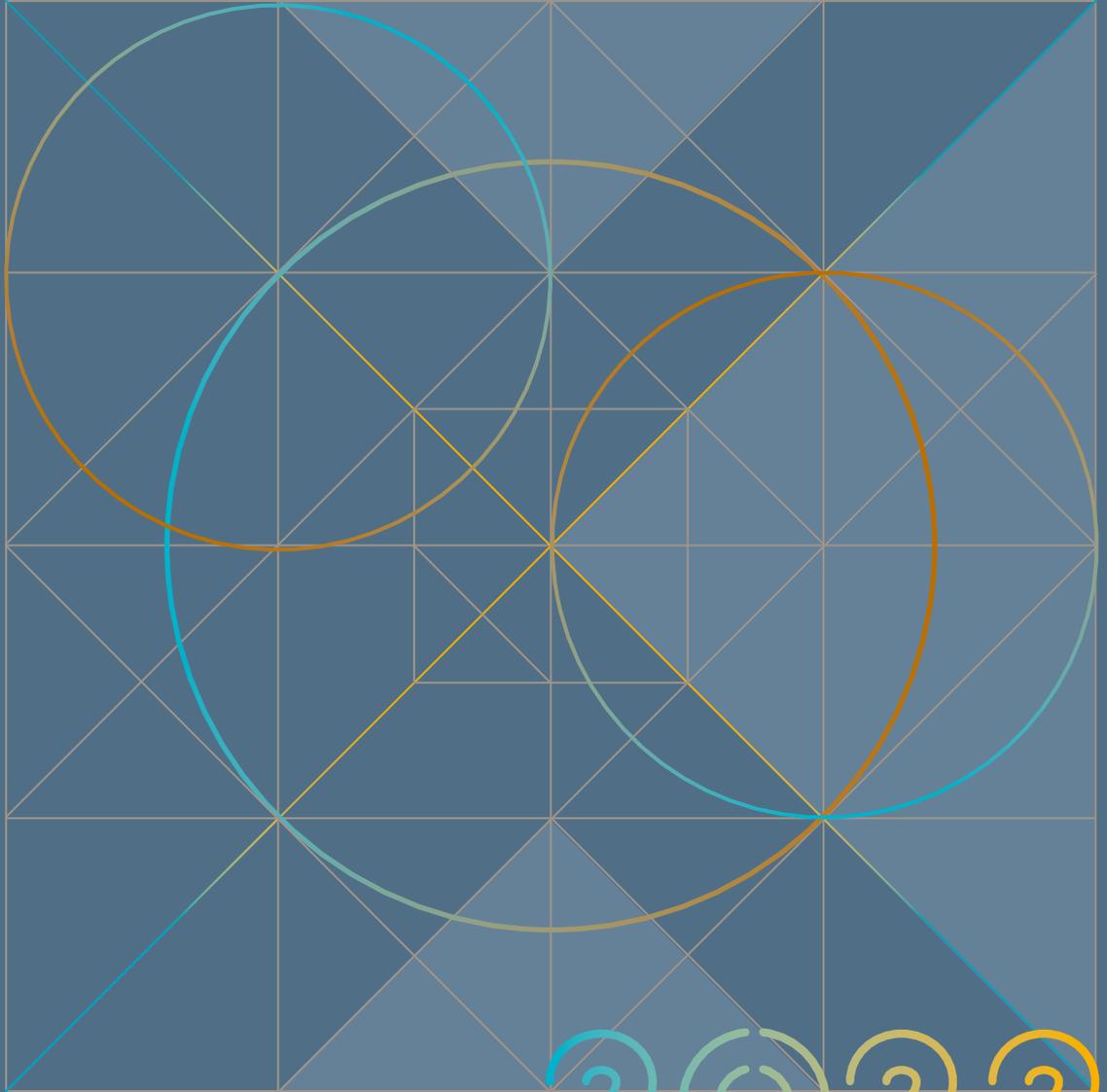


COMISIONES REGIONALES DE VERIFICACIÓN DE LA EUTANASIA



INFORME ANUAL

2022

# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
--------------	---

## CAPÍTULO 1 CIFRAS Y ACONTECIMIENTOS EN 2022

1 Informe anual	7
2 Notificaciones	9
Número de notificaciones	9
Proporción de hombres y mujeres	9
Proporción entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio	9
Enfermedades	10
Enfermedades más comunes	10
Demencia	10
Enfermedades mentales	10
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	13
Otras enfermedades	13
Edad	13
Lugar de la terminación de la vida	15
Médicos comunicantes	15
Eutanasia y donación de órganos y tejidos	17
Parejas (cónyuges)	17
No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado	17
3 Forma de trabajo de las CRV, cambios	18
Casos que suscitan preguntas (VO) y casos que no suscitan preguntas (NVO)	18
Planteamiento de preguntas escritas y verbales por parte de las CRV	21
Notificaciones complejas	21
Sala de reflexión	22
Otras cuestiones	22
Organización	24

1	Introducción	25
2	El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	28
2.1	Cinco ejemplos de las notificaciones más frecuentes	28
	Dictamen 2022-067 Cáncer	29
	Dictamen 2022-029 Enfermedad del sistema nervioso	30
	Dictamen 2022-031 Enfermedad pulmonar	31
	Dictamen 2022-094 Enfermedad cardiovascular	32
	Dictamen 2022-006 Combinación de enfermedades	33
2.2	Cinco ejemplos de notificaciones ordenadas según cinco requisitos de diligencia y cuidado	34
	Dictamen 2022-072 Petición voluntaria y bien meditada	35
	Dictamen 2022-056 Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	37
	Dictamen 2022-114 Inexistencia de otra solución razonable	39
	Dictamen 2022-054 Consulta	41
	Dictamen 2022-116 Realización con la diligencia de la práctica médica	43
2.3	Cuatro ejemplos de pacientes de categorías especiales	45
	Dictamen 2022-085 Enfermedad mental	46
	Dictamen 2022-079 Acumulación de enfermedades propias de la vejez	48
	Dictamen 2022-115 Paciente con demencia, con capacidad de expresar la voluntad	50
	Dictamen 2022-043 Paciente con demencia, que ya no tenía capacidad de expresar la voluntad	51
3	El médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	55
	Incumplimiento de varios requisitos de diligencia y cuidado	55
	Dictamen 2022-007	56
	Consulta independiente	57
	Dictamen 2022-052 (véase también 2022-070 y 2022-109)	58
	Dictamen 2022-098 (y 2022-099)	60
	Dictamen 2022-069	61
	Realización con la diligencia de la práctica médica	62
	Dictamen 2022-040	63
	Aplicación de un cuidado especial en caso de enfermedades mentales	64
	Dictamen 2022-039	65
	Dictamen 2022-059	66
	Dictamen 2022-068	68
	Dictamen 2022-075	70
	Dictamen 2022-017	72

# INTRODUCCIÓN

Cuando vemos las cifras de este informe anual, llama especialmente la atención el aumento del número de notificaciones de eutanasia<sup>1</sup>. En 2022, las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (CRV) recibieron 8720 notificaciones. Estamos ante un incremento de más del 13,7 % con respecto al año anterior, Los fallecimientos por eutanasia suponen el 5,1 % de la cifra total de fallecimientos en 2022 (en 2021 fueron el 4,6 %). Esta tendencia ascendente en sentido absoluto y relativo es patente si nos fijamos en un periodo más largo.

Dado que no se han realizado estudios científicos sobre las causas de este aumento, no se puede hacer una previsión fundamentada de cómo seguirá evolucionando la cifra de casos de eutanasia en los Países Bajos. No obstante, no hay nada que indique que la tendencia vaya a cambiar en los próximos años.

El aumento constante del número de notificaciones de eutanasia conlleva el consiguiente incremento de la carga de trabajo de las CRV, que ya fue muy alta en 2022. Como consecuencia de ello, el periodo de tramitación de una notificación ha aumentado un 6 % hasta alcanzar 34 días. Dado que no se puede conseguir una mayor eficacia dentro de la forma fijada para la verificación, en 2023 deberá aumentar el personal de las CRV.

En 2022, las CRV consideraron en trece ocasiones que un médico no había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. La cifra supera con creces las siete notificaciones que fueron evaluadas en 2021 como no ajustadas a los requisitos. No obstante, la proporción con el número total de notificaciones (0,15 %) sigue siendo tan baja que este año también puede concluirse que la práctica de la eutanasia en los Países Bajos es muy diligente y cuidadosa. En este informe se incluyen diez dictámenes en los que se concluyó que no se habían cumplido los requisitos. Las CRV difunden también activamente estos dictámenes entre los médicos más implicados en la realización de la eutanasia, con la esperanza de que en 2023 sea mucho más bajo el número de notificaciones que no pueden considerarse diligentes y cuidadosas.

Debemos hacer también una salvedad. En prácticamente todos los casos, el dictamen de no cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado posiblemente podría haberse evitado si el médico y el asesor se hubieran

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

informado adecuadamente de las partes del Código sobre la Eutanasia relevantes para ellos. De hecho, las CRV han desarrollado el Código sobre la Eutanasia como un manual con información útil sobre la práctica de la eutanasia, especialmente acerca de la forma en que las CRV interpretan los requisitos de diligencia y cuidado.

El contenido que se da a las normas legales contenidas en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Ley WTL) puede variar conforme cambian los criterios imperantes en la sociedad. Además, la práctica ha demostrado después de veinte años que siempre se producen situaciones nuevas que deben ser verificadas. Por tanto, el Código sobre la Eutanasia debe ser actualizado periódicamente. En julio de 2022 concluyó la última actualización, que se publicó con el nombre de Código sobre la Eutanasia 2022.

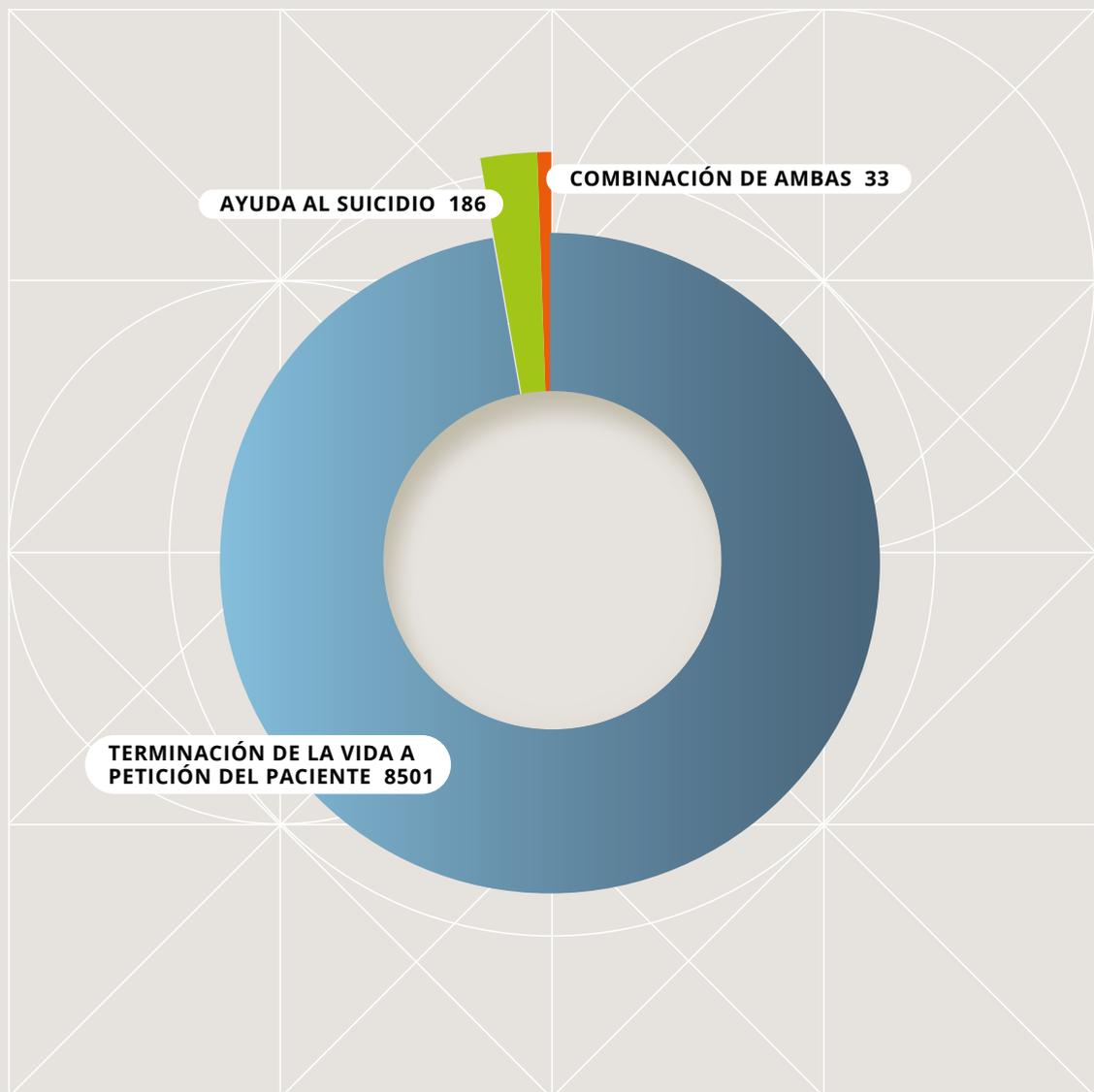
Este año, el apoyo a las CRV por parte del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte también se ha desarrollado adecuadamente (en especial el apoyo que corre a cargo de la Dirección de Secretarías de Órganos Disciplinarios de la Atención Sanitaria y las Comisiones de Verificación de la Eutanasia, conocida como la ESTT). Estamos especialmente orgullosos de la introducción de un nuevo sistema digital de verificación y registro. Gracias a la suma de los esfuerzos, se ha desarrollado e implantado un sistema ágil y eficaz, dentro del plazo y el presupuesto previstos.

El año 2022 fue el vigésimo año después de la entrada en vigor de la Ley WTL, que legalizó y reguló la eutanasia en los Países Bajos. Las CRV verifican que en todas las notificaciones de eutanasia se hayan cumplido las normas contenidas en la Ley WTL. En estos 20 años, las CRV han verificado 91 565 notificaciones de eutanasia. 133 de esas notificaciones no cumplían los criterios legales. Uno solo de esos casos llegó a un procesamiento judicial. Considero que esas cifras permiten concluir (con prudencia) que la Ley WTL y, siguiendo su estela, las CRV han conseguido lo que se pretendía: una práctica cuidadosa y transparente de la eutanasia en los Países Bajos. Posiblemente, los efectos de la Ley WTL llegan mucho más lejos. ¿Cuántas personas habrán encontrado consuelo en la idea de que cuando realmente ya no pudieran continuar, era posible la eutanasia y después han fallecido de muerte natural? Personalmente me parece una idea tranquilizadora.

