarse (o únicamente con expresiones o gestos simples) es posible en casos en los que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad. Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación actual. El médico y el asesor deberán tener en cuenta en sus consideraciones todo el cuadro clínico y todas las circunstancias específicas del caso. Se trata de interpretar el comportamiento y las expresiones del paciente, tanto durante la duración de su enfermedad como poco antes de llevar a cabo la eutanasia. En ese momento, debe ser patente que llevar a cabo la eutanasia es acorde con la anterior declaración de voluntad por escrito y que no existe ninguna contraindicación (como signos claros del paciente indicando que no quiere la terminación de la vida).

La comisión constata que la paciente, en su declaración de voluntad, indicó que quería evitarse en todo momento el sufrimiento insoportable tanto físico como mental, que deseaba la eutanasia en el momento en que tuviera que ser ingresada en una residencia asistida. Y también que deseaba morir de forma digna. La comisión reconoce que pueden existir diferencias de interpretación sobre la medida de detalle y concreción de las circunstancias descritas en la declaración de voluntad, bajo las cuales un paciente desea la eutanasia y que también pueden existir opiniones

diferentes sobre la cuestión de si la declaración de voluntad en este caso era suficientemente clara. No obstante, lo que la comisión tiene en cuenta principalmente para decidir si existe una petición voluntaria y bien meditada es el hecho de que la declaración de voluntad de 2011 no fue posteriormente confirmada por la paciente durante el transcurso de su ingreso en la residencia asistida, ni a los familiares ni al entonces médico de familia y especialista, y también que la médica nunca comentó con la paciente su deseo de eutanasia. La comisión considera que el contenido de la declaración de voluntad, teniendo en cuenta todas las circunstancias, es insuficiente para servir de base para que el médico pueda constatar razonablemente que expresa el deseo permanente de la paciente hasta el momento en que perdió su capacidad de expresar la voluntad. También desempeña un papel que la médica no se pusiera en contacto con el anterior médico de familia y especialista de la paciente, para formarse una idea de la voluntad de la paciente. Por consiguiente, la comisión dictamina que la médica no pudo constatar razonablemente que, en este caso, existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente, tal y como se describe en el artículo 2, párrafo 2 de la WTL.

Con relación al requisito de diligencia y cuidado que indica que el médico debe haber podido llegar al convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y de que no existe otra solución razonable, la comisión considera lo siguiente. La evaluación de la pregunta de si existía un sufrimiento que la paciente experimentaba como insoportable, tanto la médica como el asesor solo podían interpretar el comportamiento y las expresiones de la paciente, dado que carecía de capacidad para expresar su voluntad. La médica indicó que, sobre todo por lo que ella pudo ver, se había convencido de que la paciente sufría de forma insoportable. Para evaluar el sufrimiento insoportable de la paciente, la médica también tuvo en cuenta que la paciente había indicado claramente en su declaración escrita de voluntad que no deseaba de ningún modo ser ingresada en una residencia asistida.
No obstante, el asesor, partiendo de su visita a la paciente y después de estudiar las imágenes disponibles, llegó a la conclusión de que no existía sufrimiento insoportable, porque su observación y las imágenes mostraban lo contrario de lo que se afirmaba.
Dado que la médica y el asesor tenían opiniones diametralmente opuestas sobre el sufrimiento insoportable de la paciente, la comisión decidió estudiar las imágenes. La comisión opina que las imágenes no ofrecen un apoyo unívoco para fundamentar la opinión de la médica de que la paciente sufría de forma insoportable. Además, la declaración de voluntad es muy breve en su descripción del sufrimiento. El hecho de que la paciente indicara en su declaración de voluntad que deseaba la eutanasia en el momento que tuviera que ser ingresada en una

