COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2019

COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 5

CAPÍTULO I ACONTECIMIENTOS EN 2019

1 Informe anual 10

2 Notificaciones
Número de notificaciones 10
Proporción hombres-mujeres 13
Proporción terminación de la vida a petición propia-ayuda al suicidio 13
Enfermedades 13
Enfermedades más comunes 13
Demencia 15
Enfermedades mentales 15
Acumulación de enfermedades propias de la vejez 15
Otras enfermedades 17
Edad 17
Lugar de la terminación de la vida 17
Médicos comunicantes 17
Eutanasia y donación de órganos y tejidos 19
Parejas (cónyuges) 19
No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado 20
"Zonas grises" en la verificación en la práctica 20

3 Forma de trabajo de las CRV, cambios 21
Casos que suscitan preguntas (VO), casos que no suscitan preguntas (NVO) y casos con dictamen escrito resumido (ODB) 21
Notificaciones complejas 25
Sala de reflexión 25
Organización 27

CAPÍTULO II CASUÍSTICA

1 Introducción 29

2 El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado 33

2.1 Siete ejemplos de las notificaciones más frecuentes 33
Cáncer 34
Enfermedades del sistema nervioso 38
Enfermedades pulmonares 39
Enfermedades cardiovasculares 40
Combinación de afecciones 41

2.2 Cinco dictámenes ordenados según cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL 42
Petición voluntaria y bien meditada 42
Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y ausencia de otra solución razonable 48
Consulta independiente 51
Realización 53

2.3 Cinco dictámenes relativos a pacientes con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez 55
Enfermedades mentales 55
Demencia 58
Acumulación de enfermedades propias de la vejez 73

2.4 Tres peticiones de eutanasia de pacientes con una medida restrictiva de la libertad 76

3 El médico *no* ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado 88
No se ha actuado conforme al requisito de consulta con, al menos, otro médico independiente 88
No se actuado conforme al requisito de realización con la diligencia de la práctica médica 97

INTRODUCCIÓN

Cuestiones jurídicas sobre la eutanasia conforme a una petición escrita de eutanasia, en casos de pacientes con demencia avanzada

Por primera vez desde la entrada en vigor de la ley de la eutanasia en 2002, este año un médico ha tenido que justificar su actuación ante el juez penal. El caso se refirió a un especialista en geriatría, que practicó la eutanasia a un paciente que, en el momento de la eutanasia, padecía una demencia avanzada. La práctica de la eutanasia se basó en una declaración escrita de voluntad. Las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: las CRV) dictaminaron en 2016 que el médico no había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado establecidos en la ley.

Tanto el Órgano Disciplinario Central de Sanidad (*Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg*) como el Tribunal de La Haya se han pronunciado sobre este caso. El fiscal general del Tribunal Supremo ha presentado un recurso de casación en interés de ley, contra ambas resoluciones. Los complicados dilemas con los que se enfrentó el médico en este caso y las cuestiones jurídicas que deben responderse en este contexto suscitaron una enorme atención durante el año pasado.

Aunque no existe ninguna duda de que el legislador ha posibilitado que los médicos, bajo determinadas circunstancias, puedan acceder a una petición de terminación de la vida de un paciente con demencia avanzada, basándose en una declaración de voluntad por escrito, el Tribunal Supremo debe ahora responder a las siguientes cuestiones evidentes:

- Si la declaración de voluntad por escrito no es totalmente unívoca, ¿puede el médico intentar deducir el propósito exacto del paciente preguntando, por ejemplo, a familiares, otros allegados o cuidadores del paciente?
- ¿Puede un médico administrar medicación previa (midazolam) si cree que dicha medida es necesaria para evitar reacciones de ansiedad y para favorecer una práctica médica diligente al llevar a cabo la terminación de la vida que se ha solicitado?
- De acuerdo con la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (*Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*: WGBO), ¿debe el médico preguntar a un paciente incapaz si la petición de terminación de la vida incluida en la declaración de voluntad por escrito todavía es válida, antes de practicar la eutanasia?

En principio, las CRV no son las indicadas para responder a la última pregunta mencionada, derivada de la Ley WGBO. De hecho, en el proceso legislativo de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding;* en lo sucesivo: la WTL) se consideró explícitamente que la terminación de la vida a petición del paciente no es un acto médico al que se aplique la Ley WGBO[1]. Las respuestas a las otras dos preguntas anteriores ya fueron objeto de deliberación de las CRV y han sido respondidas en sentido afirmativo. Por ejemplo, en el dictamen 2018/29, la comisión consideró que el paciente en cuestión no tenía una declaración de voluntad unívoca, pero concluyó (conforme a información recibida de allegados, del médico de familia y del consultor SCEN) que el paciente se encontraba "evidentemente" en la situación en la que había indicado que deseaba la eutanasia. Por consiguiente, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente.

Y en el dictamen 2018/41, la comisión concluyó que "la administración de una medicación previa por parte del médico fue un acto médico diligente en estas circunstancias específicas". En el Código sobre la Eutanasia 2018[2] también se recoge que la administración de una medicación previa puede formar parte de una práctica médica diligente. Se espera que las dos sentencias que debe dictar el Tribunal Supremo eliminen la inseguridad existente entre los médicos sobre la forma de actuar cuando se trata de una petición de terminación de la vida conforme a una declaración de voluntad por escrito, de un paciente que ha pasado a sufrir una demencia avanzada. Entretanto, la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) ha emprendido pasos para fijar una postura sobre la forma en que los médicos pueden o deben actuar en este tipo de situaciones, desde un punto de vista médico-profesional.
Cuando el Tribunal Supremo dicte sus sentencias, las CRV modificarán en consecuencia la evaluación de las notificaciones de terminación de la vida conforme a una petición escrita de eutanasia, presentada por un paciente con demencia avanzada. De hecho, nuestro cometido es comprobar si las notificaciones de eutanasia se ajustan a la ley y la jurisprudencia. También estudiaremos si existe motivo para reformular algunas partes del Código sobre la Eutanasia 2018.

1 Documentos parlamentarios 1 2000/01, 26 691, n.º 137b, p. 18 y Documentos parlamentarios 1 2000/01, 26 691, n.º 137e, p. 22.
2 Código sobre la Eutanasia 2018, página 38.

Mejoras y cambios en la forma de trabajo

Nos complace informar de que se ha conseguido reducir el periodo de tiempo entre la recepción de la notificación y el envío del dictamen, de una media de 37 días en 2018 a 29 días en 2019, sin que por ello nuestros dictámenes hayan perdido ni un ápice de precisión y diligencia. Consideramos importante que la inseguridad que supone para el médico esperar el dictamen de la CRV sobre una eutanasia practicada, no dure más de lo estrictamente necesario.

Una de las recomendaciones de la tercera evaluación de la WTL incidía en mejorar y dar mayor claridad a la formulación de dictámenes sobre notificaciones que suscitan preguntas. Como consecuencia de ello, el 1 de noviembre de 2019 se modificó el "formato" de dichos dictámenes. Actualmente, el dictamen sobre notificaciones que suscitan preguntas únicamente se centra en la parte específica de la notificación sobre la cual ha existido discusión en la comisión. Seguidamente, se ofrecen las consideraciones de la comisión. Al contrario de lo que sucedía anteriormente, en el dictamen ya no se trata el cumplimiento por parte del médico de los requisitos de diligencia y cuidado sobre los cuales no existen dudas dentro de la comisión. A mitad de 2020 se evaluará el nuevo "formato" y se estudiará si pueden introducirse otras mejoras.

Organización de las CRV

Durante el pasado año, se ha avanzado con los preparativos para establecer en Utrecht en 2020 las tres secretarías que, en 2019, todavía se encontraban en Groningen, Arnhem y La Haya. Se espera que la unificación de las secretarías de las CRV suponga un importante estímulo para mejorar su funcionamiento y aumentar su eficacia. Durante el pasado ejercicio, se comentó con el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte (VWS) la cuestión de cómo deben dividirse los roles en la colaboración con las CRV. Es un hecho indiscutible que las CRV son independientes del Ministerio de VWS a la hora de evaluar las notificaciones individuales de eutanasia. Por consiguiente, las CRV no entran dentro del ámbito de responsabilidad ministerial. Los ministros de VWS y de Justicia y Seguridad designan un secretario general para fomentar un mejor funcionamiento de las CRV que, en cualquier caso, tiene como tarea coordinar las tareas funcionales y de gestión de los secretarios[3].
El ministerio de VWS es responsable de nombrar a los secretarios y a los empleados administrativos de las CRV. ¿Cómo se armoniza la independencia de las CRV para decidir sus dictámenes con la responsabilidad del Ministerio de VWS de facilitar al secretario general y a los empleados de las secretarías, pero también con su

3 véase el art. 6 del decreto 141, publicado en el Boletín Oficial 2002.