**JEROEN RECOURT**

*Presidente coordinador*

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



# CAPÍTULO I

## CIFRAS Y ACONTECIMIENTOS EN 2022



### 1 INFORME ANUAL

---

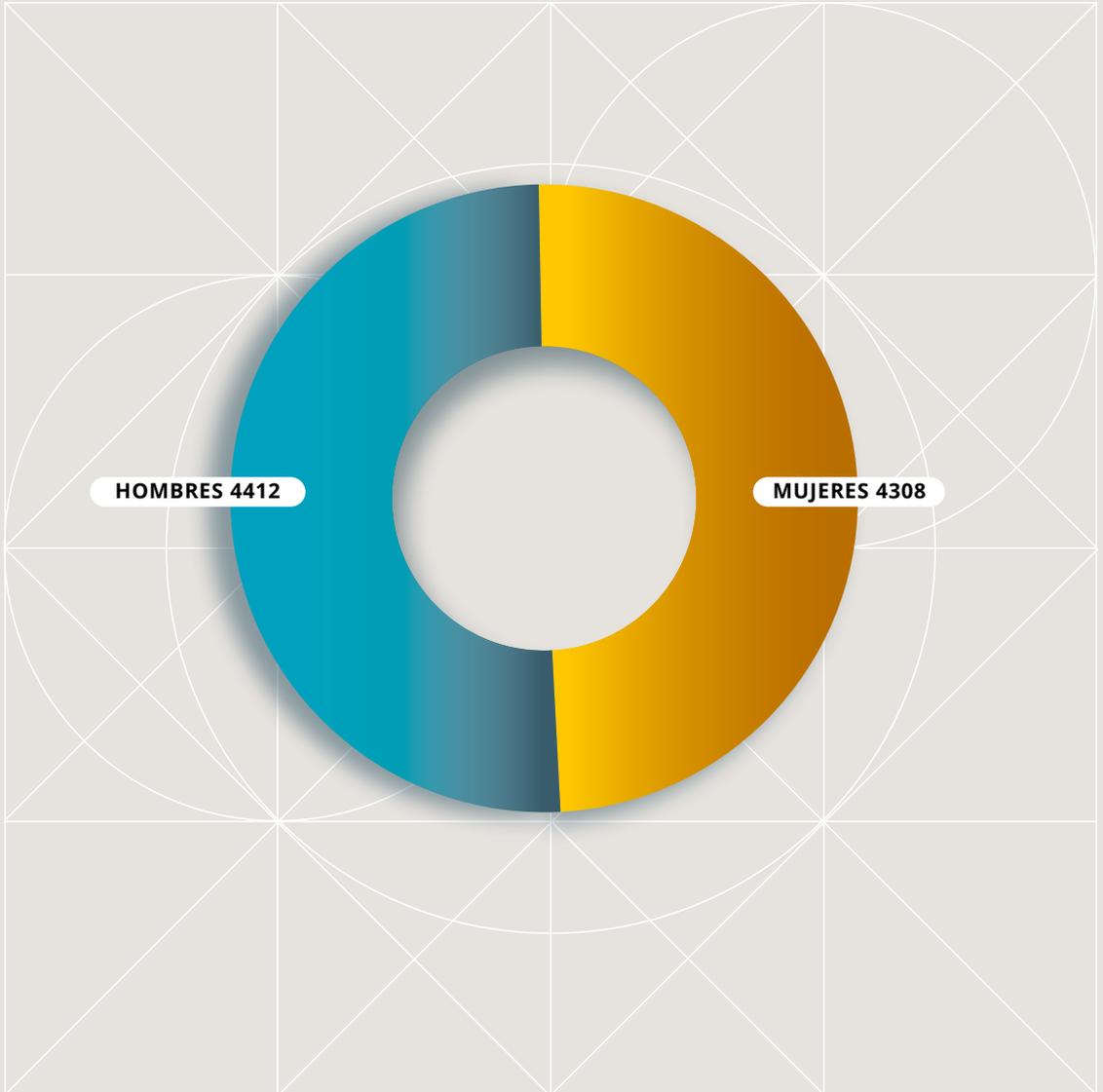
En este informe anual, las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (en lo sucesivo: la/las CRV) informan sobre su trabajo durante el pasado año natural. De esta forma, las CRV rinden cuentas a la sociedad y la política sobre la manera en que han dado contenido a su tarea legal, que incluye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

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

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

*Para más información sobre las líneas principales de la ley, la forma de trabajo de las comisiones, etc., véase el Código sobre la Eutanasia 2022.*

## PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES



### NÚMERO DE NOTIFICACIONES

En 2022, las CRV recibieron 8720 notificaciones de eutanasia. Se trata del 5,1 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2022<sup>2</sup> (169.938). Supone un aumento del 13,7 % del número de notificaciones con respecto a 2021 (7666 notificaciones). Por lo que se refiere a la proporción con el número total de fallecimientos, se ha producido un aumento de medio punto porcentual (redondeado) en comparación con 2021.

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

### PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES

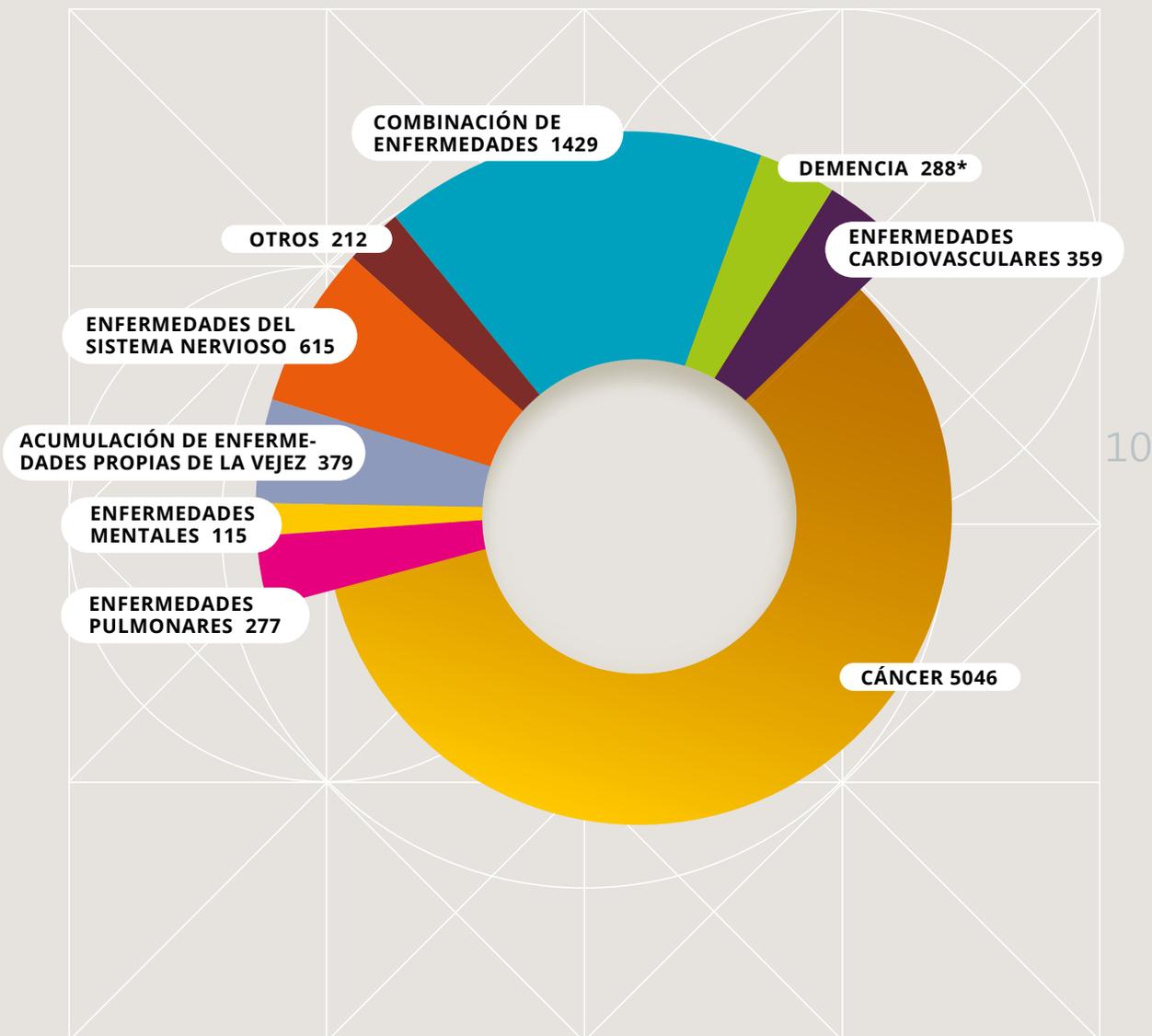
Al igual que en años anteriores, la proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres vuelve a ser prácticamente igual: 4412 hombres y 4308 mujeres (el 50,6 % y el 49,4 %, respectivamente).

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

Véanse los puntos de atención de la diligencia de la práctica médica en el Código sobre la eutanasia 2022, p. 36 y siguientes.

En 8501 casos (97,4 %) se trató de notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente, 186 casos (2,1 %) se referían a ayuda al suicidio y 338 notificaciones (0,38 %) fueron una combinación de ambas. Hablamos de combinación cuando un paciente no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

## NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES



\* de los cuales tenían capacidad de expresar la voluntad 282 personas y no tenían capacidad de expresar la voluntad 6 personas.

## ENFERMEDADES

### ENFERMEDADES MÁS COMUNES

En 7726 de las notificaciones recibidas por las CRV en 2022 (88,6 %) se trataba de pacientes con:

- cáncer incurable (5046; 57,8 %);
- enfermedades del sistema nervioso (615; 7,0 %), como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM o ELA;
- enfermedades cardiovasculares (359; 4,1 %);
- enfermedades pulmonares (277; 3,2 %)

o una combinación de enfermedades (la mayoría físicas, 1429; 16,7 %).

### DEMENCIA

*Véase para los puntos de atención en pacientes con demencia, el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 49 y siguientes.*

En 282 notificaciones, se llevó a cabo la eutanasia en un paciente con un cuadro demencial que todavía tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de la personalidad y la orientación temporal y espacial. Es un ejemplo de ello la notificación 2022-115, incluida en el capítulo 2.

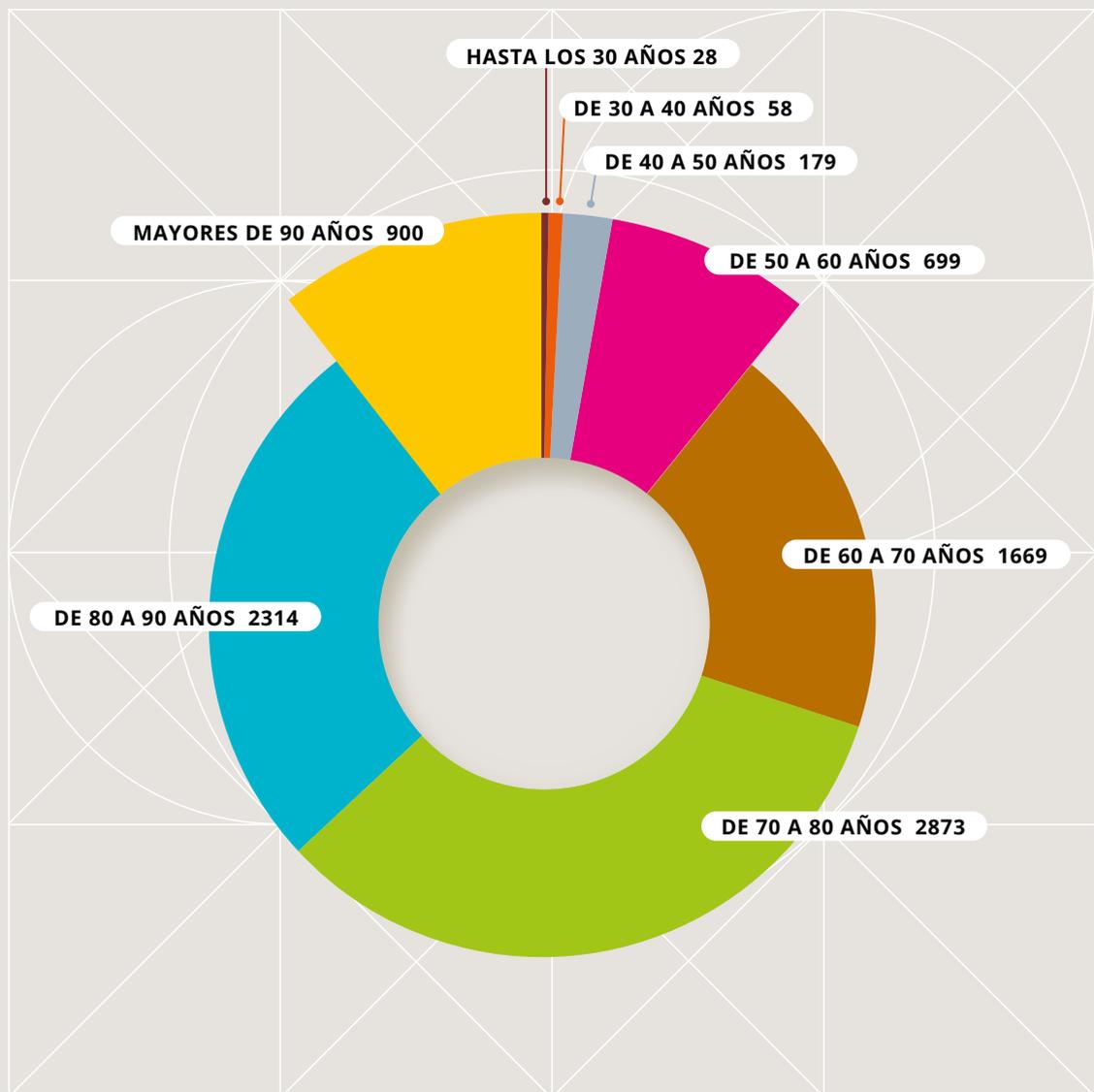
En 2022, 6 dictámenes (al igual que el año anterior) se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no tenían capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición, ni estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición. Su declaración de voluntad por escrito se pudo considerar como una solicitud de eutanasia. Una de esas notificaciones (2022-043) se incluye en el capítulo 2 de este informe anual. Todas esas notificaciones están publicadas en el sitio web de las CRV.

### ENFERMEDADES MENTALES

*Véase para los puntos de atención en pacientes con una enfermedad mental, el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46 y siguientes.*

En 115 notificaciones de eutanasia (1,3 %), el sufrimiento se derivaba principalmente de una o más enfermedades mentales. Se trata de la misma frecuencia que en 2021. En 32 de esas notificaciones el médico comunicante era un psiquiatra, en 29 casos un médico de familia, en 3 casos un geriatra y en 51 casos otro tipo de médico. En 65 notificaciones en las que se practicó la eutanasia a un paciente debido a

## EDAD



enfermedad(es) mental(es), el médico encargado estaba vinculado al Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*: EE según sus siglas en neerlandés). Cuando las notificaciones se refieren a peticiones de eutanasia de un paciente basadas en el sufrimiento ocasionado por enfermedades mentales, el médico debe aplicar un cuidado especial<sup>3</sup>, como sucedió en la notificación 2022-085 (incluida en el capítulo 2).

### 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 2022, p. 25 y siguientes.*

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, descalcificación ósea y sus consecuencias, desgaste de articulaciones, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Estas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen aparecer en edades avanzadas y pueden acarrear un cúmulo de síntomas. Esos síntomas pueden causar 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 2022, las CRV recibieron 379 notificaciones (4,3 %) en esta categoría. En el capítulo 2 y en el sitio web se incluye un dictamen relativo a una notificación de acumulación de enfermedades propias de la vejez, con el número 2022-079.