residencia asistida es insuficiente para asumir sufrimiento insoportable en este caso. Debe ser demostrable que la paciente experimenta un sufrimiento realmente insoportable, tanto durante el proceso de la enfermedad como poco antes de llevar a cabo la eutanasia. Con respecto a la consulta, la comisión considera que la médica puede hacer caso omiso de un asesoramiento negativo del asesor y puede llevar a cabo la eutanasia. Según la WTL, el médico es responsable, pero deberá motivar correctamente por qué difiere de la evaluación del asesor (*Richtlijn Goede Steun en Consultatie bij Euthanasie* (directriz sobre apoyo y asesoramiento en casos de eutanasia), de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), apartado 23[6]). En este contexto, el Código sobre la Eutanasia 2018 resalta en su p. 28 que el médico debe dar una importancia considerable al dictamen del asesor. No obstante, tampoco es tarea del asesor "autorizar" al médico. En caso de existir una diferencia de opinión entre el médico y el asesor, el médico puede decidir acceder a la petición del paciente. En ese caso, el médico debe poder explicar esa decisión a la comisión. Otra posibilidad es que, en caso de existir una diferencia de opinión entre el médico y el asesor, el médico consulte con otro asesor con conocimientos específicos sobre la problemática concreta. No obstante, en este caso la médica no veía ningún valor añadido en una nueva evaluación por un segundo asesor independiente. En su lugar, consultó con un compañero médico de la SLK. Según la comisión, dicho médico no puede ser considerado un asesor independiente en el sentido de la WTL. La médica explicó ampliamente (por escrito y verbalmente) por qué, a pesar del asesoramiento negativo del asesor, decidió llevar a cabo la eutanasia. En ese contexto, la médica indicó entre otras cosas que, según su opinión, la ley prescribe que el médico es quien debe convencerse de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente, y no el médico SCEN. La comisión señala que, en virtud del artículo 2, párrafo 2, letra 2 de la WTL, el asesor independiente consultado o el médico sí que debe emitir un dictamen sobre si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo 1, apartados a al d, de la WTL, incluido el requisito del sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. En su explicación, la médica indicó entre otras cosas que decidió proceder a la eutanasia a pesar del asesoramiento negativo del asesor, porque el compañero médico de la SLK consultado por ella compartía su opinión de que existía un sufrimiento insoportable. Si el compañero médico no hubiera compartido su opinión, la médica no hubiera procedido a llevar a cabo la eutanasia. No obstante, la comisión cree que, además de que este compañero médico no puede ser considerado un asesor independiente, el informe redactado

6 Puede consultarse a través de http://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consul-www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consultatie-bij-euthanasie.htm.

por ese compañero médico es muy conciso y que no fundamenta suficientemente por qué ese compañero médico opina que existe un sufrimiento que la paciente considera insoportable.

La comisión opina que la médica no ha motivado suficientemente por qué el comportamiento observado en la paciente puede considerarse un sufrimiento insoportable.
La médica ha indicado que consideraba que los cuidadores eran profesionales, que sabían lo que le pasaba a la paciente y lo que debía hacerse. Según la médica, los cuidadores no eran incapaces o menos capaces que los cuidadores de una residencia asistida normal. No obstante, la paciente fue ingresada en una institución de vivienda cerrada y protegida, en pequeña escala, de una residencia de asistidos, no en una entidad de atención especializada en el cuidado de pacientes con demencia avanzada. La problemática del cuidado de la paciente superaba el nivel de la residencia para asistidos y era de todo punto razonable insistir en el traslado a una institución especializada, equipada para cubrir las exigencias que impone el cuidado de esta paciente.
Según la comisión, también debía haberse considerado trasladar a la paciente a una forma de vivienda asistida más adecuada para ella, y que posiblemente con otro enfoque/supervisión/atención, se podría haber logrado cierta mejora de su situación.
Partiendo de las consideraciones anteriores, la comisión dictamina que la médica no pudo llegar al convencimiento de que existía sufrimiento sin perspectivas de mejora, para el cual no había otra solución razonable.