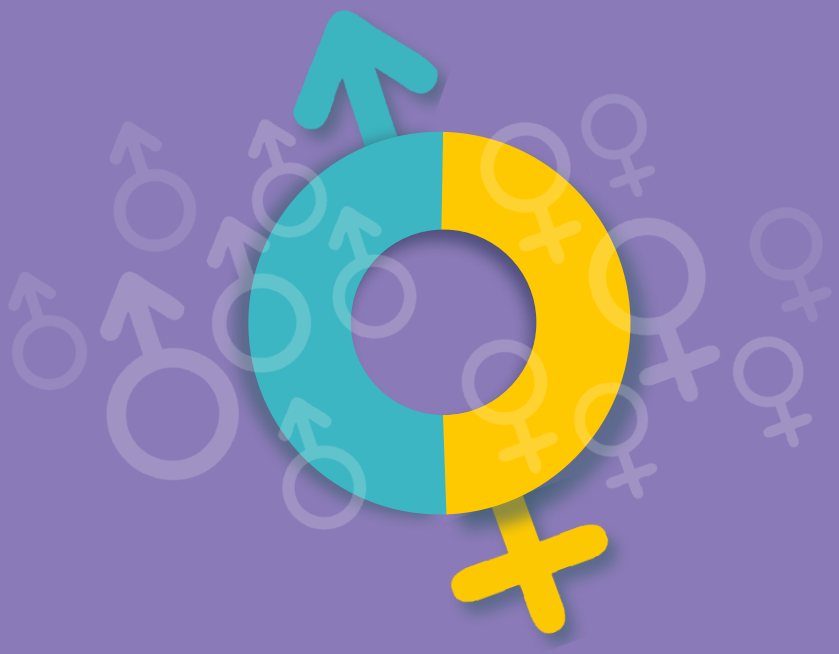
responsabilidad sobre los procesos administrativos, el alojamiento, las instalaciones de TI y el presupuesto, necesarios para el funcionamiento de las CRV? ¿De qué forma puede obtenerse una mayor claridad sobre la estructura matricial (una forma compleja de gobernanza) en la que se relacionan las CRV y el ministerio? En otoño de 2019 se celebraron unas consultas constructivas entre el Ministerio de VWS y las CRV, en las que, entre otras cosas, se comentó la colaboración en la estructura matricial; uno de los resultados fue la fusión en 2020 de las funciones del secretario general y del director adjunto de la Unidad de secretarías de órganos disciplinarios de la atención sanitaria y las comisiones de verificación de la eutanasia (según sus siglas en neerlandés: ESTT).

En resumen

En 2019 se han dado pasos relevantes en pro de una mayor mejora y profesionalización del trabajo y la organización de las CRV. Y lo que es más importante: la verificación de las notificaciones en 2019 arroja nuevamente una imagen indiscutible de que la práctica de la eutanasia en los Países Bajos se realiza con la diligencia y el cuidado debidos: las CRV únicamente consideraron que no se habían cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado establecidos en la WTL, en cuatro de las 6.361 terminaciones de la vida a petición del paciente que se han notificado en ese año. Finalmente, las sentencias que dicte el Tribunal Supremo ofrecerán una mayor seguridad jurídica sobre cómo debe actuar un médico en el caso de una petición de eutanasia de un paciente con demencia avanzada, conforme a su declaración de voluntad por escrito. Aunque el número de peticiones anuales de ese tipo prácticamente pueden contarse con los dedos de una mano (2017: tres; 2018: dos; 2019: dos), son muchos (incluidas las CRV) los que esperan con anticipación las sentencias del Tribunal Supremo.

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

Marzo de 2020



PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES

hombres	3 309
mujeres	2 935

CAPÍTULO I ACONTECIMIENTOS EN 2019

I

1 INFORME ANUAL

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

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

Además, el informe tiene como objetivo informar a los médicos y otros interesados sobre la forma en que las comisiones han verificado y evaluado notificaciones concretas. Por ello, en el capítulo II del informe anual se tratan ampliamente los dictámenes más frecuentes y algunos dictámenes especiales.
Se ha intentado hacer accesible el informe anual para un público amplio, evitando en lo posible usar o explicar términos jurídicos y médicos.

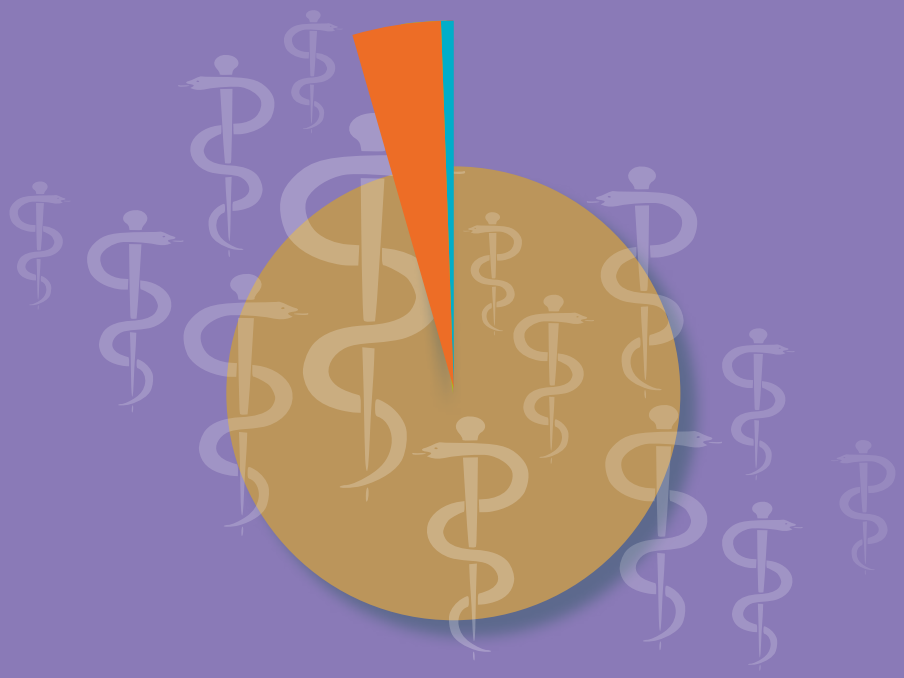
2 NOTIFICACIONES

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

Número de notificaciones

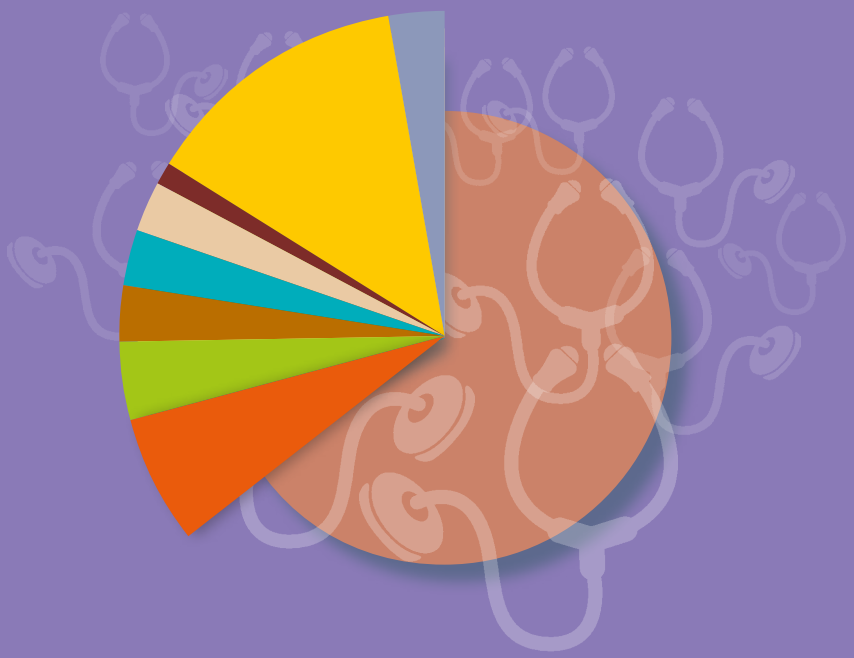
En 2019, las CRV recibieron 6.361 notificaciones de eutanasia. Se trata del 4,2 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2019[4] (151.793) Supone un aumento del 3,8 % del número de notificaciones con respecto a 2018 (6.126 notificaciones), pero el número de notificaciones es menor que el de 2017 (6.585 notificaciones; 4,4 %). Por lo que se refiere a la proporción con el número total de fallecimientos, se ha producido un aumento del 0,2

4 Fuente: Oficina Central de Estadística, 5 de febrero de 2020



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

Terminación de la vida a petición del paciente	6 092
Ayuda al suicidio	245
Combinación de ambas	24



NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES

Cáncer	4.100
Enfermedades del sistema nervioso	408
Enfermedades cardiovasculares	251
Enfermedades pulmonares	187
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	172
Demencia	162
Demencia en fase inicial: 160	
Demencia (muy) avanzada: 2	
Enfermedades mentales	68
Combinación de afecciones	846
Otras enfermedades	167

por ciento en comparación con 2018, y una disminución del 0,2 por ciento con respecto a 2017. En 2018 se produjo por primera vez en mucho tiempo una disminución del número de notificaciones de eutanasia. Un estudio realizado en 2019 por encargo del ministro de VWS[5] no ofreció explicación de dicho descenso. Se mencionan como posibles causas la epidemia de gripe de principios de ese año y el anuncio del Ministerio Público de que se había abierto una investigación penal de una notificación de eutanasia cuya práctica había sido considerada por la CRV "sin la diligencia y el cuidado debidos".