### OTRAS ENFERMEDADES

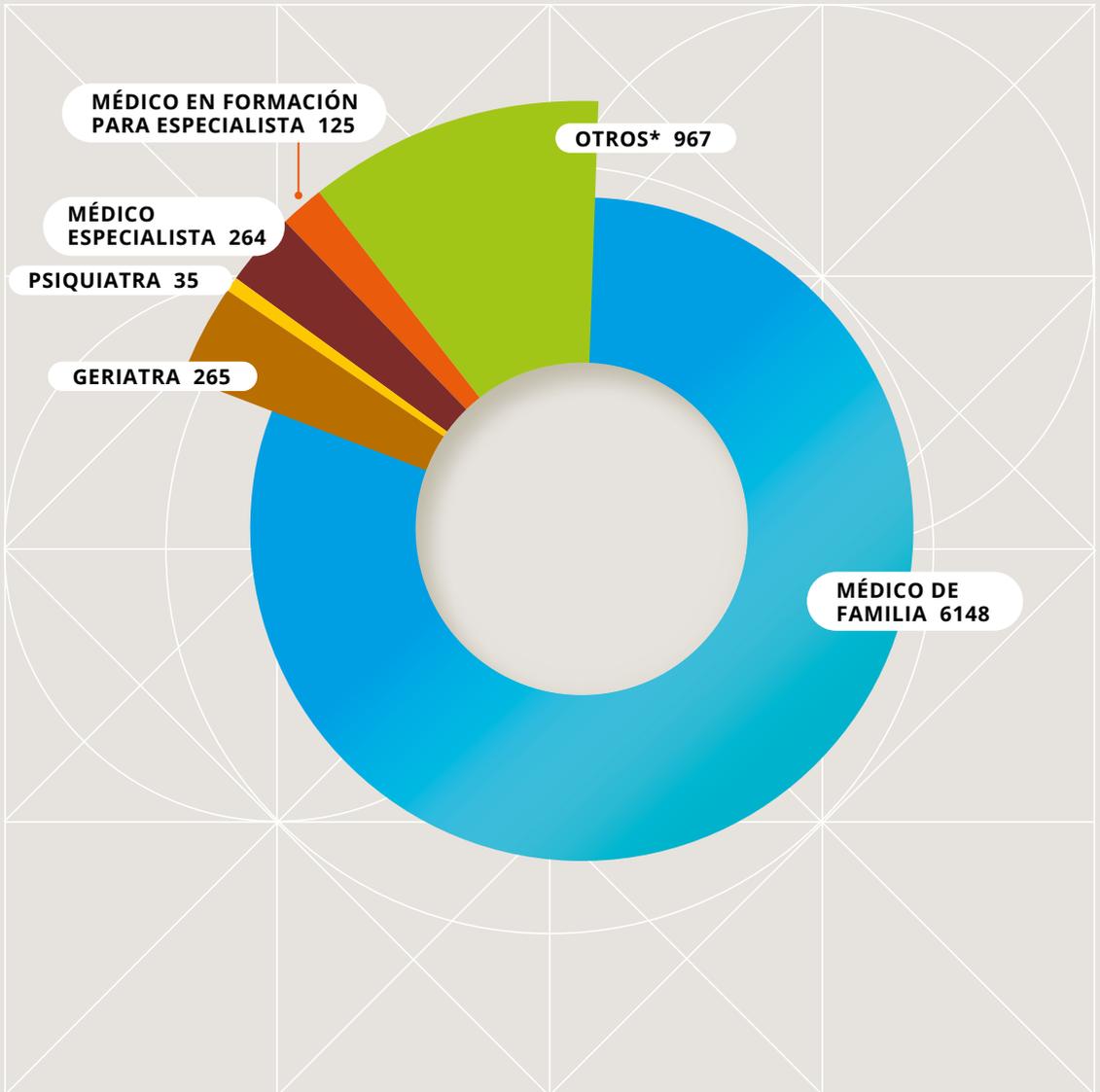
Finalmente, las CRV también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual “otras enfermedades”. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico, una enfermedad hereditaria rara, insuficiencia renal o ceguera. En 2022 fueron 212 notificaciones.

### EDAD

El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años (2873, un 32,9 %), seguida de las edades entre 80 y 90 años (2314, un 26,5 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1669, un 19,1 %). En 2022, las CRV evaluaron una notificación de eutanasia de un menor, en la categoría de edad de entre 12 y 16 años. La comisión encargada de evaluar la citada notificación dictaminó que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley WTL. En 27 notificaciones, los pacientes tenían más de 100 años.

<sup>3</sup> Código sobre la Eutanasia 2022, página 46 y siguientes.

## MÉDICOS COMUNICANTES



14

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

El paciente más mayor tenía 104 años. En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 86 notificaciones. En 44 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en 24 casos se trataba de una enfermedad mental.

Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 80 y 90 años (113 notificaciones), seguida de las personas entre 70 y 80 años (110 notificaciones). En la categoría de psiquiatría, en 2022 se produjeron 24 notificaciones de personas de entre 50 y 60 años, y 20 notificaciones de personas de 60 a 70 años. Dentro de la categoría “acumulación de enfermedades propias de la vejez”, la mayoría de los pacientes tenían 90 años o más (252 notificaciones).

### LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

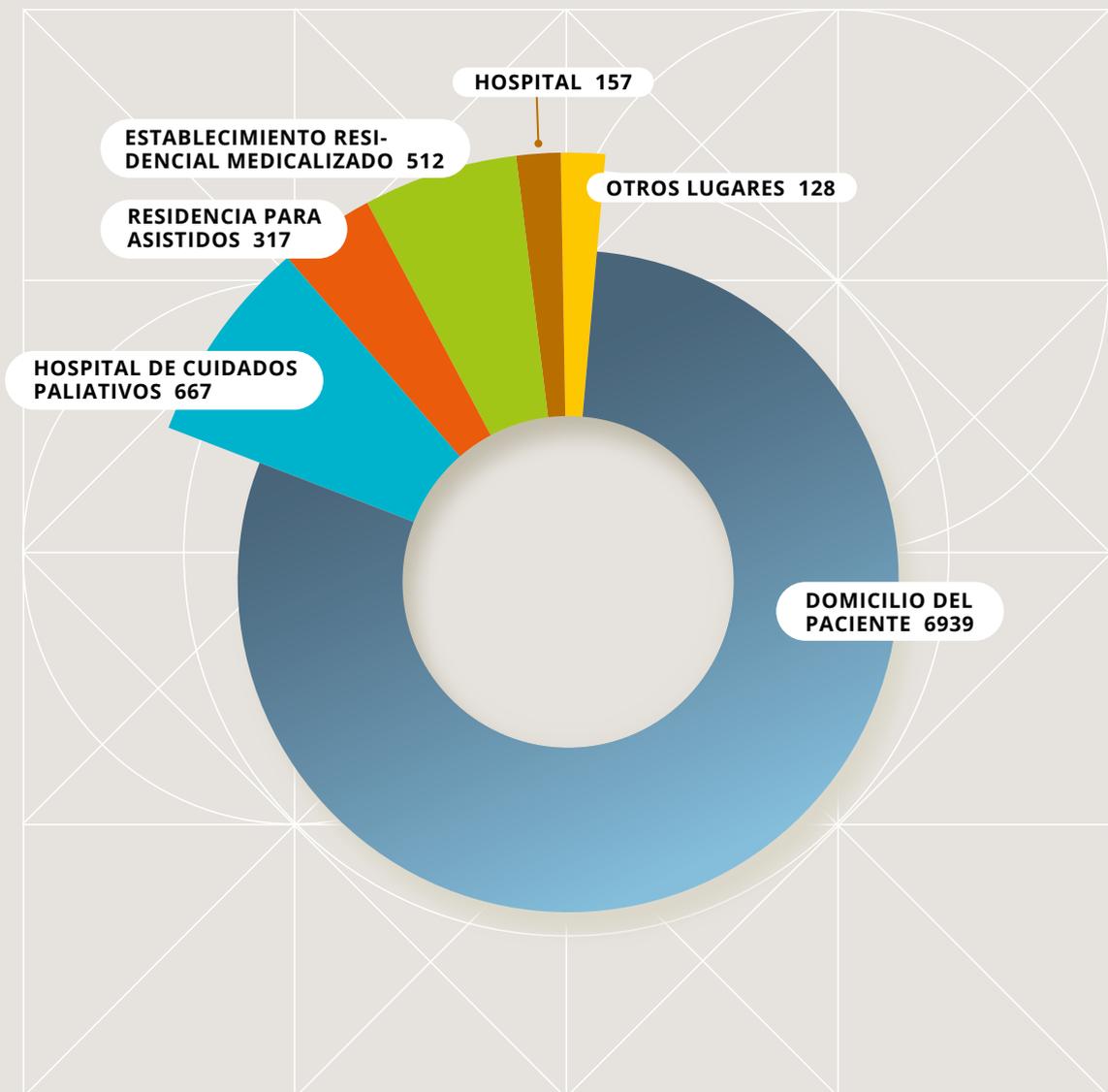
En 2022, en la mayor parte de las notificaciones el fallecimiento del paciente tuvo lugar en su propio domicilio (6939, esto es: el 79,6 %). En las demás notificaciones, el lugar de fallecimiento fue un establecimiento residencial medicalizado o una residencia para asistidos (829; el 9,5 %), un hospital de cuidados paliativos (667; el 7,7 %), un hospital (157; el 1,8 %) u otros lugares, como por ejemplo en el domicilio de familiares, en un centro de vivienda asistida o en un hotel con servicios de asistencia (128, un 156 %).

### MÉDICOS COMUNICANTES

En la mayor parte de las notificaciones, el médico comunicante fue el médico de familia (7013, que supone un 80,4 % de las notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: geriatras (316), médicos especialistas (264) y médicos en formación para especialistas (125). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (967), la mayoría de ellos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia (EE).

El número de notificaciones de médicos vinculados al EE (1123) aumentó en 118 con respecto a 2021 (1123), alcanzando un total de 1241 (14,2 %). Suele recurrirse a los médicos del EE cuando el médico implicado en el tratamiento del paciente considera que la petición de eutanasia es demasiado complicada. También acuden regularmente al EE los médicos que se niegan a practicar eutanasia por principios o que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal. Puede acudir al EE por iniciativa del médico encargado del tratamiento, a petición del propio paciente o de su familia. Más de la mitad de las notificaciones en las que se llevó a cabo la eutanasia debido a una enfermedad mental provenía de un médico del EE: 65 de las 115 notificaciones (más de un 56,5 %). El porcentaje es inferior al de 2021

## LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA



(83 de 115 notificaciones, el 72 %). 123 notificaciones de las 288 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia (42,7 %) provenían también de un médico del EE. Por lo demás, 157 de las 379 notificaciones en las que existía una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 41,4 %) provenían de médicos del EE.

## EUTANASIA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

La terminación de la vida por medio de la eutanasia no impide la donación de órganos y tejidos. En la Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*), la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*) describe ampliamente el procedimiento a seguir, que consta de varios pasos.<sup>4</sup> En 2022, las CRV recibieron 6 notificaciones en las que se indicaba explícitamente que había existido donación de órganos o tejidos después de la eutanasia.

## PAREJAS (CÓNYUGES)

En 29 ocasiones (58 notificaciones) se practicó simultáneamente la eutanasia a los dos miembros de una pareja. Naturalmente, deben cumplirse los requisitos de diligencia y cuidado que exige la Ley WTL para cada una de las personas por separado. Además, ambos miembros de la pareja deben ser visitados por un asesor diferente, para garantizar la independencia de la evaluación del caso<sup>5</sup>.

## NO CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

En 13 de los casos notificados en 2022, las CRV dictaminaron que el médico encargado no cumplió todos los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 1 de la Ley WTL. 10 de ellos se incluyen en el capítulo 2. En 2 notificaciones se trataba de la eutanasia de una pareja, y el médico únicamente consultó a un asesor para ambos. Por tanto, en ambas notificaciones la comisión concluyó que el médico no había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Solo se ha incluido una de las dos notificaciones, debido a que ambos dictámenes están interrelacionados. En tres notificaciones, el asesor estaba inscrito como paciente en la consulta del médico de familia encargado y la comisión consideró que dicha circunstancia afectaba a la independencia del asesor.<sup>6</sup> Una de esas tres notificaciones se incluye en el capítulo 2.

4 La directriz y los antecedentes y motivaciones que han llevado a su redacción pueden consultarse en el sitio web de la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting*)

5 Código sobre la eutanasia 2022, p. 33.

6 Código sobre la eutanasia 2022, p. 32.

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

Desde 2012, las CRV aplican el siguiente método de trabajo a la evaluación de una notificación. Cuando se recibe una notificación, el secretario de la comisión (un jurista) califica el expediente de forma provisional como notificación “que suscita preguntas” (notificaciones VO, según sus siglas en neerlandés) o como notificación “que no suscita preguntas” (NVO). Las notificaciones se clasifican como NVO cuando el secretario de la comisión considera que la información ofrecida es completa y que el médico ha cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado, a menos que la notificación esté incluida en una categoría calificada automáticamente como “que suscita preguntas” (VO). Este es el caso, por ejemplo, de las notificaciones en las que el sufrimiento del paciente se basa en una (o varias) enfermedad(es) mental(es), cuando se lleva a cabo la eutanasia conforme a una declaración de voluntad por escrito o cuando la notificación se refiere a un paciente menor de edad. Tras la primera selección del secretario de la CRV en cuestión, la comisión evalúa la notificación. Dicha evaluación es digital para las notificaciones calificadas como NVO. Seguidamente, la comisión dictamina si la notificación realmente no suscita preguntas o si, al contrario del dictamen provisional del secretario, considera que sí plantea determinadas preguntas. En el último caso, la comisión califica el caso como “notificación que suscita preguntas” y se comenta en la reunión. En 2022, esto sucedió con 40 notificaciones, que es menos del 0,5 %.

Si una notificación no suscita ni una sola pregunta, el médico recibe siempre un dictamen resumido en el que se indica que la comisión dictamina, partiendo de la notificación, que el médico ha cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. En 2022, los secretarios de las comisiones calificaron el 95,9 % de las notificaciones recibidas como “no suscitan preguntas” (NVO).

Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas (NVO) en las que el médico recibió un dictamen resumido, se incluyen en el capítulo 2 los casos 2022-067, 2022-029, 2022-094, 2022-031 y 2022-006. Cabe señalar que lo que se incluye es un resumen de la notificación en cuestión. En el sitio web de las CRV ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)) se detalla y publica de esa forma una parte de las notificaciones NVO. En el dictamen resumido que se envía al médico no se incluye un resumen como el mencionado.

Si se trata de un caso que suscita preguntas (VO), la comisión comenta la notificación en una reunión, y se redacta un dictamen escrito detallado.

En dicho dictamen, la comisión explica qué aspectos de la notificación han suscitado preguntas y en qué consideraciones se basa para decidir que “se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado” o que “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”. En dicho proceso, la comisión se limita al aspecto concreto que suscita preguntas. De esta forma, las CRV esperan que los médicos y otros interesados tengan claro de qué forma llega una CRV a su dictamen y cuál hay sido el argumento decisivo para llegar a dicho dictamen.