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

Véase para la ausencia de otra solución razonable, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 24 y siguientes

El sufrimiento de un paciente se considera sin perspectivas de mejora si la enfermedad o afección que ocasiona el sufrimiento es incurable y también es imposible suavizar los síntomas para que el sufrimiento no sea insoportable. Existe un sufrimiento sin perspectivas de mejora cuando faltan opciones de tratamiento reales y razonables para el paciente, centradas en la curación o en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa). La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar el sufrimiento. La pregunta de si existe otra solución razonable debe ser evaluada teniendo en cuenta el diagnóstico real.

CASO 2017-31

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-31 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO); sufrimiento sin perspectivas de mejora

Treinta años antes de su fallecimiento, se diagnosticó a una mujer de entre 80 y 90 años una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Fue tratada con inhaladores, pero sin resultado.
El último año antes de su fallecimiento, la mujer sufría cada vez más de episodios de enfisema, sobre todo con cualquier esfuerzo físico. Rechazó el tratamiento con oxígeno extra. Además, desde 2002, la mujer padecía de sordera causada por la vejez y desde 2014 no tenía apetito, tras perder el olfato y el sabor. También experimentaba limitaciones como consecuencia de la deformación de los dedos de las manos. Esto era en parte consecuencia del endurecimiento de la piel y también del engrosamiento de los tendones, que ocasionan los llamados “dedos en gatillo” (el dedo queda inmóvil por una inflamación sinovial del tendón y del tendón, se queda doblado y se endereza regularmente sin previo aviso). Las inyecciones tuvieron inicialmente un efecto favorable, pero luego dejaron de hacer efecto.
El sufrimiento de la paciente constaba de la suma de todas sus enfermedades, aunque la principal era la dificultad respiratoria (enfisema). Tenía dificultades para respirar, sobre todo al hacer cualquier esfuerzo físico, solo podía caminar distancias muy cortas y estaba siempre agotada. Además, había entrado en una situación creciente de aislamiento social. Sufría sabiendo que su situación solo iba a empeorar

en un futuro próximo. La mujer temía no poder conducir su coche, no poder seguir viviendo de forma autónoma, depender de los cuidados de otros y verse obligada a abandonar su casa en un breve plazo. Y le preocupaba enormemente. La mujer, que siempre había llevado una vida muy independiente, 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. Que no existían para la paciente otras posibilidades aceptables para mitigar el sufrimiento. Al tratar la notificación en la reunión de la comisión, se plantearon en la comisión preguntas sobre las enfermedades que padecía la mujer y que fueron motivo para su petición de suicidio asistido. La comisión también quería tratar con el médico las posibilidades que había ofrecido para mitigar el sufrimiento de la mujer, el hecho de que la mujer se mostrara prácticamente opuesta a sopesar esa opción y la reacción del médico al respecto.
El médico comunicó que la mujer padecía desde hace años una enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), y que se la trataba con inhaladores. Después de 1986 ya no se efectuó ningún examen diagnóstico. Con vistas a establecer (nuevamente) un diagnóstico y posibilidades de tratamiento, en una fase inicial de los síntomas el médico sugirió varias veces enviarla al neumólogo para que le hiciera más pruebas. La mujer rechazó esa posibilidad.
La mujer ya redactó una declaración de eutanasia en 2001 y desde 2015 había comentado con frecuencia su deseo de eutanasia con el médico y había firmado una nueva declaración de voluntad. El médico nunca se sintió obligado a acceder a su deseo. Tal y como suele hacer cuando se enfrenta a una petición de eutanasia, en esta situación también siguió buscando alternativas. Por ejemplo, habló con ella concretamente de la posibilidad de mudarse a un apartamento en su entorno directo, con todas las habitaciones en el mismo piso. Ella solo se mostró dispuesta a considerar esa posibilidad si no podía llevarse a cabo la eutanasia porque, por ejemplo, un asesor opinaba que no se habían cumplido todos los requisitos legales de diligencia y cuidado. Pero lo que prefería era la terminación de la vida. La mujer rechazó categóricamente una posibilidad alternativa de tratamiento con oxígeno extra. Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente y un sufrimiento insoportable.
Por lo que se refiere al requisito de la falta de perspectivas de mejora, la comisión considera lo siguiente.
De los documentos presentados y de la conversación con el médico, la comisión entiende que la causa principal del sufrimiento de la mujer se encontraba en los problemas respiratorios, que no podían ser tratados suficientemente. Esos problemas respiratorios la limitaban de tal forma en su libertad de movimientos y autonomía, presente y futura, que había