Proporción hombres-mujeres

La proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres vuelve a ser prácticamente igual: 3.309 hombres (52,0 %) y 2.935 mujeres (48,0 %).

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

Véanse los puntos de atención de la diligencia de la práctica médica en el Código sobre la eutanasia 2018, p. 33 y siguientes.

En 6.092 casos (95,8 %) se trató de notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente, 245 casos (3,9 %) se referían a ayuda al suicidio y 24 casos (0,4 %) fueron una combinación de ambos. Hablamos de combinación cuando un paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio, no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia) mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

Enfermedades

Enfermedades más comunes

En el 91,1 % de los casos notificados (5.792) se trataba de personas con:

- cáncer (ya) incurable (4.100);
- enfermedades del sistema nervioso (408), como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA;
- enfermedades cardiovasculares (251);
- enfermedades pulmonares (187)

o una combinación de afecciones (846).

5 https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-het-aantal-euthanasiemeldingen-en-achterliggende-factoren

EDAD

Menores de 30 años	15
De 30 a 40 años	45
De 40 a 50 años	163
De 50 a 60 años	587
De 60 a 70 años	1 336
De 70 a 80 años	2 083
De 80 a 90 años	1 628
Mayores de 90 años	504

Demencia

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

En 2019, dos notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer que la petición era voluntaria y bien meditada. Ambas notificaciones se incluyen en el capítulo II de este informe anual y están publicadas en el sitio web de las CRV con los números 2019-79 y 2019-119.
En 160 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición de eutanasia, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición. Es un ejemplo de ello la notificación 2019-90, incluida en el capítulo II.

Enfermedades mentales

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

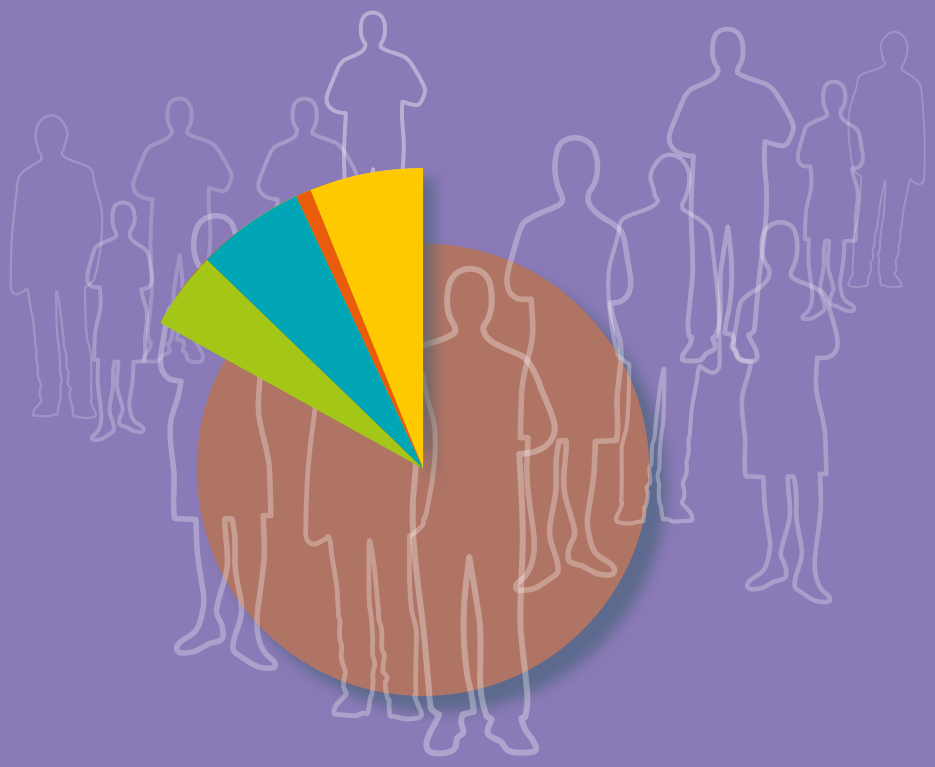
En 68 notificaciones de eutanasia, el sufrimiento estaba basado en una enfermedad mental. De esas 68 notificaciones, en 42 casos el médico comunicante era un psiquiatra, en once casos un médico de familia, en dos casos un geriatra y en trece casos otro tipo de médico. En 52 notificaciones en las que se practicó la eutanasia a un paciente debido a una enfermedad mental, el médico encargado estaba vinculado al Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*: EE según sus siglas en neerlandés, que antes era la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida). En esos casos, el médico debe aplicar un cuidado especial[6], como sucedió en la notificación 2019-121 (incluida en el capítulo II).

Acumulación de enfermedades propias de la vejez

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

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales (enfermedades de la vista), alteraciones auditivas, osteoporosis (descalcificación ósea), artrosis (desgaste), problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Este tipo de enfermedades suelen aparecer en edades avanzadas y constituyen un cúmulo de una o más enfermedades, con los síntomas que conllevan. Todo ello, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. En 2019, las CRV recibieron 172 notificaciones en esta categoría. En el capítulo II se incluyen dos dictámenes relativos a una notificación de acumulación de enfermedades propias de la vejez, con los números 2019-67 y 2019-127.

6 Código sobre la Eutanasia 2018, página 40 y siguientes



MÉDICOS COMUNICANTES

Médico de familia	5 290
Geriatra	269
Médico especialista en un hospital	361
Médico en formación para especialista	61
Otros tipos de médico (por ejemplo, médicos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida o médicos sin especialización)	380

Otras enfermedades

Finalmente, las CRV también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual "otras enfermedades". Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico. En 2019 fueron 167 notificaciones.

Edad

El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años (2.083, un 32,7 %), seguida de las edades entre 80 y 90 años (1.628, un 25,6 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1.363, un 21,4 %).

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

En 2019, las CRV no recibieron ninguna notificación de eutanasia de un menor de edad (de 12 a 17 años).

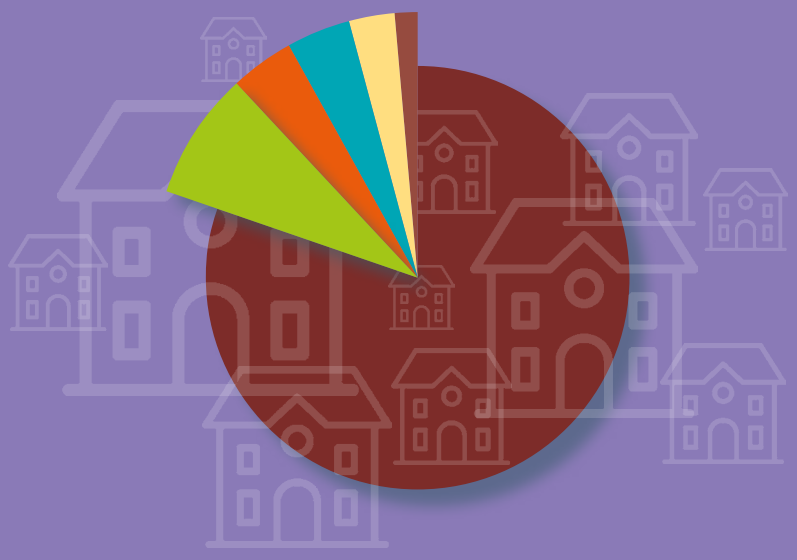
En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron sesenta notificaciones. En 38 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en diez casos se trataba de una enfermedad mental.
Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 80 y 90 años (71 notificaciones). En la categoría de psiquiatría, en 2019 se produjeron veinte notificaciones tanto en personas de entre 50 y 60 años, como en personas de 60 y 70 años. Dentro de la categoría "acumulación de enfermedades propias de la vejez", la mayoría de las notificaciones corresponden a edades de 90 años en adelante (123 notificaciones).

Lugar de la terminación de la vida

Al igual que en años anteriores, en la mayor parte de las notificaciones (5.098, esto es: el 80,1 %) el fallecimiento del paciente tuvo lugar en su propio domicilio. En las demás notificaciones, el lugar de fallecimiento fue un hospital de cuidados paliativos (480, esto es: 7,6 %), una residencia de convalecencia (273, el 4,3 %), una residencia para asistidos (231, el 3,6 %), un hospital (178, un 2,8 %) u otros lugares, por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (101, un 162 %).