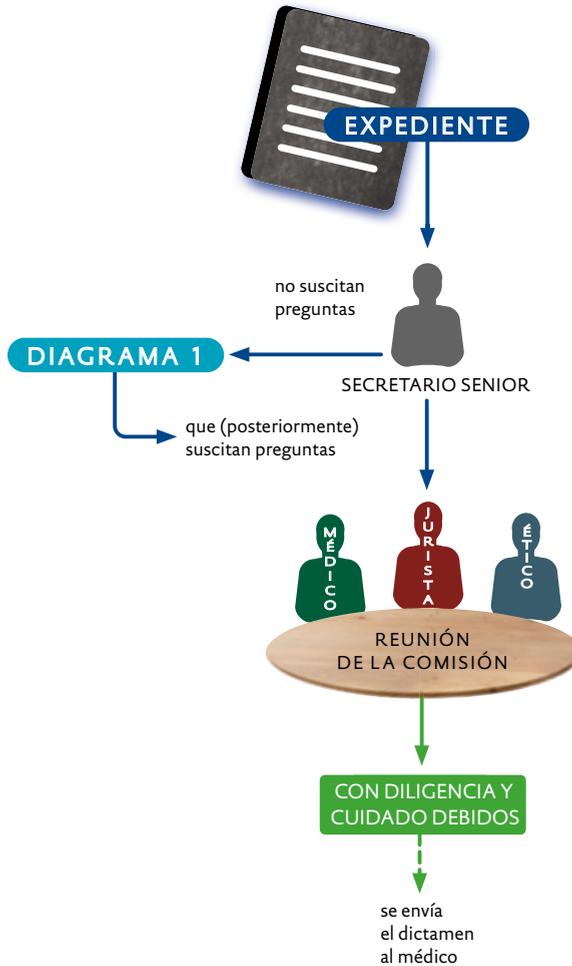
## DIAGRAMA 1

95.9% DE LAS NOTIFICACIONES  
(QUE NO SUSCITA PREGUNTAS)



**DIAGRAMA 2**

4,1% DE LAS NOTIFICACIONES  
(QUE SUSCITA PREGUNTAS)



El 4,1 % de todas las notificaciones recibidas fue calificado directamente como “suscitan preguntas” (VO), por ejemplo porque existía una enfermedad mental, porque surgieron preguntas sobre la práctica de la eutanasia o porque el expediente facilitado por el médico comunicante era demasiado conciso para llegar a un dictamen.

El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y el envío del dictamen fue en 2022 de una media de 34 días. Esto entra dentro del plazo de seis semanas fijado en el artículo 9, párrafo primero de la Ley WTL, aunque es dos días más largo que en 2021. Ese retraso se puede explicar en parte por el aumento del número de notificaciones y en parte por la rotación de personal.

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

En ocasiones, los informes rellenos por el médico y el asesor, con los anexos adjuntos, no proporcionan suficiente claridad a la comisión para poder evaluar la notificación. En ese caso, la comisión puede decidir que es necesario pedir una explicación más detallada al médico o al asesor. A raíz de sus reuniones, la comisión solicitó una explicación escrita detallada al médico en 18 notificaciones y al asesor en una notificación.

En 28 notificaciones, la comisión invitó al médico, y en un caso al asesor, para que respondieran las preguntas de la comisión durante la siguiente reunión (después de, en su caso, haber planteado al médico preguntas por escrito). Esto incluye las 13 notificaciones mencionadas en las que la comisión encargada consideró finalmente que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Cuando se trata de preguntas sencillas, sobre los hechos, también se plantean por teléfono.

### **NOTIFICACIONES COMPLEJAS**

Las comisiones se consultan mutuamente de forma intensiva sobre notificaciones complejas, en las que se considera conveniente que expresen su punto de vista todos los miembros de la comisión y los secretarios. En ese sentido, la práctica habitual es que cuando una comisión considera que una notificación no cumple los requisitos de diligencia y cuidado, sube a la intranet de las CRV el dictamen propuesto, acompañado del expediente digital correspondiente, para que lo consulten todos los demás miembros de la comisión y los secretarios. Siguen esa ruta de forma automática las notificaciones sobre casos de eutanasia practicada a un paciente incapacitado, partiendo de su declaración de voluntad por escrito. Después de conocer las reacciones, la comisión redacta su dictamen definitivo.

También se suben a la intranet los dictámenes previstos para otras notificaciones en las que la comisión necesita consultar a todos los miembros. El objetivo es mantener lo más alta posible la calidad del proceso de formación del dictamen y conseguir la mayor uniformidad posible en los dictámenes.

En 2022 fueron objeto de discusión 34 notificaciones. Incluyen las notificaciones evaluadas como “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”. En un único caso, los dictámenes se comentaron también en las reuniones de presidentes, médicos o expertos en éticas.

### **SALA DE REFLEXIÓN**

La sala de reflexión de las CRV ha actualizado el Código sobre la Eutanasia, a petición de la reunión de los presidentes. El código actualizado se publicó en julio de 2022. Previamente se celebraron consultas sobre el contenido de la modificación con la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP), el Ministerio Público, la Inspección de Sanidad y Juventud (IGJ), el Centro Especializado de Eutanasia y la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (NVvP). El Código sobre la Eutanasia 2022 se ha enviado a todos los médicos de familia, psiquiatras y geriatras.

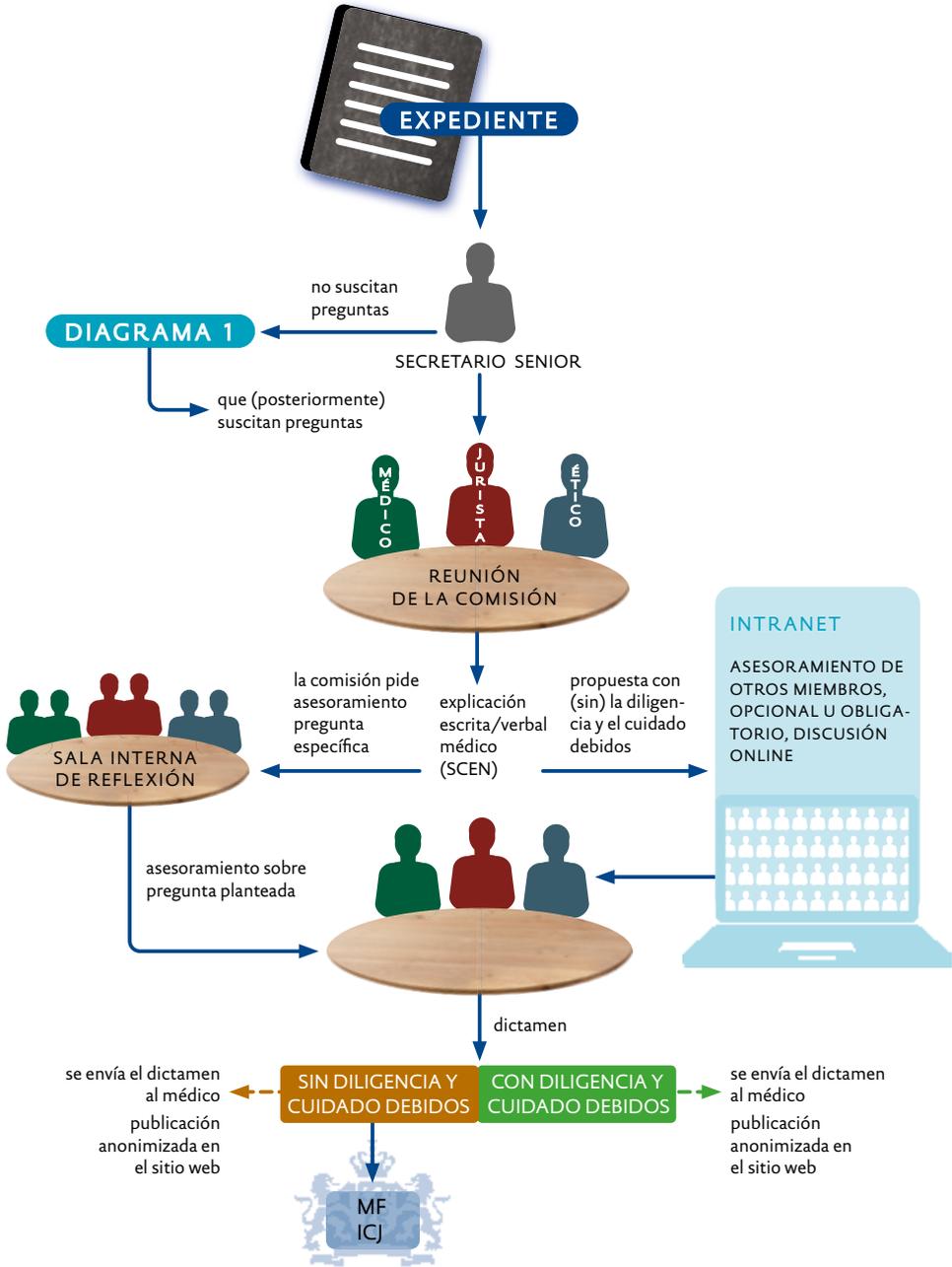
### **OTRAS CUESTIONES**

El anunciado nuevo sistema de automatización de las CRV comenzó a utilizarse en mayo de 2022. Con ese sistema, el médico también recibe automáticamente un correo electrónico con un acuse de recibo de la notificación, después de que la registre en el sistema un facilitador de procesos. Actualmente, las CRV ya reciben por vía digital la mayor parte de las notificaciones del forense municipal.

El informe sobre la cuarta evaluación de la Ley WTL se publicará en 2023. Incluirá una evaluación del funcionamiento de las CRV.

# DIAGRAMA 3

<0,5% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITA PREGUNTAS)



## ORGANIZACIÓN

Las CRV se dividen en cinco regiones. Cada región cuenta con tres juristas (un presidente regional y dos presidentes), tres médicos y tres expertos en cuestiones éticas. En consecuencia, las CRV cuentan con 45 miembros. Debido al número creciente de notificaciones, las CRV están negociando un aumento del número de miembros, con los ministerios de Sanidad, Bienestar y Deporte (VWS) y Justicia y Seguridad (J&V).

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

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

El presidente coordinador de las CRV preside las consultas que celebran los presidentes para fijar la política, en las cuales siempre están presentes un representante de los médicos y de los expertos en ética. Las CRV están asistidas por una secretaria que tiene unos 25 empleados. La secretaria está formada por un secretario general, secretarios (juristas) y empleados administrativos (facilitadores de procesos). Los secretarios tienen un voto consultivo en las reuniones de las comisiones. El secretario general se encarga de la coordinación de los secretarios (en cuanto al contenido de su trabajo).

# CAPÍTULO 2

## CASUÍSTICA

# 2

### 1 INTRODUCCIÓN

---

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

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

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

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

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

En su verificación, las CRV comparan su actuación con la ley, el historial legislativo, la jurisprudencia relevante y el Código sobre la Eutanasia 2022<sup>7</sup>, que ha sido redactado partiendo de resoluciones anteriores de las CRV. Las comisiones también tienen en cuenta anteriores resoluciones del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad y Juventud.

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

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

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

7 El Código sobre la Eutanasia 2022 puede descargarse en el sitio web de las CRV ([www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)).

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

Finalmente, en el apartado 2.3 describimos cuatro dictámenes en los que se llevó a cabo la eutanasia en un paciente de una categoría especial: pacientes con una enfermedad mental, pacientes con una acumulación de enfermedades propias de la vejez y pacientes con demencia.

En el apartado 3 se tratan las notificaciones en las que las CRV dictaminaron que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, que en el último año fueron un total de trece. Diez de ellas se explican detalladamente en este informe anual.

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

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

---

### 2.1 CINCO EJEMPLOS DE LAS NOTIFICACIONES MÁS FRECUENTES

Tal y como se desprende del capítulo 1, la eutanasia se lleva a cabo en su mayor parte en pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares o una combinación de enfermedades. Sirvan como ejemplo de ellos las siguientes cinco notificaciones, que son todas notificaciones que no suscitan preguntas (NVO). Estos dictámenes ofrecen una imagen de naturaleza de las notificaciones más frecuentes que reciben las CRV.

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

## CÁNCER

### Cáncer de pulmón, el paciente rechaza someterse a otros exámenes médicos.

A un hombre de entre ochenta y noventa años se le comunicó un diagnóstico presuntivo de cáncer de pulmón, tres meses antes del fallecimiento. Debido a su edad y a su mal estado general, no quiso someterse a más pruebas. No existía curación posible.

El hombre sufría una grave dificultad respiratoria, tenía violentos ataques de tos y dolor de espalda. También había adelgazado mucho en un breve espacio de tiempo. Cada vez podía hacer menos cosas y estaba confinado en casa. Sufría por su debilitamiento general y por la inexistencia de perspectivas.

Un mes antes del fallecimiento, le pidió a la médica que procediera a la terminación de su vida. Según la médica, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. Constató que el hombre no padecía de depresión, a pesar de los muchos reveses sufridos en su vida. La médica consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad, con respecto a su petición.

La médica estaba convencida 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 más posibilidades aceptables de aliviar su sufrimiento. Por lo demás, del expediente se desprende que la médica y los especialistas habían informado al hombre sobre su estado de salud y las posibilidades de tratamiento.

La médica consultó con una asesora (una médica SCEN) independiente, La asesora visitó al hombre una semana antes del fallecimiento y concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La médica llevó a cabo la eutanasia con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en la Directriz sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio de la KNMG/KNMP (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*), de septiembre de 2021.

La comisión consideró que la médica había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-067.*

## ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

---

### EM, el trayecto de la eutanasia fue asumido por un colega del médico habitual.

A un hombre de entre sesenta y setenta años se le diagnosticó esclerosis múltiple (EM) siete años antes del fallecimiento. Se trata de una enfermedad del sistema nervioso central, que hace que los nervios transmitan peor las señales al cerebro (y viceversa). Es una enfermedad incurable.

En el caso del hombre, sufría de una pérdida creciente de funciones. Esto le hacía depender en gran parte del cuidado de otros y de una silla de ruedas. Necesitaba una grúa para levantarse y sentarse en la silla de ruedas. También sufría de incontinencia frecuente. El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por el deterioro físico y por dolorosos calambres musculares. La ausencia de perspectivas de mejora de la situación y el miedo a un empeoramiento también le suponían una gran carga emocional.

El médico de familia del hombre no quería llevar a cabo la eutanasia, por lo que se hizo cargo del trayecto un colega de la consulta. Durante la primera conversación con el médico, seis semanas antes del fallecimiento, el hombre pidió que se llevara a cabo la terminación de la vida. A esta primera conversación le siguieron varias conversaciones semanales, en las que el hombre continuó repitiendo su petición.

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 su sufrimiento.

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-029.*

## ENFERMEDAD PULMONAR

---

### EPOC, empeoramiento debido a infección por covid.

A una mujer de entre setenta y ochenta años se le diagnosticó EPOC (una enfermedad pulmonar) mucho antes de su fallecimiento. Finalmente llegó a la fase final de la EPOC. Alrededor de un año antes de su fallecimiento, la mujer sufrió una infección por covid, que tuvo como consecuencia el empeoramiento de su función pulmonar. El oxígeno extra que le administraban no aliviaba suficientemente su dificultad respiratoria. Ya no existían opciones de tratamiento para la mujer.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por una grave dificultad respiratoria, cansancio y pérdida de fuerzas. La mujer ya casi no podía hacer nada, pasaba sus días sentada o tumbada en la cama. Incluso comer y beber le costaba demasiada energía. La mujer tenía miedo de atragantarse. Había visto un atragantamiento de un allegado con el mismo cuadro clínico y quería evitar la situación.