pedido al médico la eutanasia en repetidas ocasiones. En general, la comisión espera de un médico que, cuando un paciente le solicite la eutanasia debido a un sufrimiento experimentado como insoportable, primero averigüe si la causa de ese sufrimiento ha sido constatada y tratada de forma adecuada. En el presente caso, la comisión espera también que el médico averigüe si la causa de las dificultades respiratorias está suficientemente constatada y se pregunte seguidamente si el paciente ha sido tratado de forma adecuada. La comisión ha entendido de los documentos y de la explicación adicional del médico que la mujer padecía desde hace unos treinta años de asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Partiendo de ese dato, el médico la trató con inhaladores y la supervisó dentro de la cadena de cuidado (de médicos de familia) para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El tratamiento con un dilatador de las vías respiratorias no tuvo suficiente efecto, o ninguno. En el transcurso de los años, el médico sometió a la paciente a varias pruebas de su función pulmonar. Los resultados de dichas pruebas mostraban una imagen cambiante de dificultades respiratorias, que pueden ser coherentes con asma/EPOC. La comisión ha notado que la mujer no reaccionó a la medicación que se le prescribió a raíz del diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y que sus problemas respiratorios aumentaron. Por ello, han surgido en la comisión dudas sobre si los problemas respiratorios realmente eran consecuencia de la EPOC. Es cierto que las pruebas de la función pulmonar pueden apoyar una sospecha de diagnóstico, pero son insuficientes para establecer un diagnóstico de EPOC o asma. Para ello se necesita un examen adicional a cargo de un neumólogo. Es cierto que el médico sugirió a la mujer en varias ocasiones que visitara al neumólogo, pero los dos años previos a la terminación de la vida no insistió en que se sometiera a un examen médico especializado y, en opinión de la comisión, aceptó con demasiada rapidez que la paciente rechazaba exámenes adicionales. Cuando la mujer pareció no reaccionar a la medicación prescrita durante años, lo normal hubiera sido que el médico verificara si las dificultades respiratorias podían tratarse de otra forma con el fin de que no experimentara su sufrimiento como insoportable. No obstante, el médico únicamente le hizo un electrocardiograma para ver si había algún problema cardíaco. El electrocardiograma tampoco explicaba sus problemas respiratorios.

Teniendo en cuenta toda la información obtenida, la comisión considera que el médico no investigó suficientemente la causa de las dificultades respiratorias de la paciente, no fue suficientemente crítico con relación a los resultados de las pruebas en la cadena de cuidado y consideró con demasiada ligereza que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora. Lo normal hubiera sido que el médico hubiera hecho más hincapié en la

importancia de investigar en detalle la causa de su sufrimiento. La comisión dictamina que el médico no ha actuado conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra b, de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido.

CASO 2017-79

Véase el texto íntegro del dictamen 2017-79 en el sitio web

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas; sufrimiento sin perspectivas de mejora; ausencia de alternativas razonables.