Médicos comunicantes

En la mayor parte de las notificaciones, el médico comunicante fue el médico de familia (5.290, que supone un 83,1 % de las notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: especialistas en geriatría (269), médicos especialistas (361) y médicos en formación para especialistas (61). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (380), la mayoría de ellos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia (EE).



LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

En el domicilio del paciente	5 098
Hospital de cuidados paliativos	480
Residencia para asistidos	231
Residencia de convalecencia	273
Hospital	178
Otros (por ejemplo, en el domicilio de familiares, en un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia)	101

El número de notificaciones de médicos vinculados al EE aumentó en 2019 un 25 % con respecto a 2018 (728).

Suele recurrirse a los médicos del EE cuando el médico implicado en el tratamiento del paciente considera que la petición de eutanasia es demasiado complicada. También acuden regularmente al EE los médicos que se niegan a practicar eutanasia por razones de principios o que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal. Puede acudirse al EE por iniciativa del médico encargado del tratamiento, a petición del propio paciente o de su familia. Una gran parte de las notificaciones en las que existía una enfermedad mental provenía de un médico del EE: 52 de las 68 notificaciones (más de un 76 %). 84 notificaciones de las 162 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia (51,9 %) provenían también de un médico del EE. Por lo demás, 88 de las 172 notificaciones en las que existía una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 51,1 %) 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[7]. Las CRV recibieron en 2019 doce notificaciones que incluían donación de órganos después de la eutanasia.

Parejas (cónyuges)

En 34 notificaciones se practicó simultáneamente la eutanasia a los dos miembros de una pareja (diecisiete parejas). Los dictámenes 2019-08 y 2019-09 (en el sitio web) son ejemplos de este tipo de casos. Naturalmente, deben cumplirse los requisitos de diligencia y cuidado que exige la WTL para cada una de las personas por separado. Además, ambos miembros de la pareja deben ser visitados por un asesor diferente, para garantizar la independencia de la evaluación del caso[8].

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

8 Código sobre la eutanasia 2018, p. 29

No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado

En cuatro de los casos notificados en 2019, las CRV han dictaminado que el médico encargado no cumplió los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 1 de la WTL: es un porcentaje inferior al 0,1 % del número total de notificaciones. Los cuatro se incluyen en el capítulo II.

"Zonas grises" en la verificación en la práctica

Esta información no sería completa si no se incluyeran los matices de la verificación en la práctica y solo indicásemos con qué frecuencia las CRV han dictaminado que el médico no ha actuado conforme a uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado. La verificación en la práctica se enfrenta también con "zonas grises". Incluyendo los seis casos mencionados anteriormente, la comisión ha solicitado una explicación escrita detallada al médico en 29 notificaciones y al asesor en una notificación. En 19 notificaciones, la comisión ha invitado al médico comunicante, y en un caso al asesor o al anterior médico de familia del paciente, para que respondieran las preguntas de la comisión durante una de sus reuniones. Generalmente, las explicaciones verbales y escritas de médicos y consultores fueron tan clarificadoras para la comisión que dictaminaron que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. Esto no quita que las comisiones también hayan ofrecido regularmente indicaciones a los médicos sobre la forma en que pueden mejorar en el futuro sus actos y la notificación de esos actos.

3 FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV, CAMBIOS

Casos que suscitan preguntas (VO), casos que no suscitan preguntas (NVO) y casos con dictamen resumido (ODB)

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 experimentado) califica el expediente como notificación "que no suscita preguntas" (notificaciones NVO, según sus siglas en neerlandés) o como notificación "que suscita preguntas" (VO). Las notificaciones se clasifican como NVO cuando el secretario de la comisión considera que la información ofrecida es completa y que el médico ha cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado. Tras la primera selección del secretario de la CRV, la comisión evalúa las notificaciones. Dicha evaluación es digital para las notificaciones calificadas como NVO. Seguidamente, la comisión dictamina si la notificación realmente no suscita preguntas o si, al contrario del dictamen provisional del secretario, considera que sí plantea determinadas preguntas. En el último caso, la comisión califica el caso como "notificación que suscita preguntas" y se comenta en la reunión. En 2019, esto sucedió con 26 notificaciones (menos del 1 %).

A raíz de las recomendaciones contenidas en la tercera evaluación[9] de la WTL, que aconsejaban a las CRV que motivasen mejor sus dictámenes, las comisiones decidieron modificar su forma de trabajo a partir de noviembre de 2019. En el caso de que una notificación no suscite ni una sola pregunta, el médico suele recibir prácticamente en todos los casos lo que se conoce como un dictamen escrito resumido (ODB). Se trata de una carta en la que se hace una breve remisión a los hechos incluidos en la notificación y con la cual se informa al médico de que, partiendo de dichos hechos, la comisión dictamina que el médico ha cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. El dictamen escrito resumido (ODB) ya se envía desde mediados de 2018 en las notificaciones que no suscitan ninguna pregunta, y que se refieren a situaciones en las que el sufrimiento del paciente estaba ocasionado por cáncer, EPOC, ELA o insuficiencia cardíaca, o una combinación de dos o más de dichas enfermedades. En la página siguiente se incluye un ejemplo de dictamen escrito resumido.

Si, por el contrario, se trata de un caso que suscita preguntas (VO), se redacta un dictamen escrito detallado. En dicho dictamen, la comisión explica (con mayor detalle aún de lo que se hacía hasta ahora) qué aspectos de la notificación han suscitado preguntas y en qué consideraciones se basa para decidir que "se han cumplido los

9 Se puede descargar la evaluación a través de https://publicaties.zonmw.nl/derde-evaluatie-wet-toetsing- levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/

DICTAMEN ESCRITO RESUMIDO

Estimado señor / Estimada señora [apellido]:

El (fecha), la Comisión Regional de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: la comisión de verificación) recibió su informe y los documentos correspondientes, relativos a su notificación de una terminación de la vida a petición del señor/de la señora (nombre), nacido/a el (fecha) y fallecido/a el (fecha). La comisión de verificación ha estudiado detenidamente todos los documentos facilitados por usted.

Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias consignados en los documentos, la comisión dictamina que usted pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del/de la paciente y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Usted informó suficientemente al/a la paciente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas de futuro. Usted pudo llegar junto con el/la paciente al convencimiento de que no existía otra solución razonable en la situación en que se encontraba. Usted consultó al menos con otro médico independiente que también visitó al/a la paciente y emitió su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Finalmente, usted llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica.

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

La comisión de verificación estaba formada por: (nombre), presidente, jurista
(nombre), miembro, médico
(nombre), miembro, experto en ética

Confiamos haberle informado suficientemente al respecto con esta carta. Atentamente,

presidente
(firma)

secretario
(firma)

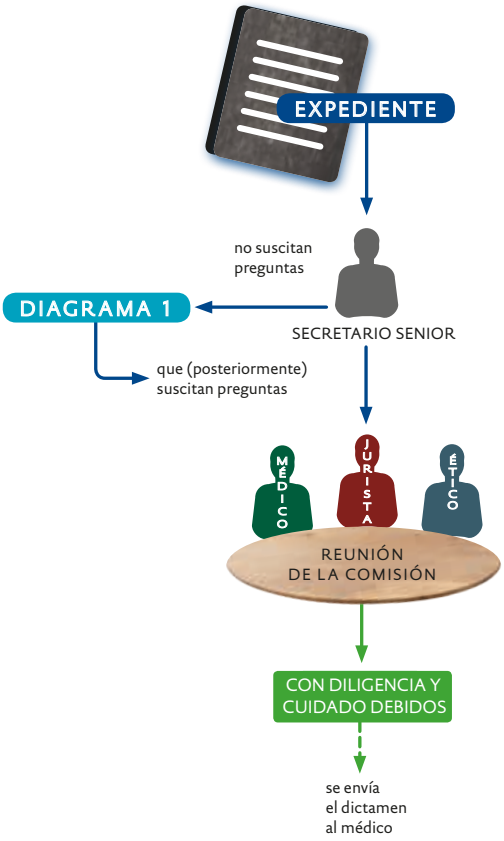
requisitos de diligencia y cuidado" o que "no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado" con relación al aspecto en cuestión. Una notificación que no suscita preguntas solo llegará a comentarse en la reunión de las comisiones y a motivarse por escrito, en algunos casos muy excepcionales. Ese es el caso si la comisión considera que su dictamen requiere una motivación más detallada (debido a uno o varios aspectos de la notificación). Describiendo de esta forma los dictámenes con mayor detalle, como notificaciones que suscitan preguntas o notificaciones especiales con respecto a determinados aspectos, las CRV esperan que los médicos y otros interesados comprendan mejor la forma en que las CRV llegan a sus dictámenes y el argumento determinante para llegar a dicho dictamen.

Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas y que fueron tramitadas con un dictamen resumido (ODB) se incluyen en el capítulo II los casos 2019-128, 2019-129, 2019-130 y 2019-131. Cabe señalar que se incluye un resumen de la casuística de la notificación en cuestión y no el dictamen enviado al médico, dado que las notificaciones han sido tramitadas con un dictamen escrito resumido (ODB).

En 2019, los secretarios de las comisiones calificaron el 90,1 % de las notificaciones recibidas como "no suscitan preguntas" (NVO). Un aumento del 85 % con relación a 2018. Dicho aumento se explica en parte porque se ha modificado la definición de cuándo el secretario debe considerar un expediente como una notificación que suscita

DIAGRAMA 2

9,8% DE LAS NOTIFICACIONES
(QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



preguntas (VO), y en parte porque los médicos cada vez son más exhaustivos en sus informes. En el 69,2 % de las notificaciones, el dictamen definitivo de la CRV se envió al médico con la forma de un dictamen resumido (ODB).

De todas las notificaciones recibidas, 623 (el 9,8 %) fueron calificadas directamente como "suscitan preguntas" (VO), por ejemplo (aunque no exclusivamente) porque existía una enfermedad psiquiátrica, porque surgieron preguntas sobre la práctica de la eutanasia o porque el expediente facilitado por el médico era demasiado conciso.

El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y el envío del dictamen fue en 2019 de una media de 29 días. Esto entra dentro del plazo de seis semanas fijado en el artículo 9, párrafo primero de la WTL y es más rápido que el plazo medio de tiempo de 2018 (37 días).

Notificaciones complejas

Las comisiones se consultan mutuamente de forma intensiva sobre notificaciones complejas, en las que se considera conveniente que todos los miembros de la comisión expresen su punto de vista. En ese sentido, la práctica fija es que cuando una comisión considera que la notificación no cumple los requisitos de diligencia y cuidado, sube a la intranet de la CRV el borrador del dictamen acompañado del expediente digital, para que lo consulten todos los demás miembros de la comisión. Después de conocer las reacciones, la comisión redacta su dictamen definitivo.
También se suben a la intranet los borradores de dictámenes de otras notificaciones en las que la comisión necesita que se mantenga un debate interno. El objetivo es mantener lo más alta posible la calidad de la formación del dictamen y conseguir la mayor uniformidad posible en los dictámenes. En 2019 se discutieron diecinueve notificaciones (incluidas las notificaciones consideradas "sin la diligencia y el cuidado debidos").

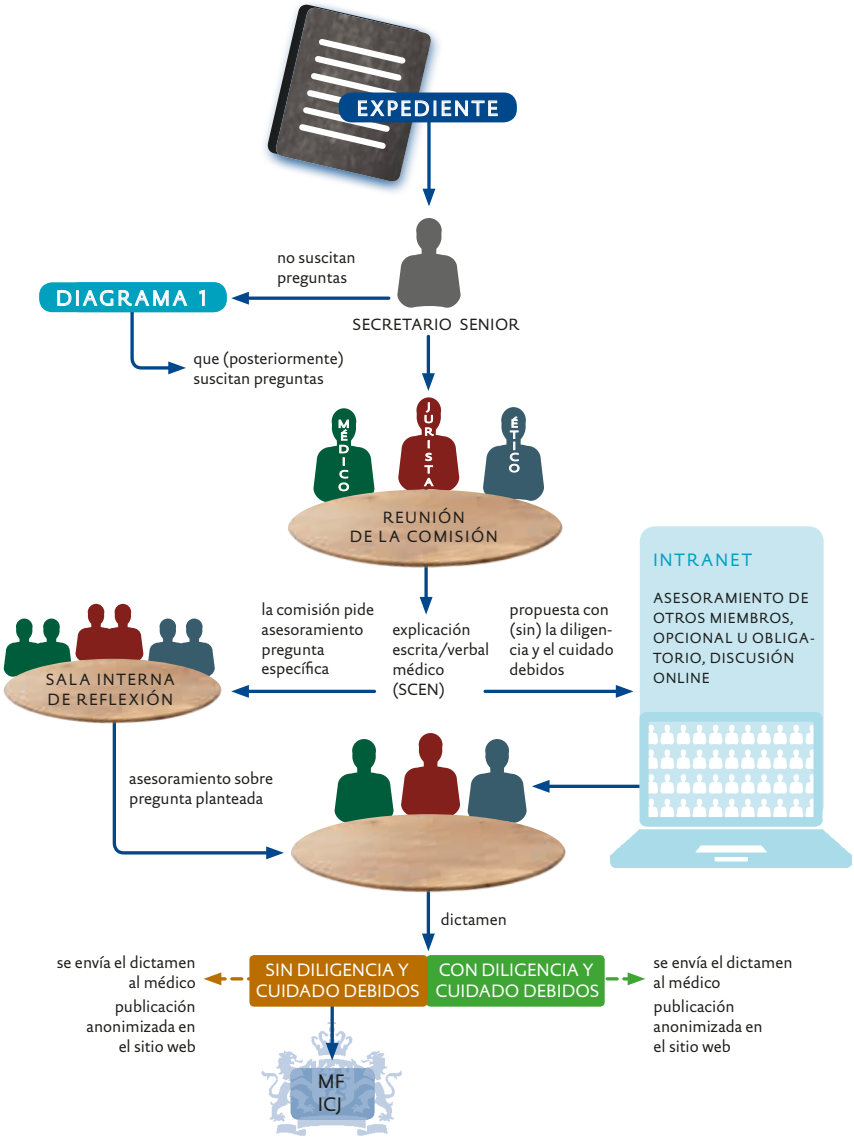
Sala de reflexión

En 2016, las CRV decidieron crear una sala de reflexión interna, entre otras cosas para favorecer la homogeneidad y la armonización interna. La sala de reflexión está formada por dos juristas, dos médicos y dos expertos en cuestiones éticas o espirituales; todos ellos deben haber formado parte de la CRV durante al menos tres años y se espera que sigan en sus puestos durante al menos otros dos años. Cuentan con la asistencia de un secretario. Una comisión puede consultar con la sala de reflexión cuando se enfrenta a una cuestión compleja. La sala de reflexión no evalúa la totalidad de la notificación, sino que solo se centra en una o más preguntas específicas formuladas por la comisión

que solicita su asesoramiento. Teniendo en cuenta el tiempo que requiere el trabajo de la sala de reflexión, se informa al médico comunicante de que posiblemente el dictamen se va a hacer esperar algo más de lo habitual. En 2019, las comisiones no solicitaron ningún asesoramiento a la sala de reflexión. En el primer trimestre de 2020 se concluirá una evaluación solicitada sobre la sala de reflexión.

DIAGRAMA 3

<1% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



Organización

Las CRV se dividen en cinco regiones. Cada región cuenta con tres juristas (uno de ellos será el presidente), tres médicos y tres expertos en cuestiones éticas o espirituales ("experto en ética"). En consecuencia, las CRV cuentan con 45 miembros.

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

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

El presidente coordinador de la CRV preside la consultas que celebran los presidentes para fijar la política, en las cuales siempre está presente un representante de los médicos y de los expertos en ética. El presidente coordinador es además presidente de una de las cinco regiones.

Las comisiones están asistidas por una secretaría que tiene unos 25 empleados. La secretaría está formada por un secretario general, secretarios (juristas) y empleados administrativos (apoyo a procesos). Los secretarios tienen un voto consultivo en las reuniones de la comisión.

El secretario general se encarga de dirigir a los secretarios (en cuanto al contenido de su trabajo). Todos los empleados de las CRV son funcionarios del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte. Por tanto, en cuestiones de organización y gestión interna, las secretarías de las CRV están bajo la dirección jerárquica de la Dirección Unidad de secretarías de órganos disciplinarios de la atención sanitaria y las comisiones de verificación de la eutanasia (según sus siglas en neerlandés: ESTT).

Los empleados de la secretaría son formalmente empleados del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, en la dirección ESTT. En la unidad trabajan más de 70 personas. También forman parte el personal el departamento empresarial (10 personas) y la dirección (director y directores adjuntos).

Los empleados administrativos de la CRV son responsables de todos los procesos administrativos, desde el registro de las características de una notificación recibida hasta el envío del dictamen de la comisión al médico comunicante o al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud.
Actualmente, la secretaría de las comisiones tienen su domicilio en dos ubicaciones: Arnhem y La Haya. Las oficinas de Groningen se cerraron en otoño de 2019, como primer paso de la reorganización que se comenta a continuación. El departamento empresarial y la unidad ESTT se encuentran en La Haya.