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

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-031.*

## ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

---

### Insuficiencia cardíaca y trastornos vasculares con amputación, pérdida de autonomía.

Un hombre de entre setenta y ochenta años comenzó a padecer trastornos vasculares un año antes del fallecimiento. Como consecuencia de ello, primero tuvieron que amputarle el pie derecho y después la parte inferior de la pierna derecha. Durante un ingreso hospitalario, un mes antes del fallecimiento, se descubrió que sufría una insuficiencia cardíaca grave. Los tratamientos no tuvieron éxito y se constató que no era posible la curación.

La herida de la amputación no estaba curándose bien, por lo que era necesario amputar nuevamente por encima de la rodilla. El hombre no quería pasar por esa operación, en parte porque estaba en muy malas condiciones debido a su insuficiencia cardíaca. El hombre estaba muy cansado y casi no podía hacer nada. Sufría por su dependencia, por la pérdida de autonomía y la falta de perspectivas.

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 más posibilidades aceptables de aliviar su sufrimiento.

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-094.*

## COMBINACIÓN DE ENFERMEDADES

---

### ACV (infarto cerebral), melanoma con metástasis, dificultad de comunicación.

Una mujer de entre sesenta y setenta años sufrió un ACV alrededor de medio año antes de su fallecimiento. Le ocasionó parálisis en la mitad de su cuerpo. También tenía problemas para hablar y realizar las acciones cotidianas. Unos dos meses antes del fallecimiento, se constató que la mujer padecía un melanoma (cáncer de piel) con metástasis. No existía curación posible.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por las consecuencias del ACV. La mujer solo podía expresarse con movimientos de la cabeza, y para ella era muy frustrante. La mujer podía hacer muy pocas cosas y dependía de la ayuda de otros. Había sido siempre una persona activa y habladora y no podía soportar la pérdida del habla y la autonomía. La mujer también consideraba su situación muy difícil desde el punto de vista emocional, y sufría por la ausencia de perspectivas, debido al melanoma metastásico.

El médico preguntó a la mujer si deseaba la eutanasia. La mujer podía contestar a preguntas cerradas, con movimientos de la cabeza. Fue coherente con su petición durante todas las conversaciones mantenidas.

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

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-006.*

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

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

### PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La Ley WTL establece que un médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. Es el propio paciente quien debe hacer la petición.

Por lo que se refiere a los requisitos de diligencia y cuidado que hacen referencia a la voluntariedad y a la meditación de la petición, se pueden plantear en determinados casos preguntas especiales, como por ejemplo cuando están implicadas personas menores de edad (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 24).

## PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

---

### Paciente menor de edad

A un joven de entre doce y dieciséis años se le diagnosticó un tumor maligno unos tres años antes del fallecimiento. Alrededor de un año antes del fallecimiento, se constató la existencia de metástasis. No existía curación posible. El joven tenía mucho dolor y prácticamente no tenía energía; estaba confinado a la cama.

La Ley WTL se aplica a la práctica de la eutanasia en personas a partir de los doce años de edad. La ley impone varios requisitos adicionales cuando se trata de pacientes menores de edad, de entre doce y dieciséis años. Por consiguiente, la comisión reflexionó en este expediente sobre los siguientes requisitos: la capacidad del joven de valorar razonablemente sus intereses (la voluntariedad “interna” o capacidad de expresar la voluntad) y la conformidad de sus padres con respecto a su petición de terminación de la vida.

En el informe, el médico explicaba que había hablado regularmente con el joven durante un largo periodo. Esos contactos le habían permitido llegar al convencimiento de que el joven había reflexionado adecuadamente sobre sus elecciones y que comprendía las consecuencias que conllevaban. El médico consideró que el joven tenía capacidad de expresar la voluntad, con respecto a su petición de eutanasia. El joven comentaba todo con sus padres y ellos le apoyaban en su petición de eutanasia. Para mayor seguridad, el médico pidió a un colega de su consulta que evaluara la capacidad del joven de expresar la voluntad. Ese otro médico tampoco tuvo dudas al respecto. Además, el asesor también consideraba que el joven tenía capacidad de expresar la voluntad y que sus padres le apoyaban totalmente en su elección.

La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del joven y que los padres estaban conformes con su petición. El médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-072.*

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

“El sufrimiento de un paciente se considera sin perspectivas de mejora si la enfermedad o afección que ocasiona el sufrimiento es incurable y también es imposible mitigar los síntomas para que el sufrimiento no sea insoportable. [...] Hablamos de ausencia de perspectivas de mejora cuando no existen para el paciente opciones de tratamiento razonables, curativas o paliativas. La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar o reducir el sufrimiento. [...] En ocasiones es difícil determinar si existe sufrimiento insoportable, porque cada persona experimenta el sufrimiento de forma diferente. Lo que para algunos pacientes es todavía soportable, puede ser insoportable para otros. Se trata de la experiencia del paciente individual, desde la perspectiva de su historial vital y médico, su personalidad, su patrón de valores y su capacidad de aguante físico y psíquico. Teniendo en cuenta el trayecto previo, el médico debe sentir y comprender que el sufrimiento es insoportable para ese paciente concreto”. (Código sobre la Eutanasia 2022, p. 26-27).

Aunque los requisitos de diligencia y cuidado relativos al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b) y a la inexistencia de otra solución razonable (d) suelen verse y evaluarse conjuntamente, por su carácter coincidente, a continuación se comentarán los requisitos en dictámenes separados. El primer dictamen se centra en la falta de perspectivas de mejora y en el sufrimiento insoportable y el segundo dictamen se centra en el convencimiento conjunto del médico y el paciente de que no existe otra solución razonable. Con todo, debe tenerse en cuenta que ambos requisitos nunca pueden verse de forma totalmente independiente.

## SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

### Acumulación de enfermedades propias de la vejez, duda sobre el fundamento médico, explicación verbal del médico.

Una mujer de entre ochenta y noventa años tenía problemas auditivos y de visión y sufría de hipertensión y de vértigos. La mujer tenía también zonas sensibles en la piel, debido a un melanoma padecido con anterioridad.

Partiendo del expediente, la comisión no tenía suficientemente claro en qué consistía el sufrimiento insoportable de la mujer y cuál era la relación entre ese sufrimiento y las enfermedades constatadas médicamente.

Se invitó al médico a que diera una explicación verbal. Durante dicha conversación, el médico declaró a la comisión que la mujer cada vez sentía que tenía más limitaciones y sufría por el deterioro de su funcionamiento. Esto era lo que la mujer había indicado coherentemente en varias conversaciones mantenidas con el médico, desde diez meses antes de su fallecimiento. Debido al aumento y agravamiento de sus síntomas, al final la mujer no podía hacer ninguna de las cosas que antes le proporcionaban placer. No podía conducir, arreglar el jardín o seguir la actualidad en la televisión. Y cada vez tenía más dificultades para caminar de forma autónoma. La mujer estaba sola, triste y asustada.

El médico declaró también que la mujer siempre había sido perseverante y estricta consigo misma. También daba mucha importancia a su autonomía. Por eso no quería de ningún modo que la ingresaran en un establecimiento asistencial. Teniendo en cuenta el carácter y la historia vital de la mujer, el médico estaba convencido de que sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora.

El asesor consultado consideró que en el deseo de fallecimiento de la mujer existían aspectos de lo que denominó “vida agotada”. Pero creía que el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora también se basaba en enfermedades constatadas médicamente. Durante la conversación, el médico indicó que se sintió muy apoyado por esa conclusión. El asesor había preguntado detalladamente a la mujer sobre su sufrimiento.

La comisión constató que la mujer siempre había llevado una vida independiente. Pero con el transcurso de los años habían aumentado sus limitaciones, por lo que pasaba la mayor parte de sus días sentada en

una silla. La mujer sufría por ese deterioro y por la dependencia creciente. La comisión concluyó que la mujer ya no podía dar un contenido satisfactorio a su vida, debido a la acumulación de limitaciones.

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-056.*

## INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

### Problemas neurológicos por una caída, explicación escrita del médico, rechazo de exámenes y tratamiento posteriores.

Décadas antes del fallecimiento, una mujer de entre 60 y 70 años había sufrido una grave caída con lesiones en la cabeza. Posteriormente desarrolló problemas neurológicos, incluidos dolor de cabeza, dolor en el rostro, mareo, visión doble, problemas de sueño y de concentración. Un año antes de su fallecimiento, se rompió la cadera en una caída. Alrededor de un mes antes del fallecimiento, se rompió la muñeca en otra caída.

En el informe, el médico había indicado que no estaba plenamente convencido de que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora, de acuerdo con la opinión médica imperante. Además, el asesor hablaba de eventuales opciones de tratamiento para la mujer. Por ello, la comisión decidió pedir una explicación más detallada al médico.

En dicha explicación, el médico indicó que para redactar el informe se había dejado llevar por la expresión “de acuerdo con la opinión médica imperante”. Como algunos de los exámenes que se habían hecho a la mujer tenían mucho tiempo, no estaba seguro de si ahora existían adelantos médicos que pudieran dar cierto alivio a sus síntomas. El médico había comentado con la mujer eventuales opciones de tratamiento. Pero ella no quería someterse a más exámenes o tratamientos. La mujer estaba desanimada por los pocos resultados obtenidos con anteriores tratamientos. Tampoco quería apoyo psicológico, porque obtenía suficiente apoyo de su fe.

La comisión constató claramente que la mujer había estado bajo tratamiento de varios especialistas desde treinta años antes del fallecimiento, que no habían conseguido el efecto deseado. Aunque el asesor le había ofrecido algunas posibilidades de tratamiento, la comisión tuvo en cuenta que el asesor pudo ver claramente que la mujer no quería someterse a ningún otro tratamiento.

La comisión constató que la mujer ya no tenía fuerzas para someterse a ningún otro tratamiento. Teniendo en cuenta la edad de la mujer, su situación física y el extenso historial de tratamientos, todos los médicos implicados en el caso pudieron constatar cómo pensaba ella sobre esas posibilidades.

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

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-114.*

## CONSULTA

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

Se recomienda que el médico independiente que se consulte como asesor sea lo que se conoce como un médico SCEN. SCEN son las siglas de un programa de la Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), que significan “Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos” (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*, SCEN). Un médico SCEN está formado por la KNMG y está disponible y dispuesto a realizar una evaluación independiente y experta en el marco de una petición de eutanasia (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 30-31).

## CONSULTA

---

### Notificación que no suscita preguntas (NVO), cáncer, paciente residente en el Caribe Neerlandés.

A una mujer de entre sesenta y setenta años se le diagnosticó cáncer de pulmón con metástasis extendidas, dos semanas antes del fallecimiento. No existía curación posible. La mujer tenía muchos dolores que no podían tratarse con medicación. En un corto espacio de tiempo se había debilitado considerablemente y había quedado confinada a la cama. Consideraba la dependencia horrible.

Alrededor de una semana antes del fallecimiento, pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. El médico consultó con un asesor independiente que no era un médico SCEN. El motivo fue que no había ningún médico SCEN disponible en la isla donde residía la mujer. El asesor independiente concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Aunque se prefiere que un médico consulte como asesor a un médico SCEN, no es un requisito legal, y así se desprende también del Código sobre la Eutanasia. La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a todos los requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-054.*

## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Si se llega finalmente a la eutanasia, el médico debe llevarla a cabo con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las comisiones aplican como guía la Directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*) de 2021 (en lo sucesivo: la directriz). De acuerdo con la directriz, el médico debe disponer de una dosis de emergencia de sustancias, para el caso de que algo vaya mal con el primer lote (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 36-37).

## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

### Cáncer, administración de una segunda dosis de bloqueador neuromuscular, explicación escrita de la médica.

El proceso de eutanasia de una mujer de entre cincuenta y sesenta años transcurrió con dificultades. Para aclarar la situación, la médica declaró lo siguiente a la comisión.

El día anterior a la realización de la eutanasia, un equipo especializado de enfermería colocó una vía en una arteria de la parte interior del codo de la mujer. El día de la realización, la médica administró a la mujer una dosis de 2000 miligramos de tiopental, para provocar el coma. La mujer siguió respirando tranquila. Al administrarle la dosis, la médica no sintió ninguna resistencia en la jeringuilla y no se produjo ninguna inflamación de la piel. Media hora después de haber administrado el tiopental, la médica constató (tras aplicar un estímulo doloroso y comprobar el reflejo de parpadeo) que el coma de la mujer era suficientemente profundo. Seguidamente, la médica administró 150 miligramos de rocuronio como bloqueador neuromuscular. Como motivo del largo espacio de tiempo transcurrido entre la administración de las dos sustancias, la médica indicó que había optado por no realizar la eutanasia de forma excesivamente abrupta. Ese era también el deseo de la familia. No obstante, la mujer no falleció después de administrarle el rocuronio. La médica partió de que no había ningún problema con la vía, porque la había controlado. Por eso, después de transcurridos 25 minutos, decidió administrar el rocuronio de la dosis de emergencia. Como la mujer tampoco falleció inmediatamente después de administrar esa segunda dosis, la médica se puso en contacto con un anestesista del equipo de paliativos. Acordaron que si la situación no cambiaba, el personal de la ambulancia vendría a colocar una nueva aguja y que el farmacéutico suministraría una tercera dosis de sustancias para realizar la eutanasia. En los minutos siguientes, la mujer fue respirando cada vez más superficialmente y finalmente falleció.

La comisión constató que la médica no colocó una nueva vía a la mujer, después de que reaccionara insuficientemente a la administración del tiopental (a diferencia de lo que aconseja la directriz). También pasó un largo periodo de tiempo entre la administración del tiopental y la primera dosis de rocuronio, cuando la directriz aconseja administrar ambas dosis sucesivamente, si se constata que el coma es suficientemente profundo.

La comisión también constató que la médica se dejó aconsejar por un anestesista, cuando comprobó que la mujer no fallecía. Además, durante la realización de la eutanasia, la mujer no despertó del coma. La médica había controlado bien ese extremo. La médica mantuvo la calma durante la realización y nunca dejó solos a la mujer y su familia.

Por consiguiente, la comisión dictaminó que, aunque no se cumplió totalmente la directriz, en esta situación específica la médica llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente con la diligencia que exige la práctica médica. Según la comisión, la médica también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-116.*

## 2.3 CUATRO EJEMPLOS DE PACIENTES DE CATEGORÍAS ESPECIALES

A continuación se detallan cuatro dictámenes que se refieren a pacientes de categorías especiales. Las primeras dos notificaciones se refieren a pacientes con una enfermedad mental y una acumulación de enfermedades propias de la vejez. Las dos notificaciones siguientes se refieren a pacientes con demencia. Tres de estas cuatro notificaciones se consideraron casos que suscitaban preguntas (VO).