Una mujer de entre 80 y 90 años de edad sufría artrosis, que le producía dolor en las articulaciones, las extremidades y la espalda, y sufría también limitaciones en sus movimientos. Todo ello le ocasionaba rigidez, andaba con dificultad, sufría caídas y pérdida de autonomía. Además, posiblemente tenía problemas vasculares, acumulación de líquidos y dificultades respiratorias crecientes (que posiblemente provenían de problemas cardíacos o de una enfermedad pulmonar debida a una hipertensión duradera). Los síntomas habían ido apareciendo a lo largo de los años y habían aumentado progresivamente. El último año y medio anterior a su fallecimiento, la mujer se había visto cada vez más limitada por sus enfermedades. Ya no podía salir y se había caído varias veces en su casa. Si estaba un ratito haciendo cualquier cosa, debía descansar para recuperar el aliento. Debido a su mala condición física, la mujer ya no podía tener perros. Como los perros habían sido su pasión y su vida, consideraba su calidad de vida todavía peor. La mujer solo podía leer, ver un rato la televisión y solía acostarse ya por la tarde.
La mujer se negó a someterse a examen y tratamiento de especialistas. Opinaba que no tenía sentido dada su edad y su expectativa de vida. Tampoco quería ir “de mano en mano”. Como sentía que su cuerpo se iba agotando poco a poco, rechazó las ayudas para sus limitaciones de movimiento. Sus problemas cardíacos podían haber mejorado con diuréticos, pero seguiría teniendo limitaciones de movimiento.
Su sufrimiento constaba de su creciente necesidad de ayuda. Era algo que ella rechazaba de plano. Además, tenía frecuentes náuseas, dormía mal y no siempre podía aliviar su dolor. Era una mujer especial, con mucho carácter, que no apreciaba que otros se metieran en su vida. Sufría por el miedo a un mayor deterioro que la obligara a depender totalmente de la ayuda de otros. 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. Según el médico, no existían para la mujer otras posibilidades aceptables de mitigar el sufrimiento.
La mujer había hablado unos meses antes con su médico de familia sobre eutanasia. No obstante, el médico de familia consideró que se trataba de un problema de "vida agotada" y no se mostró dispuesto a acceder a la petición de eutanasia. La mujer intentó quitarse la vida. Y después acudió a la Clínica para el Final de la Vida (SLK).
La primera visita de la médica a la mujer tuvo lugar alrededor de un mes antes del fallecimiento. La mujer pidió entonces a la médica que llevara a cabo la terminación de la vida. Repitió su petición posteriormente, durante las dos siguientes visitas. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. La médica estaba convencida de que si la mujer no hubiera sufrido esas limitaciones, no hubiera pedido la eutanasia.

La comisión se preguntó cómo la médica, teniendo en cuenta el plazo relativamente corto que duró el procedimiento, pudo convencerse de que la paciente sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora.
La médica explicó que después de las tres conversaciones y de la información previa de la que disponía, contaba con suficiente información sobre el sufrimiento insoportable de la mujer. El estado en el que se encontraba y la forma en que vivía no se adaptaban a su carácter independiente. Partiendo principalmente de las limitaciones de movimiento que sufría la paciente y del impacto que tenían en su vida, la médica se había convencido de que el sufrimiento de la mujer era insoportable y sin perspectivas de mejora.
La médica indica que buscó eventuales posibilidades de tratamiento y que intentó comentarlas con ella. La mujer indicó en varias ocasiones de forma categórica que no quería ser examinada o tratada. El enfermero de la SLK añade en este marco que, para la mujer, todos los medios de ayuda suponían un obstáculo insuperable. No quería ni hablar del uso de un andador. La médica opinaba que no había alternativas de tratamiento para la mujer. Al preguntársele al respecto, la médica indicó que el dolor y los problemas respiratorios podrían haberse reducido en su caso con medicación adicional. No obstante, dado que la mujer había rechazado cualquier examen o tratamiento adicional, la médica no habló con ella sobre esta cuestión. Para la médica fue decisivo que no pudiera conseguirse ninguna mejora en la limitación de movimientos. Según la médica, la paciente tenía tales dificultades para caminar que habría perdido toda movilidad. La médica señala que también el asesor concluyó que había pocas posibilidades de tratamiento. La médica también tuvo contacto telefónico con el médico de familia de la mujer,

porque quería saber por qué el médico de familia no podía o no quería ayudarla. El médico de familia opinaba, al contrario de la médica, que se trataba de una problemática de "vida agotada". La médica es consciente de que no se realizó ningún examen adicional y defiende que es difícil cuando un paciente no quiere someterse a ningún examen o tratamiento. Pero la médica no quería abandonar a la mujer.