Actualmente, se han previsto cambios que reduzcan la vulnerabilidad de unidades descentralizadas (demasiado) pequeñas y que mejoren la profesionalización continuada de la secretaría de las CRV.
El órgano de gobierno del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte decidió en 2018 emprender una reorganización con el objetivo de trasladar toda la secretaría a Utrecht. Después de que el pasado 21 de noviembre el comité de empresa se pronunciase positivamente sobre la reorganización propuesta, el secretario general suplente del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte adoptó formalmente el decreto de reorganización el 9 de diciembre de 2019. Esto supuso el inicio formal de la reorganización. Se pretende finalizar la mudanza a la nueva ubicación tras el verano de 2020.

Esta reorganización no cambia el tipo de puestos de trabajo ni el número de empleados; solo varía la ubicación del trabajo (de Arnhem y La Haya a Utrecht). La idea es que todas las reuniones de las CRV también se celebren en Utrecht.

Para terminar, unos datos sobre los costes.
En 2019, los costes de las CRV ascendieron a más de 4 millones de euros. 769.000 € de dicha cantidad corresponden a compensaciones para los miembros de la comisión. Los costes de material, contratación de personal externo, TIC y alojamiento ascendieron a 857.000 €. 2.448.000 € se destinaron a personal (dirección, departamento empresarial y secretarías).

CAPÍTULO II
CASUÍSTICA

II

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

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

f. haya llevado a cabo la terminación de la vida o la ayuda al suicidio con la mayor diligencia y cuidado posibles desde el punto de vista médico.

En su verificación, las CRV comparan su actuación con la ley, el historial legal, la jurisprudencia relevante y el Código sobre la Eutanasia 2018, redactado partiendo de resoluciones anteriores de las CRV. Las comisiones también tienen en cuenta anteriores resoluciones del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad y Juventud.

Las CRV evalúan si se ha constatado que se han cumplido los requisitos de información (c), asesoramiento (e) y realización con la debida diligencia de la práctica médica (f). Se trata de cuestiones que pueden comprobarse en la práctica con facilidad. Los otros tres requisitos de diligencia y cuidado prescriben que el médico haya llegado al convencimiento de que la petición es voluntaria y bien meditada (a), de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b) y de que no había ninguna otra solución razonable (d). Teniendo en cuenta la formulación de estos tres requisitos de diligencia y cuidado (que el médico "haya llegado al convencimiento"), se deja al médico cierto margen de juicio. Por ello, al verificar los actos del médico con respecto a estos tres puntos, la CRV examina la forma en que el médico ha investigado los hechos y la motivación que ofrece para su decisión. Esto es: las CRV verifican si el médico, teniendo en cuenta el margen de juicio que le deja la ley, ha podido llegar al convencimiento de que se han cumplido estos tres requisitos de diligencia y cuidado. Las CRV también examinan 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 casos que fueron evaluados por las CRV como "cumplen los requisitos de diligencia y cuidado" (apartado 2) y casos evaluados como "no cumplen los requisitos de diligencia y cuidado" (apartado 3). Esto último quiere decir que la comisión correspondiente ha dictaminado que el médico no ha cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado.

El apartado 2 está dividido en tres subapartados.
En el primero (apartado 2.1) recogemos siete notificaciones representativas de la gran mayoría de las notificaciones que reciben las CRV. Se trata de notificaciones sobre casos en los que no existe curación posible, con pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares o una combinación de enfermedades. En esas notificaciones, no siempre se describe detalladamente el dictamen; en la mayoría de los casos, el médico solo recibe un dictamen escrito resumido (ODB). Se

trata de una carta que indica que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado y que incluye una breve motivación estándar.

A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos de diligencia y cuidado. Tratamos principalmente la voluntariedad y la consideración dada a la petición (a), el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b), la convicción conjunta de que no existen otras soluciones razonables (d), la consulta independiente (e) y la diligencia y el cuidado médico debidos en la realización de la eutanasia (f). En ese apartado presentamos las notificaciones más complicadas. Esto se traduce, por ejemplo, en más datos sobre el paciente, su petición y su sufrimiento y consideraciones extra de la comisión. Hay un requisito concreto de diligencia y cuidado que no se trata explícitamente en este lugar: la información al paciente sobre sus perspectivas (c). Dicho requisito está estrechamente relacionado con otros requisitos de diligencia y cuidado, como el requisito de que exista una petición voluntaria y bien meditada. Eso solo puede existir si el paciente ha sido informado de su estado de salud y de sus perspectivas. Los requisitos del sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y la ausencia de una alternativa razonable también están estrechamente interrelacionados y, por tanto, se tratan también en uno solo de los dictámenes descritos.

Finalmente, en el apartado 2.3 describimos varios casos en los que se llevó a cabo la eutanasia o la ayuda al suicidio en un paciente de una categoría especial: pacientes con enfermedad mental, pacientes con demencia y pacientes con una acumulación de enfermedades propias de la vejez. La mayoría de esos casos han sido notificados por el Centro Especializado de Eutanasia (hasta septiembre de 2019, la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida). No obstante, los dictámenes seleccionados en el apartado 2.3 tratan casos que fueron llevados a cabo por el médico encargado del tratamiento (con excepción de dos notificaciones de eutanasia conforme a una petición escrita de eutanasia).

Finalmente, en este año se realizaron varias notificaciones de pacientes que, durante el trayecto de eutanasia, estaban sometidos a alguna medida de limitación de la libertad. En este informe se incluye un paciente con una medida de internamiento en un establecimiento psiquiátrico (TBS), una paciente a la que se practicó la eutanasia un día después de haber cumplido una pena privativa de libertad y un paciente ingresado en un hospital psiquiátrico con una medida de la Ley de internamientos especiales en hospitales psiquiátricos (BOPZ) (apartado 2.4).
En todos los casos descritos en el apartado 2, la comisión dictaminó que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado que impone la WTL.

En el apartado 3 se tratan las cuatro notificaciones en las que la comisión dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Se trata de tres notificaciones en las que la comisión dictaminó que el médico no había cumplido el requisito de consulta con al menos un médico independiente y de una notificación en la que la comisión dictaminó que la terminación de la vida no se llevó a cabo con la diligencia y el cuidado médico necesarios.

En algunos casos se indica un número, con el que puede leerse todo el dictamen en el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.nl). Si el médico ha recibido un dictamen escrito resumido (ODB), no existe un dictamen detallado. En su lugar, se ofrece para este informe un breve resumen de los hechos descritos en la notificación. Dicho resumen se publica también en el sitio web.

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

2.1 Siete 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 (4.100 de las notificaciones), enfermedades del sistema nervioso (408 de las notificaciones), enfermedades cardiovasculares (251 de las notificaciones), enfermedades pulmonares (187 de las notificaciones) y una combinación de enfermedades (846 de las notificaciones). Sirvan como ejemplo los siguientes siete dictámenes. Dichos dictámenes ofrecen una imagen de la problemática más frecuente a la que se enfrentan las CRV.

Se han incluido dos dictámenes de pacientes con cáncer. En el primer dictamen descrito se trata de un proceso de enfermedad muy breve, mientras que en el segundo caso el proceso de la enfermedad duró muchos años. También se describen brevemente dos dictámenes relacionados con enfermedades del sistema nervioso. En uno de ellos, varios miembros de la misma familia habían padecido la misma enfermedad y el otro trata un caso con un largo proceso clínico por una enfermedad que aumentaba progresivamente de gravedad.

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

CÁNCER

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen escrito resumido (ODB); proceso clínico breve; renuncia a recibir tratamiento; resumido con el número 2019-131.

A un hombre de entre setenta y ochenta años se le diagnosticó cáncer de páncreas con metástasis en varios órganos, tres meses antes de su fallecimiento. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. El hombre había visto en su entorno cercano varios ejemplos de sufrimiento en la última fase de la vida. Esto había ocasionado que, mucho antes de su enfermedad, tuviera claro que no quería pasar por ese sufrimiento y que quería decidir por sí mismo cómo terminar su vida. No quería depender de otros para los actos normales de la vida cotidiana, como levantarse de la cama, lavarse y comer.

En el momento del diagnóstico, el hombre todavía se encontraba bastante bien. Por ese motivo, decidió (de forma bien meditada) que no quería un tratamiento de quimioterapia. Lo hizo porque consideraba que el tiempo de vida que se esperaba que pudiera ganar con el tratamiento, no compensaba la pérdida de calidad de vida como consecuencia de dicho tratamiento. En las semanas previas al fallecimiento, el hombre empeoró con rapidez. Ya no podía comer y solo podía beber pequeños sorbos de líquido. Y cuando lo hacía sentía inmediatamente náusea. El hombre se debilitó con rapidez y quedó prácticamente confinado a la cama. Consideraba que esa pérdida de autonomía y dignidad “ya no era vida”. Permanecer encamado y esperar a que se produjeran complicaciones (oclusión intestinal) o hasta que muriera de inanición no iba con su carácter.