### ENFERMEDAD MENTAL

“Si la petición de eutanasia se deriva (en gran medida) del sufrimiento que causa una enfermedad mental, se pide a los médicos que apliquen un cuidado especial. [...] Las CRV dan contenido al citado punto de partida verificando si el médico ha consultado a un psiquiatra independiente y si ese profesional ha considerado que el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad con respecto a la petición, que el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora o que no existen otras alternativas razonables. Si es necesario, el psiquiatra independiente también puede asesorar sobre tratamientos”. (Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46-47).

## Varias enfermedades mentales

Una mujer de entre veinte y treinta años padecía un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), un trastorno del espectro autista (TEA), síndrome de estrés post traumático (SEPT) y periodos recurrentes de depresión. También tenía una discapacidad intelectual leve y anorexia. Debido a sus enfermedades, la mujer no podía dar sentido a su vida o disfrutar de actividades. También existía un riesgo constante de suicidio. La mujer estaba agotada y no quería seguir viviendo.

El médico constató que la mujer era consciente de su enfermedad y la comprendía y que conocía su situación, sus perspectivas y las consecuencias de su deseo de eutanasia. El psiquiatra independiente consideró que la mujer había podido explicar adecuadamente y de forma comprensible por qué solicitaba la eutanasia. El asesor, también psiquiatra, constató que el deseo de eutanasia de la mujer no era un síntoma de sus enfermedades mentales. Todos los médicos implicados concluyeron que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia.

Del expediente se desprende que en los seis años anteriores al fallecimiento, la mujer había seguido un amplio trayecto de tratamiento y control, con varios tipos de medicación, ingresos, control ambulante y tratamientos especializados. Se había tratado a la mujer conforme a las directrices vigentes, pero no había tenido suficiente efecto. Por el contrario, su situación había empeorado. La mujer estaba casi todo el día ocupada con sus rituales compulsivos, que dominaban su día a día debido a su TOC. También tenía pesadillas y revivía eventos traumáticos.

El psiquiatra independiente concluyó que, a pesar de la juventud de la mujer, su situación no podía mejorar con un tratamiento. Todos los médicos implicados consideraron que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para ella.

Según la comisión, el médico había actuado con el cuidado especial requerido. La comisión consideró que el médico pudo llegar al convencimiento de que existían una petición voluntaria y bien meditada y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y que el médico pudo llegar junto con la mujer al convencimiento de que no existía otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. Según la comisión, también se habían cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

### ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

El sufrimiento del paciente debe estar ocasionado por una afección médica que puede ser física o psíquica. Pero no es necesario que se trate de un solo problema médico dominante. El sufrimiento del paciente también puede ser consecuencia de una acumulación de problemas de salud mayores y menores. La suma de problemas médicos, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, pueden suponer un sufrimiento que sea insoportable para el paciente (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 25).

## ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

**Notificación que no suscita preguntas (NVO), varias enfermedades, se consulta con un geriatra, el médico de familia lleva a cabo la eutanasia.**

Una mujer de entre ochenta y noventa años padecía varias enfermedades propias de la vejez, desde bastante tiempo antes del fallecimiento. Estaba casi ciega, sufría de descalcificación ósea con colapso de vértebras, deformación grave de la espalda, y trastornos vasculares. Unos meses antes del fallecimiento, también se le diagnosticó demencia. Alrededor de un mes antes del fallecimiento, la mujer sufrió una infección por covid. Fue ingresada en el hospital, donde también sospecharon que la mujer sufría de insuficiencia cardíaca. Pero ella no quiso someterse a más exámenes.

La mujer tenía mucho dolor en la espalda, por lo que solo podía pasar los días sentada en una silla. Estaba muy cansada, tenía dificultades respiratorias, veía mal y cada vez perdía más la perspectiva. Ya no podía hacer cosas que antes podían distraerla, como ver la televisión o hacer punto. Prácticamente no podía cuidar de sí misma. Era necesario el ingreso en un establecimiento residencial medicalizado, pero la mujer no quería. Sufría por la pérdida de autonomía y la consiguiente dependencia de otros.

Unas dos semanas antes del fallecimiento, la mujer pidió al médico la eutanasia. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. Para mayor seguridad, el médico consultó con un geriatra, que concluyó también que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades de aliviar el sufrimiento. La comisión dictaminó que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-079.*

## DEMENCIA

Cuando un paciente sufre demencia, se pide al médico que aplique un cuidado especial en averiguar si se cumplen los requisitos de diligencia y cuidado. Se trata principalmente de los requisitos relativos a la voluntariedad y la adecuada consideración dada a la petición, y del sufrimiento insoportable del paciente. En la fase inicial de la demencia, suele ser suficiente con seguir el procedimiento general de consulta. En caso de duda acerca de la capacidad del paciente, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 49).

En casi todos los casos notificados, se trata de pacientes que todavía tienen suficiente conocimiento de su situación y que todavía tienen capacidad para expresar su voluntad con relación a una petición de eutanasia. Generalmente, el sufrimiento de estos pacientes (además de un deterioro real de la capacidad cognitiva y de su funcionamiento) viene determinado en parte por el miedo a un mayor deterioro y a las consecuencias negativas que todo ello conlleva para (en especial) la autonomía y la dignidad del paciente (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 49).

Si el proceso de demencia ha avanzado hasta un punto en que el paciente ya no tiene capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia, la eutanasia es posible en los casos en que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito que incluya una petición de eutanasia, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad. El artículo 2, párrafo segundo de la Ley WTL establece que una declaración escrita de voluntad puede sustituir a una petición verbal y que se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero de la Ley WTL (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 50).

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

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

### Demencia avanzada, se consulta con un geriatra, capacidad de expresar la voluntad.

A una mujer de entre ochenta y noventa años le diagnosticaron demencia varios meses antes de su fallecimiento. Probablemente tenía la enfermedad de Alzheimer. La mujer residía en un centro de vivienda asistida, pero debido a su rápido deterioro iba a ser ingresada en un establecimiento residencial medicalizado. La mujer había vivido una situación así con su esposo, ya fallecido, y no quería pasar por ello. Consideraba que era inhumano.

La médica, que había sido médica de familia de la mujer desde hacía muchos años, había hablado regularmente con ella sobre la eutanasia. En esas conversaciones, la mujer indicó constantemente que no quería ir a un establecimiento residencial medicalizado y que si la demencia avanzaba, quería la eutanasia. La médica pidió la asistencia de un geriatra. El geriatra consideró que la mujer podía prever adecuadamente las consecuencias de su decisión. El asesor también concluyó que, a pesar de la pérdida creciente de la comprensión de la enfermedad, podía explicar claramente por qué deseaba la eutanasia. Todos los médicos implicados consideraron que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia.

En opinión de la médica, la mujer sufría de forma insoportable. Con anterioridad, había llevado siempre la dirección de su vida, y ahora no podía debido a la demencia. Tampoco podía ya disfrutar de la música. Además, estaba en contra de la próxima mudanza a un establecimiento residencial medicalizado. También comenzó a sentir ansiedad y mostraba una actitud generalizada de sospecha; sufría además dolores ocasionados por una neuropatía (funcionamiento defectuoso de uno o más nervios). El dolor no podía tratarse adecuadamente, porque le daba miedo la medicación nueva. El asesor también concluyó que la mujer sufría de forma insoportable por la perspectiva de un mayor deterioro cognitivo y el ingreso en un establecimiento residencial medicalizado. El geriatra constató que el sufrimiento de la mujer era real. Sufría porque su vida no tenía sentido, por la soledad y por la dependencia de otros.

La comisión consideró que la médica había actuado con el cuidado especial que se esperaba que aplicara en esta situación. La comisión dictaminó que la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada y un sufrimiento insoportable. Según la comisión, también se habían cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

## PACIENTE CON DEMENCIA, QUE YA NO TENÍA CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD

### Enfermedad de Alzheimer, declaración de voluntad por escrito, Centro Especializado de Eutanasia.

Unos dos años y medio años antes del fallecimiento, se diagnosticó a una mujer de entre setenta y ochenta años la enfermedad de Alzheimer, partiendo de síntomas de larga duración. Más de dos años antes del fallecimiento, la mujer había otorgado ante un notario un testamento vital, que incluía una declaración sobre la demencia. Alrededor de un año antes del fallecimiento, la mujer redactó una declaración de voluntad adicional.

El esposo de la mujer acudió al Centro Especializado de Eutanasia, porque el médico de familia no quería llevar a cabo la eutanasia en casos de demencia. El médico visitó por primera vez a la mujer nueve meses antes del fallecimiento y repitió la visita un mes después. Durante esas dos visitas, la mujer hizo comentarios de los que se desprendía que quería quedarse con su esposo.

Dos meses y medio antes del fallecimiento, el esposo volvió a ponerse en contacto con el médico. Pidió al médico que accediera al deseo de eutanasia de su esposa. La mujer ya no podía expresar esta petición. El médico todavía visitó a la mujer otras cuatro veces.

#### PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

Partiendo del expediente, la comisión constató que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad en el momento en que redactó su declaración de voluntad. En su testamento vital, que incluía una declaración sobre la demencia, la mujer había indicado que deseaba fallecer si se encontraba en la fase final de un deterioro psíquico para el que ya no existía ningún tratamiento razonable. La mujer también había redactado una declaración de voluntad adicional, con el título “miedo a lo que me espera”. En ella, la mujer había escrito que temía perder su dignidad ahora que no podía pensar con claridad y que ya no podía cuidar de sí misma. La mujer no quería depender de otros; deseaba tener un final digno.

Durante la visita del médico, dos meses antes del fallecimiento, concluyó que la mujer ya no tenía capacidad de expresar su voluntad sobre su petición de eutanasia. La situación de la mujer había empeorado gravemente. Según el médico, su situación era la que había mencionado la mujer en su declaración de voluntad. El médico habló también con

allegados de la mujer. Todos ellos declararon que la mujer no habría querido llegar a una situación como la actual. Los médicos que trataban a la mujer también confirmaron este extremo.

La comisión constató que, aunque el testamento vital de la mujer había sido redactado en términos relativamente generales, su declaración de voluntad adicional dejaba todo más claro. La comisión estaba convencida de que en el momento de la terminación de la vida se daban las circunstancias a las que se refería la mujer en su testamento vital y que también había descrito en su declaración de voluntad adicional. De hecho, la mujer era totalmente dependiente y ya no controlaba sus pensamientos y actos. Y la mujer había mencionado expresamente esos aspectos en su declaración de voluntad. La comisión también concluyó que la declaración de voluntad de la mujer cumplía los dos elementos esenciales. De la declaración de voluntad se desprendía que la mujer quería la eutanasia si llegaba a ser incapaz de expresar su voluntad debido a la demencia. Además, el motivo de su petición era el sufrimiento derivado de la demencia.

La comisión constató asimismo que el médico había hecho varios intentos de conseguir contacto con la mujer. Investigó si la mujer podía indicar (verbalmente o de forma no verbal) que ya no quería la eutanasia. Durante la última conversación entre el médico y la mujer, la comunicación fue muy difícil. La mayoría de las expresiones de la mujer eran incomprensibles. Pero en los momentos en que la mujer parecía lúcida, hacía afirmaciones como “estoy perdida, ya no quiero seguir, no puedo hacer nada”.

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

Por lo que se refiere al sufrimiento insoportable, la comisión consideró que el médico lo había investigado cuidadosamente. En una fase anterior, la mujer estaba frustrada por lo que otros podían hacer y ella no. Después, pasaba largos periodos llorando. Según el médico, era inconsolable, parecía asustada y podía verse el miedo en sus ojos. La mujer estaba cada vez más intranquila. Pasaba el tiempo caminando sin destino con la espalda arqueada y a veces la encontraban arrodillada a gatas, cayéndole la baba y pidiendo ayuda. La mujer prácticamente no podía hablar y tenía problemas para tragar, por lo que solo podía consumir alimentos líquidos. Esto la había hecho adelgazar mucho.

Esta imagen fue también confirmada por médicos que trataban a la mujer o estaban implicados con ella. Veían el sufrimiento en los ojos de la mujer. En ocasiones, la mujer tenía momentos de lucidez. Entonces se marchaba enfadada y apenada. Y era en esos momentos cuando podía

verse claramente el sufrimiento insoportable. El médico concluyó que existía sufrimiento psíquico y físico. Sufría por su demencia.

La geriatra independiente y el asesor confirmaron también que la mujer sufría de forma insoportable, también en los momentos en que parecía estar más lúcida. Durante la conversación con el asesor, la mujer parecía constantemente asustada, murmuraba que tenía miedo y que ya no quería seguir. El médico estaba convencido de que no existía ninguna otra solución razonable para aliviar el sufrimiento de la mujer. Era totalmente dependiente y su deterioro cognitivo era irreversible. El apoyo recibido y la medicación no habían aliviado suficientemente el sufrimiento de la mujer. Tampoco quería ser ingresada en un establecimiento medicalizado. Por lo demás, su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora. La geriatra independiente y el asesor confirmaron la conclusión del médico.

### INFORMACIÓN FACILITADA SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS PERSPECTIVAS

Del expediente se desprendía claramente que, desde el diagnóstico, la mujer había hablado regularmente con el médico de familia sobre eutanasia y sobre sus declaraciones de voluntad. También había hablado con sus allegados sobre la enfermedad y sobre su futuro. La mujer había escrito también varias cartas de las que se desprendía que era consciente de su enfermedad y de la evolución que tendría. Además, durante las dos primeras conversaciones, el médico pudo hablar todavía adecuadamente con la mujer sobre su deseo de eutanasia. Por ello, la comisión dictaminó que, en el momento de redactar sus declaraciones de voluntad, la mujer era consciente de su cuadro clínico y del desarrollo de la enfermedad.

### CONSULTA

El asesor consultado visitó a la mujer, habló con ella y estudió toda la información relevante, como por ejemplo la declaración de voluntad por escrito. También habló con el esposo de la mujer. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado para la realización de la eutanasia. La comisión constató que el médico también había consultado con una geriatra independiente. La geriatra leyó el expediente y habló con los distintos implicados. También escuchó grabaciones de la mujer. La geriatra intentó mantener una conversación con la mujer. Llegó a la conclusión de que la mujer no tenía capacidad de expresar su voluntad y coincidió con el médico en que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

### REALIZACIÓN

La comisión constató que el médico había hablado con los allegados de la mujer sobre la realización de la eutanasia, durante la última visita, y que

también estaba presente la mujer. Debido al comportamiento intranquilo de la mujer, el médico consideró conveniente (de común acuerdo con el farmacéutico) administrar medicación relajante antes de la realización. Esa medicación previa se mezcló con la compota de manzana de la mujer. La mujer comió la compota y se tumbó en la cama. El médico no estaba todavía presente. Después de tres cuartos de hora, la medicación previa comenzó a hacer efecto y la mujer se durmió. El médico, que acababa de llegar, llevó a cabo la terminación de la vida conforme a la directriz de la KNMG/KNMP de septiembre de 2021, sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio.

La comisión consideró que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer, y que la petición escrita de eutanasia mencionada podía sustituir a la petición verbal. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

*Puede encontrarse en el sitio web con el número 2022-043.*

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

---

En el año recogido en este informe, las CRV solo llegaron en trece ocasiones al dictamen de que el médico no había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado al llevar a cabo la eutanasia. En una de las notificaciones no se cumplieron varios requisitos de diligencia y cuidado. En seis casos se trató del requisito relativo a la consulta, cinco dictámenes se referían al cuidado especial que debe aplicarse con pacientes con una enfermedad mental y en un caso no se realizó con la diligencia que exige la práctica médica. Todos esos dictámenes pueden consultarse en el sitio web.