Con relación al requisito de diligencia y cuidado que indica que el médico debe haber podido llegar al convencimiento de que existe un sufrimiento sin perspectivas de mejora, y de que no existe otra solución razonable, la comisión considera lo siguiente. El sufrimiento de un paciente se considera sin perspectivas de mejora si la enfermedad o afección que ocasiona el sufrimiento es incurable y también es imposible suavizar los síntomas para que el sufrimiento no sea insoportable. La ausencia de perspectivas de mejora se refiere a si existe una previsión real de que los síntomas desaparezcan o mejoren de una forma distinta a la eutanasia. Debe tenerse en cuenta tanto la medida de mejora que puede alcanzarse con un tratamiento como la carga que dicho tratamiento puede conllevar para el paciente. La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar el sufrimiento. Si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento insoportable del paciente o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones. En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto de médico y paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay una salida real y razonable para el paciente, para mitigar o eliminar el sufrimiento (véase el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 25).

La comisión constata que la mujer sufría varios problemas. Ciertamente, la médica indicó que intentó comentar con la mujer las eventuales posibilidades existentes de tratamiento, pero la mujer rechazó todo tipo de tratamiento. No obstante, la comisión opina que lo normal hubiera sido que la médico, antes de acceder al deseo de eutanasia de la paciente, hubiera puesto como condición que la mujer primero hubiera probado algún tratamiento posible, que no fuera para ella gravoso o molesto. Si un paciente rechaza estudiar cualquier posible tratamiento de sus síntomas, no se puede juzgar correctamente que no existan perspectivas de mejora, sobre todo una médica que conoce a la paciente desde hace poco. Es de una importancia esencial seguir considerando cuidadosamente las alternativas para la eutanasia. En este caso, no se estudiaron suficientemente esas posibles alternativas.

El dolor y los problemas respiratorios que sufría la mujer podían haber sido reducidos con medicación, con lo cual podía haber experimentado alguna mejora en su limitación de movimientos. Si con el paso del tiempo hubiera quedado patente que, a pesar del tratamiento aplicado, no se había producido suficiente mejora en la situación de la paciente, la médica podía haber procedido a llevar a cabo la eutanasia. La comisión considera además que aunque no es un requisito legal que el médico tenga una relación con el paciente, un médico no encargado del tratamiento deberá demostrar que se ha tomado suficiente tiempo para estudiar a fondo la situación del paciente, en relación con los requisitos legales (véase en ese marco el Código sobre la Eutanasia, p. 16). En este caso, la médica llegó en un breve plazo de tiempo a la conclusión de que no existía ninguna otra solución razonable. La médica no estudió suficientemente si existían otras alternativas razonables distintas de la eutanasia para mitigar los síntomas de la paciente (con lo cual el sufrimiento hubiera podido ser soportable). La comisión opina también que la médica no pudo convencerse de que no había otras posibilidades de eliminar el sufrimiento y de que, en consecuencia, dicho sufrimiento no tenía perspectivas de mejora.
La médica no ha actuado conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra b y letra d, de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido.

CASO 2017-24
(no incluido)

CASO 2017-10
(no incluido)

CASO 2017-02
(no incluido)

CASO 2017-11
(no incluido)
(caso similar: 2017-40)

CASO 2017-28
(no incluido)

CASO 2017-118
(no incluido)

COLOFÓN

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

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

Abril de 2018

RTE