El hombre sufría por su creciente dependencia de otros. Estaba acostumbrado a dirigir su propia vida y era consciente de que cada vez era más difícil. No quería esperar al desarrollo de su enfermedad; deseaba un final de vida digno. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable.

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

Poco después de su diagnóstico, el hombre habló con el médico sobre su deseo de eutanasia. En las conversaciones siguientes, se reafirmó en su deseo. Había vivido enfermedades terminales de otras personas y había visto claramente qué forma de morir consideraba inhumana y cómo podía hacerse de otra manera. Así se había formado su elección por la eutanasia. También había hablado con su pareja y con sus hijos (y nietos). Todos ellos respetaban su decisión. Seis días antes del fallecimiento, le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. El médico llevó a cabo la eutanasia con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en el documento de la KNMG/ KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (directriz sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio), de agosto de 2012.

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

CÁNCER

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); enfermedad con un desarrollo de varios años, durante los cuales se aplicaron muchos tratamientos; el asesor manifiesta en primera instancia que aún no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado; resumido con el número 2019-129.

A una mujer de entre treinta y cuarenta años se le diagnosticó cáncer de mama, cuatro años antes del fallecimiento. A pesar de las intervenciones quirúrgicas y de extensos tratamientos de quimioterapia y radioterapia, dos años antes del fallecimiento se constató la existencia de metástasis en el cerebro y los pulmones. La mujer sufrió varias operaciones (paliativas) en el cerebro, para eliminar metástasis. No obstante, cuando se constató que la paciente necesitaba en breve otra operación, no quiso someterse a elle. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por la ceguera funcional, consecuencia de la metástasis en el cerebro. Sus ojos todavía podían recibir estímulos, pero su cerebro ya no podía procesar la información. Tropezaba constantemente contra las puertas y ya no podía comer usando cubiertos. Todo ello la hacía dependiente de otros. La mujer era

dolorosamente consciente de ello. Tampoco podía hacer ya ninguna otra cosa; estaba constantemente cansada. Después de sufrir la parálisis de medio cuerpo, consideró que ya no tenía calidad de vida. La mujer ya había indicado con anterioridad (después de pasar un periodo similar, tras una operación en el cerebro) que pasar por todo ello le suponía un sufrimiento insoportable. Era consciente de que no había perspectivas de mejora y de que su situación solo iba a empeorar.

El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.
La mujer había hablado previamente con el médico sobre eutanasia. Quería decidir ella misma en qué momento ya no podía seguir adelante. En ese caso, quería la eutanasia para evitar un sufrimiento que ya había visto en uno de sus progenitores. Sus allegados estaban al corriente y la apoyaban. No había ninguna duda sobre su capacidad de expresar la voluntad. Un día antes del fallecimiento, la mujer le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con una asesora (una médica SCEN independiente). El asesor visitó a la mujer nueve día antes de la terminación de la vida. Llegó a la conclusión de que todavía no se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado porque, en ese momento, la mujer todavía no había hecho una petición concreta. El día anterior al fallecimiento, el médico se puso en contacto telefónico con el asesor y le comunicó que la mujer había solicitado ahora la eutanasia. El asesor indicó (como complemento al informe anterior) que con eso se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado.

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

ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO (ENFERMEDAD DE HUNTINGTON)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; experiencia con la enfermedad, porque varios familiares habían fallecido por su causa; publicado con el número 2019-123.

Una mujer de entre sesenta y setenta años sabía desde unos diez años antes de la terminación de la vida que padecía la enfermedad de Huntington. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. Experimentaba frecuentemente movimientos incontrolados y estaba constantemente cansada. También sufría intranquilidad y angustia constante. La mujer temía sufrir demencia e incontinencia y no poder comunicarse cuando sufriera demencia.

Sufría por la pérdida de independencia, la perspectiva de ser ingresada en un centro asistencial y la ausencia de perspectivas de mejora. Conocía el desarrollo de la enfermedad porque la habían sufrido varios familiares (ya fallecidos) y no quería pasar por el proceso de deterioro físico. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

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

ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO (ESCLEROSIS MÚLTIPLE)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; enfermedad progresiva; proceso clínico de muy larga duración; publicado con el número 2019-124.

Una mujer de entre sesenta y setenta años padecía esclerosis múltiple desde hacía décadas (EM, una enfermedad del sistema nervioso central). La enfermedad iba empeorando progresivamente. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por la pérdida de funciones físicas. Ya casi no podía manejar su silla de ruedas eléctrica y prácticamente no salía de casa. También sufría una tolerancia limitada al esfuerzo (posibilidad de realizar cualquier acto) y un empeoramiento de la capacidad de hablar. Ya no podía comer ella sola. La mujer sufría por la situación de dependencia y la ausencia de perspectivas de mejora. No tenía suficientes fuerzas para seguir sufriendo y quería morir con dignidad. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

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

ENFERMEDAD PULMONAR

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen escrito resumido (ODB); renuncia a recibir tratamiento; resumido con el número 2019-128.

Una mujer de entre sesenta y setenta años fue diagnosticada con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) nueve años antes del fallecimiento. Dos años antes del fallecimiento, la mujer se encontraba en la última fase de la enfermedad (GOLD IV). Ya no encontraba alivio con la administración de oxígeno extra. El uso de analgésicos potentes tampoco aliviaba suficientemente sus síntomas. Tras un ingreso hospitalario, la mujer necesitaba recibir atención las 24 horas. En primera instancia, mejoró algo. Finalmente renunció a dicha atención porque solo iba a alargar su sufrimiento. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por un cansancio extremo y dificultad respiratoria. Sufría horribles ataques de tos, durante los cuales temía asfixiarse. Todo le costaba mucha energía, una energía que ya no tenía. Realmente, la mujer ya no podía hacer nada, a pesar de siempre quiso hacer ella todo. Sufría por su creciente dependencia y porque sabía que su situación solo iba a empeorar. Y no quería pasar por ello. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

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

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen escrito resumido (ODB); resumido con el número 2019-130.

Un hombre de entre ochenta y noventa años padecía desde hacía muchos años de una enfermedad cardíaca que impedía al corazón bombear correctamente (cardiomiopatía isquémica). El diagnóstico era de insuficiencia cardíaca terminal. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por dolor en el pecho, enfisema grave, un gran cansancio al hacer cualquier esfuerzo mínimo, y malestar general. Ya no podía ir solo al aseo y hasta moverse en la cama le producía dificultad respiratoria. Solo podía beber sorbos de agua; ya no podía comer. El oxígeno ya no le producía alivio y la morfina solo le ayudaba parcialmente. Sufría porque no podía practicar su hobby, con el que había ganado muchos premios. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable.

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

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

COMBINACIÓN DE AFECCIONES

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; publicado con el número 2019-122

Un hombre de entre ochenta y noventa años padecía desde hace tiempo de cáncer de próstata, cáncer de recto, fibrilación auricular (un tipo de arritmia cardíaca), sordera repentina y polineuropatía axonal idiopática sensitivomotora (una enfermedad neurológica que causa una disminución o un cambio en la capacidad para moverse (funcionamiento muscular) o sentir (sensibilidad)). No había curación posible para ninguna de sus enfermedades. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por la pérdida de movilidad, la pérdida de audición, enfisema e incontinencia. Solo podía caminar varios pasos y estaba constantemente temiendo caerse. Sus problemas para caminar hacían que, con frecuencia, no llegase a tiempo al aseo. Consideraba su situación inhumana. Como consecuencia de sus enfermedades, el hombre ya prácticamente no podía hacer nada, cuando siempre había llevado una vida activa y emprendedora. Sufría por su creciente dependencia. También temía quedar confinado a la cama. Sabía que no había posibilidades de que su situación mejorase y no quería pasar por un deterioro mayor. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

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

2.2. Cinco dictámenes ordenados según cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL

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), inexistencia de otra alternativa razonable (d), consulta con un médico independiente (e) y la realización de la terminación de la vida (f).

Todas estas notificaciones también fueron consideradas como "no suscitan preguntas" (NVO). Los médicos de estas notificaciones recibieron un dictamen detallado.

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La WTL establece que un médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. La ley no prescribe que deba tratarse de una petición escrita. Es suficiente con una petición verbal. De la ley se deriva que es el propio paciente quien debe hacer la petición. La mayoría de los pacientes están en condiciones de mantener una conversación normal (verbalmente) hasta el momento de la realización de la eutanasia. En algunos casos, la capacidad de hablar del paciente puede disminuir (enormemente) o verse dificultada por su enfermedad. En ocasiones, el paciente está todavía en condiciones de comunicar de otra forma la petición (por ejemplo, con gestos de las manos, asintiendo, presionando en la mano de otra persona en reacción a preguntas cerradas del médico, o con ayuda de un ordenador con reproducción de voz; Código sobre la Eutanasia 2018, p. 17). El primer dictamen descrito a continuación trata una situación así.