#### **INCUMPLIMIENTO DE VARIOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO**

La Ley WTL establece que el médico que lleve a cabo la eutanasia debe cumplir los requisitos de diligencia y cuidado. Esto significa que, entre otras cosas, debe existir una petición voluntaria y bien meditada del paciente, un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y no debe haber otra solución razonable para la situación en que se encuentra el paciente. En la siguiente notificación, el propio médico no estaba convencido de que se hubieran cumplido estos requisitos de diligencia y cuidado.

En esta notificación, el médico escribió en el informe que tuvo alguna duda durante el trayecto de eutanasia. También escribió que había llegado con la paciente a un compromiso: no llevar a cabo la terminación de la vida y facilitarle ayuda al suicidio. Por eso, la comisión decidió invitar al médico a que diera una explicación verbal.

Durante la conversación con la comisión, el médico declaró que le había parecido raro que la mujer hiciera una petición de eutanasia. De hecho, su esposo había sido recientemente ingresado en un establecimiento residencial medicalizado. Como el médico tenía la impresión de que la mujer no era psíquicamente estable, decidió contactar con un psiquiatra independiente. El psiquiatra constató que no existía una depresión o enfermedad mental, y consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad. El asesor también consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad. Por su parte, el médico declaró que pensó que la petición de eutanasia de la mujer se debía a la soledad y a una posible depresión.

El médico tampoco estaba convencido de que el sufrimiento de la mujer no tenía perspectivas de mejora. Consideraba que mudarse a una residencia para la tercera edad todavía podía ser una solución razonable para la mujer. De esa forma, la mujer tendría contacto con otras personas y quizá podría disfrutar más de la vida. Pero la mujer no quería oír hablar de una mudanza y el médico no comprendía muy bien esa actitud. El hecho de que el psiquiatra independiente y el asesor considerasen que la mujer sufría sin perspectivas de mejora y que no existía para ella otra solución razonable no influyó en las dudas del médico. Como el médico quería acceder al deseo de la mujer, decidió llegar a un “compromiso”: no aplicaría la eutanasia con ayuda de una vía, sino que sería una ayuda al suicidio (la propia mujer tomaría un líquido que terminaría su vida).

Durante la conversación, la comisión señaló al médico que la ley no ofrece espacio para un compromiso así. A la terminación de la vida a petición del paciente y a la ayuda al suicidio se les aplican los mismos requisitos de diligencia y cuidado. El médico debería haber hablado con la mujer sobre sus dudas. La comisión comprendió el comentario del médico en el sentido de que la ingesta de las sustancias para la eutanasia era una prueba del deseo intrínseco de la mujer, pero eso no supone ninguna diferencia a la hora de evaluar los requisitos de diligencia y cuidado.

Como el médico no había llegado al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer, que sufría sin

perspectivas de mejora y que no existía para ella ninguna otra solución razonable, el médico no debía haber procedido a llevar a cabo la eutanasia. La comisión dictaminó que el médico no había actuado conforme a esos requisitos de diligencia y cuidado. El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

### CONSULTA CON UN ASESOR INDEPENDIENTE

La Ley WTL exige que el médico consulte al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen escrito sobre los requisitos mencionados en los puntos a, b, c y d. Por lo que respecta a la independencia del asesor, el Código sobre la Eutanasia dice que la ley habla de un “médico independiente” cuando se refiere al asesor. En este contexto, independiente significa que el asesor esté en condiciones de emitir un dictamen propio. Se trata además de la independencia con respecto al médico y al paciente. La independencia que se exige al asesor con respecto al médico implica que no exista ninguna relación personal, organizativa, jerárquica o financiera entre ellos. Por ejemplo, no puede actuar como asesor un compañero de consulta, un miembro de la misma sociedad civil, un familiar o un médico que tenga una relación de dependencia con el médico que solicita el asesoramiento (que puede ser financiera o de otro tipo, como por ejemplo un asistente de un médico). Tampoco se acepta a un asesor que sea paciente del médico encargado (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 30-32).

La comisión dictaminó con relación a tres notificaciones que existía una relación de dependencia porque el asesor estaba inscrito como paciente del médico encargado. Una de esas notificaciones se detalla a continuación; las otras dos pueden encontrarse en el sitio web.

## DICTAMEN 2022-052

(véanse también el dictamen 2022-070 y el dictamen 2022-109)

En esta notificación, la médica escribe lo siguiente en el informe sobre la independencia del asesor con respecto a sí misma: *“Casualmente, es paciente mío. Yo misma lo descubrí, pero nunca lo he visto en la sala de espera. No tenemos ninguna otra relación”*. El asesor escribió en su informe: *“Me siento libre para actuar como asesor. Conozco a la médica de familia como colega, pero no tenemos otra relación”*.

De la explicación verbal ante la comisión se desprendió que la médica y el asesor habían entrado en contacto a través del calendario de turnos de los médicos SCEN. La médica reconoció el nombre del asesor. La médica declaró durante la explicación verbal que ambos comentaron si suponía un problema que el asesor estuviera registrado como paciente en la consulta de la médica. El asesor dijo que no. Por eso, la médica no consideró ponerse en contacto con otro médico SCEN.

La médica declaró también que se había hecho cargo de la consulta de su predecesor, que tenía un gran número de pacientes. El asesor ya era entonces paciente de la consulta. Nunca habló con él para conocerse. El asesor tampoco estuvo nunca en la consulta de la médica. Tampoco existieron remisiones a especialistas o contactos telefónicos entre ambos. Según la médica, no existía una relación terapéutica activa. No tenía la “sensación” de que el asesor fuera su paciente. El asesor declaró también que nunca había visitado a la médica ni había hablado anteriormente con ella. Sí que había estado en la consulta, pero no con la médica.

La comisión considera que no es deseable que se encargue de la consulta un médico que esté inscrito como paciente del médico encargado de la eutanasia, porque debe evitarse la apariencia de falta de independencia.<sup>8</sup> En este caso, existe la apariencia de falta de independencia por la existencia de una relación médico-paciente entre la médica y el asesor.

La médica sabía que el asesor estaba inscrito en su consulta como paciente. Debería haber consultado con otro asesor para evitar cualquier apariencia de falta de independencia. La comisión dictaminó que, en este caso, no existió una consulta con un médico independiente. La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

<sup>8</sup> En el momento de emitirse este dictamen, todavía estaba vigente el Código sobre la Eutanasia 2018 (versión revisada de 2020). Por eso, en este dictamen se usa la expresión “apariencia de falta de independencia”. Dicha expresión no aparece ya en el nuevo Código sobre la Eutanasia 2022. Pero no han cambiado las normas sobre la relación de independencia entre el médico y el asesor.

Independencia del asesor con respecto a paciente (eutanasia doble)  
En ocasiones, puede ser que los dos miembros de una pareja presenten simultáneamente una petición de eutanasia. Si se accede a ambas peticiones, se denomina también “eutanasia doble”. En esos casos, las comisiones esperan que el médico o los médicos consulten a un asesor diferente para cada uno de los miembros de la pareja. Esto es necesario para garantizar que ambas peticiones de eutanasia se evalúan por separado. Ambos asesores deben asegurarse de que no existe ninguna presión de un miembro de la pareja sobre (la petición de eutanasia de) el otro. (Código sobre la Eutanasia 2022, p.33).

Las siguientes notificaciones (combinadas) se refieren a esta situación.

En esta notificación, un hombre y su esposa pidieron al mismo tiempo la eutanasia. Los esposos residían juntos en un establecimiento residencial medicalizado.

La comisión se dio cuenta de que tanto el hombre como la mujer habían consultado con el mismo asesor. La comisión decidió invitar al médico y al asesor a que dieran una explicación verbal.

Durante la conversación quedó claro que el médico ya le había comentado por teléfono al asesor que se trataba de una consulta SCEN para una pareja. El asesor comunicó que no consideraba la petición como una eutanasia doble, sino como dos consultas independientes. El asesor visitó sucesivamente a los dos miembros de la pareja en el mismo día: primero a la mujer y después al hombre. El asesor mantuvo parte de la conversación con cada uno de los dos esposos por separado. En ambos casos, el asesor llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Tanto el médico como el asesor declararon que no conocían el texto del Código sobre la Eutanasia en el que se dice que en los casos de eutanasia doble debe consultarse con un asesor distinto para cada uno de los pacientes.

Dado que el asesor había hablado tanto con el hombre como con la mujer, no se podía evitar la apariencia de falta de independencia con respecto a ambos pacientes.<sup>9</sup> Además, el asesor había declarado que si el médico lo hubiera solicitado, habría sido posible que dos asesores distintos visitasen al hombre y a la mujer. Por tanto, la comisión dictaminó que el médico no había cumplido el requisito de consulta con al menos otro médico independiente.

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

### EL ASESOR DEBE VER AL PACIENTE

Tanto en la Memoria Explicativa de la Ley WTL como en el Código sobre la Eutanasia se indica que el asesor debe ver al paciente. Normalmente, “ver” al paciente significa: “visitar” al paciente (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 34, nota al pie). En la siguiente notificación, el médico no cumplió este requisito.

<sup>9</sup> En el momento de emitirse este dictamen, todavía estaba vigente el Código sobre la Eutanasia 2018 (versión revisada de 2020). Por eso, en este dictamen se usa la expresión “apariencia de falta de independencia”. Dicha expresión no aparece ya en el nuevo Código sobre la Eutanasia 2022. Pero no han cambiado las normas sobre la relación de independencia entre el médico y el asesor.

En esta notificación, el asesor no visitó o vio al paciente: la consulta fue telefónica debido a síntomas de covid. La comisión invitó a la médica y al asesor para que lo explicaran.

En la conversación con la comisión, la médica declaró que no se dio cuenta de que la consulta SCEN se había realizado por teléfono, hasta que no recibió el informe SCEN. La médica conocía el requisito de que el asesor debe ver al paciente. Por eso, preguntó al asesor si estaba permitido que no realizara una visita física. El asesor consultó con un colega, también médico SCEN, y llegó a la convicción de que una consulta telefónica cumplía los requisitos de diligencia y cuidado. Y así se lo comunicó a la médica. La médica se fijo de dicha información.

El asesor comunicó por escrito a la comisión que para el paciente no era posible mantener una videollamada. La médica ya no comprobó este extremo, pero durante la conversación con la comisión indicó que realmente no veía por qué el paciente no había podido mantener una videollamada.

La comisión constató que la evaluación del asesor no se llevó a cabo de forma corriente. La médico es la responsable final de la eutanasia y, en consecuencia, es responsable de que se cumpla el requisito de que la consulta se realice adecuadamente. Aunque la médica había compartido con el asesor sus dudas sobre una consulta telefónica, finalmente estuvo conforme con esa forma de trabajo. La médica debía haber controlado si la información del asesor era suficiente.

Además, en esta situación concreta había posibilidades de haber celebrado la consulta de forma correcta. La médica podía haber recurrido a otro médico SCEN; según ella, había habido tiempo suficiente para ello. También se podía haber estudiado la opción de una consulta por videollamada. De esa forma, el asesor habría visto en cualquier caso al paciente.<sup>10</sup>

La comisión dictaminó que no se había cumplido el requisito de consulta con al menos otro médico independiente. La médica sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

*10 Durante la situación excepcional vivida con la pandemia de covid, los médicos SCEN podían usar medios digitales (videollamadas) para una consulta SCEN, en lugar de visitar físicamente al paciente. La regulación que posibilitaba esta excepción ya ha sido derogada.*

## REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Para verificar la diligencia de la práctica médica en la terminación de la vida, las CRV aplican como guía la Directriz de la KNMG/KNMP sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, en lo sucesivo: la directriz). En caso de terminación de la vida a petición del paciente, según la directriz debe administrarse una sustancia para inducir el coma, seguida de la administración de un bloqueador neuromuscular (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 36-37). La directriz también prescribe que solo puede administrarse un bloqueador neuromuscular si la consciencia del paciente ha disminuido suficientemente por la administración de la sustancia inductora del coma y si el médico ha constatado adecuadamente este extremo. En la siguiente notificación, no se cumple este requisito.

Durante la realización de esta eutanasia, el médico quiso limpiar con cloruro de sodio la vía que se había puesto al paciente, antes de administrar la sustancia inductora del coma y el bloqueador neuromuscular. Al ir a administrar la primera sustancia, el médico tomó por accidente la jeringuilla equivocada, esto es: la jeringuilla con el bloqueador neuromuscular. Inyectó una tercera parte de dicha sustancia en la vía, pensando que era la jeringuilla con cloruro de sodio.

Pasados entre tres y cinco minutos, el médico vio que el hombre estaba inconsciente. El médico comprobó la respiración, la actividad cardíaca y los reflejos y constató que el hombre había fallecido. El médico comprobó el gotero y vio la jeringuilla medio vacía con el bloqueador neuromuscular. Entonces se dio cuenta de que había cometido un error.

El médico informó al forense sobre lo sucedido. Juntos comentaron que no estaba claro cuándo había fallecido realmente el paciente. Pudo ser por la administración del bloqueador neuromuscular, pero también pudo ser un paro cardíaco. Esto último debido al débil estado del hombre y a que se había desconectado el desfibrilador cardioversor implantable (ICD). Como se había administrado el bloqueador neuromuscular, se decidió notificarlo a la CRV.

Se invitó al médico a una conversación. Indicó que era consciente del descuido en la realización y que nunca debió producirse la confusión de jeringuillas. Había comentado la accidentada realización en una consulta interdisciplinaria y había hecho un aviso seguro de incidente (VIM). El médico propuso además varios puntos de mejora para sí mismo, con el fin de evitar que esto se repitiera en el futuro.

La comisión señaló que la directriz prescribe que solo puede administrarse un bloqueador neuromuscular si la consciencia del paciente ha disminuido suficientemente y si el médico ha constatado adecuadamente este extremo. El médico no administró al paciente ninguna sustancia inductora del coma. En consecuencia, la disminución de la consciencia del hombre era insuficiente cuando el médico administró el bloqueador neuromuscular. La comisión consideró que el médico no había cumplido el requisito de la realización con la diligencia de la práctica médica.

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

## APLICACIÓN DE UN CUIDADO ESPECIAL EN CASO DE ENFERMEDADES MENTALES

Si una petición de eutanasia se deriva (en gran medida) del sufrimiento que causa una enfermedad mental, se pide a los médicos que apliquen un cuidado especial. Dicho cuidado especial se refiere sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la inexistencia de otra solución razonable. El punto de partida de la CRV es que, en este tipo de pacientes, el médico siempre recurra a los conocimientos de un experto en psiquiatría. El objeto de recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría es que el médico pueda informarse adecuadamente y reflexionar de forma crítica sobre el convencimiento propio (véase a este respecto el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46-47).

En las siguientes tres notificaciones no se cumplió el requisito de la consulta con un psiquiatra independiente. Por tanto, los médicos no aplicaron el cuidado especial que exigen estas situaciones.

## DICTAMEN 2022-039

---

Esta notificación se refiere a una mujer con un trastorno depresivo crónico. Se había sometido a varios tratamientos, sin resultado. La mujer también sufría diversos síntomas físicos, sobre todo dolores abdominales y síntomas similares a la enfermedad de Parkinson. No se encontraron causas somáticas para esos síntomas. Además, la mujer quedó ciega de un ojo debido a un infarto cerebral y posiblemente había desarrollado trastornos neurocognitivos.

Aunque el médico menciona expresamente en el informe el papel central del trastorno depresivo de la mujer en la petición de eutanasia, no consultó a un psiquiatra independiente.

La comisión decidió invitar al médico a una conversación. El médico indicó que para adoptar su decisión había partido íntegramente de la conclusión del asesor. El asesor constató que el sufrimiento de la mujer estaba ocasionado esencialmente por su trastorno depresivo. Seguidamente, el asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado para la realización de la eutanasia.

Según la comisión, el dictamen del asesor (que no era psiquiatra) fue insuficiente. Después de que el asesor hubiera constatado que el sufrimiento de la mujer estaba ocasionado esencialmente por un trastorno depresivo, debería haber advertido al médico del requisito que recoge el Código sobre la Eutanasia sobre la necesidad de consultar a un psiquiatra independiente en casos así. No obstante, aunque el asesor debía haber informado mejor al médico en este caso, el médico sigue siendo el responsable.

Como el médico no consultó con un psiquiatra independiente, la comisión dictaminó que el médico no pudo fundamentar suficientemente que la petición de la mujer era voluntaria y bien meditada, que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para la situación.

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

Esta notificación se refiere a una mujer que desde su temprana juventud había padecido depresiones, trastorno de ansiedad, trastorno límite de la personalidad y síndrome de estrés postraumático (SEPT). Había sido ampliamente tratada por todo ello. Además, la mujer tenía un síndrome de dolor crónico incapacitante y problemas de visión y audición. La mujer dependía de otras personas y se encontraba en situación de aislamiento social.

Cuatro años antes, la mujer había iniciado un trayecto de eutanasia con ayuda de su médico de familia. El asesor que se consultó entonces manifestó que era necesaria una consulta psiquiátrica. La mujer se negó, debido a sus experiencias traumáticas con la psiquiatría. El trayecto de eutanasia quedó interrumpido por ese motivo. Cuando la mujer quiso iniciar un nuevo trayecto de eutanasia, se puso en contacto con una médica de familia (en lo sucesivo: la médica) que conocía por haber participado en una investigación científica.

La médica implicó a un geriatra independiente. El geriatra no se pronunció suficientemente sobre el sufrimiento psíquico de la mujer para poder extraer ninguna conclusión. El asesor consultado concluyó que la problemática psíquica crónica de la mujer no influía en su capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia. De esta forma, el asesor (el mismo que había visitado a la mujer cuatro años antes) no extrajo la misma conclusión que en la ocasión anterior, cuando indicó que era necesaria una evaluación psiquiátrica de la petición de eutanasia de esta mujer. El asesor coincidió con la médica en que la evaluación psiquiátrica “no era realista ni eficaz y era desproporcionada”. Pero no fundamentó dicha afirmación.

Tras estudiar el expediente, la comisión quiso obtener más información sobre el trayecto de eutanasia, dado su especial desarrollo. Por eso, la comisión invitó a la médica a que diera una explicación verbal.

En la conversación con la comisión, la médica indicó que el SEPT de la mujer había remitido. Según ella, tampoco sufría ya de depresión ni de trastorno de ansiedad. Además, el trastorno límite de la personalidad no había influido en la capacidad de la mujer de expresar su voluntad. La médica consideró comprensible que la mujer no hubiera querido colaborar con una consulta psiquiátrica, por el miedo de que resurgiera el SEPT. La médica no había tenido ninguna duda sobre la capacidad de la mujer de expresar su voluntad con respecto a la eutanasia y, en consecuencia, tampoco había visto ningún motivo para consultar con un psiquiatra independiente.

Por lo que respecta al sufrimiento sin perspectivas de mejora y a la inexistencia de otra solución razonable, la médica indicó durante la conversación que la mujer no quería someterse a ningún tratamiento de su síndrome de dolor crónico. No se podía hacer nada con sus problemas de visión y audición. Según la médica, el sufrimiento psíquico era irreversible. En opinión de la médica, implicar a un psiquiatra independiente para evaluar la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento era una carga innecesaria para la mujer.

La comisión manifestó que aunque la médica y el asesor no tenían dudas sobre la capacidad de la mujer de expresar su voluntad, la médica debía haber actuado con un cuidado especial, teniendo en cuenta la problemática psíquica de la mujer y la complejidad del caso. La médica consideraba que la problemática psíquica de la mujer era menos intensa. No obstante, según la comisión, esto debería haber sido constatado por un psiquiatra independiente. La comisión también tuvo en cuenta que en el anterior trayecto de eutanasia se había constatado la necesidad de una consulta psiquiátrica. Además, la comisión también sopesó que la médica no había tenido una relación terapéutica de larga duración con la mujer. Solo mantuvieron una conversación personal; el resto de los contactos se mantuvieron en gran parte por vía digital.

Como la médica no consultó con un psiquiatra independiente, la comisión dictaminó que la médica no había fundamentado suficientemente su convicción de que la petición de la mujer era voluntaria y bien meditada, que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para la situación.

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

Esta notificación se refiere a la eutanasia de una mujer con un trastorno obsesivo compulsivo. También tenía un trastorno límite de la personalidad y una depresión crónica. La mujer mostraba tendencias suicidas. Debido a su obsesión extrema de control, la vida cotidiana de la mujer estaba limitada: ya no podía salir fuera y prácticamente no tenía contactos sociales. La mujer estaba triste, asustada y sola.

El anterior médico de familia de la mujer ya la había remitido anteriormente a un psiquiatra, para ver si todavía existían opciones de tratamiento. El psiquiatra examinó a la mujer dos años antes del fallecimiento. Concluyó que la depresión de la mujer estaba en gran parte en remisión y que había encontrado un equilibrio para vivir con su trastorno obsesivo compulsivo. También consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad en lo relativo al rechazo del tratamiento. En el informe, el psiquiatra había indicado expresamente que no había hablado con la mujer en el marco de una petición de eutanasia, sino con vistas a posibles posibilidades de tratamiento.

Se invitó a la médica a que diera una explicación verbal. Durante la conversación con la comisión, la médica confirmó que había considerado el informe del psiquiatra como un informe de un psiquiatra independiente, relacionado con el “cuidado especial” requerido. La médica consideró que el informe daba suficiente respuesta a las preguntas que ella también habría planteado en el marco de una petición de eutanasia. La médica consideró que el hecho de que el informe tuviera dos años de antigüedad no era suficiente motivo para contactar nuevamente con el psiquiatra. La situación de la mujer no había cambiado desde entonces. Sobre la indicación expresa del psiquiatra de que el examen no se había realizado en el marco de una petición de eutanasia, la médica declaró que esto se había incluido en el informe debido a la diferencia de opinión entre la mujer y el centro de tratamiento al que estaba vinculado el psiquiatra. Según la médica, en el momento en que se realizó el examen la mujer ya tenía un deseo de morir.

La comisión dictaminó que el informe del psiquiatra no podía considerarse una consulta de un experto independiente como la mencionada en el Código sobre la Eutanasia. El psiquiatra alegó que su examen no se había realizado en el marco de una petición de eutanasia. Además, pasaron dos años entre el informe y la realización de la terminación de la vida. En ese caso, la médica debe averiguar si las circunstancias han cambiado. Lo lógico es que la médica se ponga

nuevamente en contacto con el psiquiatra consultado. Como no hubo contacto entre la médica y el psiquiatra, la médica no pudo reflexionar de forma suficientemente crítica sobre sus propias convicciones. El informe del asesor consultado tampoco podía sustituir la consulta con el psiquiatra, dado que no disponía de suficientes conocimientos en el campo de la psiquiatría.

Como la médica no consultó con un psiquiatra independiente, la comisión dictaminó que la médica no había fundamentado suficientemente su convicción de que la petición de la mujer era voluntaria y bien meditada, que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para la situación.

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

En la cuarta notificación, el médico consultó con un psiquiatra independiente, pero este no se pronunció sobre la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento ni sobre la inexistencia de otra solución razonable.

## DICTAMEN 2022-075

---

Esta notificación se refiere a la eutanasia de una mujer que tenía dolor crónico desde hacía nueve años, en varias partes del cuerpo. La mujer ya no podía soportar el dolor. No se conocía la causa de ese dolor y, aunque la mujer se sometió a diversos tratamientos, no tuvieron éxito. La mujer también tenía un trastorno límite de la personalidad y depresiones recurrentes.

El médico consultó con un psiquiatra independiente. No obstante, el médico solo le pidió que evaluara la situación mental de la mujer en relación con su deseo de eutanasia (el médico no era consciente de que el psiquiatra independiente debía pronunciarse también sobre otras cuestiones). El psiquiatra independiente consideró que la mujer tenía capacidad de expresar su voluntad sobre la petición de eutanasia. Los demás médicos implicados tampoco tenían ninguna duda sobre la capacidad de la mujer para expresar su voluntad sobre la petición de eutanasia.

En su informe, el psiquiatra independiente señaló también que no tenía suficiente información sobre el trayecto terapéutico por el que había pasado la mujer a lo largo de los años. Por eso, tenía dudas sobre la influencia de su patrón de vida en su estado de ánimo y en el consiguiente deseo de eutanasia. El psiquiatra independiente consideró que quizá todavía se podía influir en el deseo de eutanasia.

La comisión decidió invitar al médico a una conversación sobre la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento de la mujer, entre otras cosas. Durante dicha conversación, el médico declaró que consideraba que el sufrimiento de la mujer no tenía perspectivas de mejora. Nunca se había encontrado una explicación para sus dolores. Desde la consulta de salud mental donde se había tratado a la mujer se indicó que (después de que la mujer la visitara durante años) no podían hacer nada más por ella. La mujer ya no quería someterse a más exámenes ni seguir más tratamientos.

El médico declaró que, después de que el psiquiatra independiente confirmó que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad sobre la

eutanasia, no tuvo en cuenta los demás comentarios del psiquiatra independiente sobre posibles opciones de tratamiento. El médico sí que pidió al asesor que evaluara las eventuales opciones de tratamiento de la mujer. Por eso, el asesor pidió información sobre el historial de tratamientos. El médico pidió esos datos a la clínica psiquiátrica y los compartió con el asesor. Partiendo de dichos datos, el asesor llegó al convencimiento de que el sufrimiento no tenía perspectivas de mejora. El asesor compartió seguidamente esa información con el psiquiatra independiente que, partiendo de la información obtenida, pudo entender que el asesor hubiera llegado a esa conclusión.

La comisión consideró que los acontecimientos se habían desarrollado de forma extraña. Sobre todo porque el psiquiatra independiente indicó al asesor que entendía su visión, cuando algo así debe comentarse realmente con el médico. Porque el responsable del trayecto de eutanasia es el médico, no el asesor. El médico debe disponer también de todos los datos y debía haber comentado con el psiquiatra independiente sus consideraciones y conclusiones. Sobre todo porque el psiquiatra independiente había expresado anteriormente dudas sobre la ausencia de perspectivas de mejora. Es cierto que el médico no había pedido expresamente esa opinión, pero cuando el psiquiatra independiente indicó que tenía dudas, el médico debería haberlo tenido en cuenta en su decisión.

La comisión concluyó que el médico no pudo motivar suficientemente que hubiera llegado al convencimiento de que existía un sufrimiento sin perspectivas de mejora y que ya no había otras posibilidades razonables de tratamiento.

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

En la última notificación, el psiquiatra independiente emitió un dictamen negativo sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente. El médico no atendió a dicho dictamen.

## DICTAMEN 2022-017

---

Esta notificación se refiere a un hombre al que se diagnosticó un trastorno delirante (psicosis paranoide) diez años antes de su fallecimiento. En torno a esas fechas, el hombre fue ingresado en un centro de detención por la comisión de un delito. En esos momentos estaba pasando una psicosis y comenzó a sufrir depresión crónica. Posteriormente, el hombre fue ingresado obligatoriamente en un establecimiento psiquiátrico. Según sus propias palabras, el hombre había funcionado siempre con normalidad antes de su psicosis y consideraba que el diagnóstico de su trastorno psicótico no era correcto.

La comisión reflexionó primero sobre el hecho de que el hombre había sido ingresado obligatoriamente en una institución. Del expediente se desprendía que un internamiento obligatorio era la única posibilidad que tenía este hombre de funcionar. Según la comisión, dicho ingreso no tuvo influencia en la voluntariedad de su petición.

Algo menos de dos años antes del fallecimiento del hombre, la médica consultó con una psiquiatra independiente, que consideró que el hombre no tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia. Según ella, el deseo de morir que tenía el hombre se derivaba de sus experiencias psicóticas.

Por eso, la comisión decidió invitar a la médica a que diera una explicación verbal. Durante la conversación, la médica, que también era psiquiatra, subrayó que estaba convencida de que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición. Aunque varios psiquiatras tenían dudas sobre la capacidad de expresar la voluntad del hombre, según la médica no se trataba de la capacidad de expresar la voluntad sobre su deseo de eutanasia. La médica rebatió el argumento de que los razonamientos del hombre se basaban en experiencias psicóticas con el argumento de que el hombre podía contar sus experiencias de pérdida de forma gráfica. Según ella, “en este aspecto existía una parte de capacidad de expresar la voluntad”. La médica declaró que el trastorno delirante del hombre y su deseo de morir eran dos cosas diferentes. Según ella, existía una diferencia de interpretación entre ella y los otros psiquiatras que habían estado implicados con el hombre.

Para llegar a su dictamen, la comisión tuvo en cuenta la norma del Código sobre la Eutanasia de que si un médico tiene una opinión distinta del asesor consultado, eso no impide que el médico pueda proceder a la realización. Pero deberá motivar su decisión suficientemente (Código sobre la Eutanasia 2022, p. 31). La comisión consideró que esto también se aplica a una diferencia de opinión entre el médico y el experto independiente. No obstante, la comisión concluyó que la médica no había motivado suficientemente sus propias opiniones durante la conversación. La comisión también se preguntó si la médica había estado suficientemente abierta a la evaluación de la psiquiatra independiente sobre la capacidad del hombre de expresar su voluntad. Para ello, la comisión tuvo en cuenta un correo de la psiquiatra independiente que se envió a la médica dos semanas antes del fallecimiento del hombre. En dicho correo, la psiquiatra independiente escribió que en los dos años transcurridos desde la consulta no había cambiado de opinión sobre la capacidad del hombre de expresar su voluntad. También escribió que no comprendía el razonamiento de la médica sobre la capacidad de expresar la voluntad que tenía el hombre, y señaló que la médica no había aplicado uno a uno todos los criterios para evaluar la capacidad de expresar la voluntad.

Tras estudiar los documentos y después de la conversación con la médica, la comisión no pudo evitar la sensación de que la médica tuvo el convencimiento de que debía llevarse a cabo la eutanasia, desde el principio del trayecto. La comisión consideró que por ello no había estado suficientemente abierta a la visión de la psiquiatra independiente. En consecuencia, la comisión no tuvo más remedio que concluir que la médica no había actuado con el cuidado especial en lo relativo al requisito de diligencia y cuidado relativo a la petición bien meditada.

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

## COLOFÓN

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

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

abril de 2023