El segundo dictamen se refiere a un paciente con demencia. En el caso de pacientes con demencia es necesario prestar una atención y un cuidado especiales al cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado, en especial al requisito sobre la capacidad de expresar la voluntad y el sufrimiento insoportable. En la fase inicial de la demencia, el paciente todavía suele tener suficiente conocimiento de su enfermedad y tiene capacidad para expresar su voluntad con relación a una petición de eutanasia. (Código sobre la eutanasia 2018, p. 42).

CASO SOBRE PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA (TRASTORNO DEL HABLA)

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; petición; afasia; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-04

Un hombre de entre sesenta y setenta años sufrió un derrame cerebral (accidente cerebrovascular grave) nueve meses antes del fallecimiento. Siguió un trayecto intensivo de recuperación, pero mantuvo determinadas secuelas, como parálisis de un lado (hemiparesia) y un grave trastorno del habla (afasia). Tras el trayecto de recuperación, el hombre fue ingresado en una residencia de convalecencia. Su estado empeoró progresivamente. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por las limitaciones físicas permanentes que padecía como consecuencia del derrame cerebral. Necesitaba cuidados las 24 horas del día y estaba confinado a su silla de ruedas. Tenía dolores en el brazo, la mano y la pierna. Casi no podía expresarse verbalmente y se sentía prisionero en su cuerpo. Sufría por la pérdida de calidad de vida. Sabía que no había posibilidades de que su situación mejorase y que solo le esperaba un empeoramiento progresivo. No quería pasar por un deterioro mayor. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento del paciente era insoportable y que no tenía perspectivas de mejora.

El hombre había hablado anteriormente sobre la eutanasia con su médico de familia y con el geriatra que le trataba. El médico de familia podía comprender la petición del hombre, pero la consideró demasiado compleja para llevarla a cabo. El geriatra tampoco quería llevarla a cabo. Por consiguiente, el hombre se dirigió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (con ayuda de un allegado), alrededor de un mes antes del fallecimiento. La forma en que el paciente experimentaba el sufrimiento era tan intensa que requería un procedimiento rápido.

El médico visitó al hombre tres veces. Debido a su trastorno del habla, el hombre solo podía emitir un sonido cada vez. De esa forma respondía verbalmente a las preguntas del médico. El hombre también podía contestar a las preguntas del médico de forma no verbal, apretando el puño, presionando en la mano del médico y asintiendo o negando con la cabeza. La esposa del hombre también le ayudaba durante las conversaciones.

La primera conversación tuvo lugar una semana y media antes del fallecimiento. Durante dicha conversación, el hombre pidió al médico que llevara a cabo la terminación de la vida. El hombre reiteró su petición

al médico en las dos conversaciones siguientes. El médico no tenía dudas sobre la capacidad del hombre de expresar su voluntad. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. (Un examen psicológico demostró que el hombre no padecía depresión).

El médico consultó con una asesora (una médica SCEN independiente). La asesora visitó al hombre cinco días antes de la terminación de la vida. A pesar de la incapacidad de hablar del hombre, podía expresarse bien y comunicarse por gestos con la asesora. La asesora también consideró que el hombre tenía plena capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición. En su informe, la asesora concluyó (basándose también en la conversación con el hombre) que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión considera con respecto al requisito de la petición, que el médico pudo llegar al convencimiento de que el hombre expresaba una petición voluntaria y bien meditada. La comisión llegó a esa conclusión porque el hombre, a pesar de que no podía expresar verbalmente su deseo, sí que pudo comunicar su deseo de otras formas. Tanto el médico como la asesora consideraron suficientemente demostrado que existía una petición voluntaria y bien meditada (partiendo de dichas formas de expresión y del comportamiento del hombre).

Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del hombre.

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

CASO SOBRE PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA (FASE INICIAL DE DEMENCIA)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; petición; demencia; dudas sobre la capacidad de expresar la voluntad; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-90

Un hombre de entre ochenta y noventa años padecía desde hacía años de varias enfermedades, como mala visión, diabetes mellitus, descalcificación ósea (osteoporosis), desgaste de cartílagos en articulaciones (artrosis) e incontinencia total. Unos dos años antes del fallecimiento se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. Debido a su necesidad de cuidados, el hombre fue ingresado en una residencia para asistidos unos nueve meses antes del fallecimiento.

El sufrimiento del paciente estaba ocasionado por su deterioro general, debilidad creciente, disminución de fuerzas, problemas de equilibrio e incontinencia. No podía estar de pie ni caminar, y necesitaba de una polea para entrar y salir de la cama. Ya no podía salir, y eso lo hacía muy desdichado. Comprendía que tenía que vivir separado de su mujer por su necesidad de cuidados, pero le causaba mucha pena. Siempre había sido un hombre activo, siempre ocupado. Sufría por dolores crónicos en todo el cuerpo, por no poder hacer nada más, por la total dependencia y la falta de perspectivas de mejora de su situación. También sufría porque, de vez en cuando, perdía la noción de las cosas y tenía problemas de memoria y dificultad para encontrar palabras. No obstante, el principal motivo de su sufrimiento era su deterioro físico y la pérdida de autonomía. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.

El hombre ya había hablado anteriormente de la eutanasia con su médico de familia. Como el médico de familia consideraba la situación del hombre demasiado compleja, le remitió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida. Unos dos meses antes del fallecimiento, el hombre pidió a la médica que procediera a la terminación de su vida. Repitió su petición en las siguientes cuatro conversaciones. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

La médica solicitó información médica al psiquiatra que trataba al hombre. El psiquiatra consideró que los trastornos cognitivos derivados de la demencia estaban tan avanzados que debía considerarse al hombre

incapaz de expresar su voluntad sobre la petición. No motivó más dicho punto de vista. La médica, una especialista en geriatría, no compartía esa conclusión. Pidió al asesor que había consultado (también un geriatra) que dedicase atención especial a la capacidad de expresar la voluntad sobre la petición de eutanasia. El asesor visitó al hombre alrededor de dos meses antes de la terminación de la vida. Consideró que el hombre estaba en condiciones de comprender las consecuencias de su elección de terminación de la vida y de nombrar las consideraciones que le habían llevado a su decisión. El asesor concluyó que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición. Con todo, aconsejó a la médica que un psiquiatra independiente evaluara la capacidad de expresar la voluntad. Esta recomendación se debió al dictamen del psiquiatra que trataba al hombre.

El psiquiatra independiente concluyó (tras examinar al hombre) que no existía depresión. Por lo que se refería a la pregunta de si el hombre tenía o no capacidad de expresar la voluntad sobre su petición, coincidió con las constataciones del asesor y la médica. En su opinión, a pesar de padecer Alzheimer, el hombre podía expresar correctamente su visión y sus consideraciones sobre su petición de eutanasia. Consideró que tenía capacidad de expresar la voluntad, con respecto a su petición.

La comisión considera que, en los casos de pacientes con demencia inicial, se debe exigir al médico un cuidado y una atención especiales al comprobar si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, en especial los referidos a la voluntariedad y la reflexión de la petición y el sufrimiento insoportable del paciente.

Partiendo de todos los datos facilitados por la médica, la comisión considera que la médica actuó con un cuidado y una atención especiales. La médica (un especialista en geriatría) no dudó de la capacidad de expresar la voluntad de este hombre, con demencia inicial. Cuando el psiquiatra que trataba al hombre consideró que no tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a su petición, la médica reflexionó sobre sus actos y sobre su propia convicción. Pidió al asesor que prestara atención especial a la capacidad de expresar la voluntad del hombre y pidió a un experto independiente adicional que evaluara la capacidad de expresar la voluntad del hombre. Ambos concluyeron que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición. Con esa actuación, la médica demuestra que ha dedicado un cuidado y una atención especiales a la situación.

La comisión tiene en cuenta en su dictamen que la médica tiene cierto margen de actuación. El psiquiatra que trataba al hombre no motivó su dictamen de que debía considerarse al hombre incapaz de expresar su

voluntad. La médica, el médico SCEN y el psiquiatra independiente consideraron que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad y motivaron su postura con argumentos y observaciones. Teniendo en cuenta todo ello, la comisión dictaminó que la médica (actuando dentro del margen de evaluación que posee) pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada.
Según la comisión, la médica también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

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

El médico debe adquirir el convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente. El sufrimiento es un concepto muy amplio. El sufrimiento puede ser consecuencia del dolor y la ansiedad, del agotamiento y el cansancio generalizado, del deterioro físico, de la ausencia de perspectivas de mejora, pero también de una dependencia creciente o de una situación que el paciente experimente como humillante, o de la pérdida de dignidad (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 20).

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, teniendo en cuenta su historial vital y médico, su personalidad, su patrón de valores y su capacidad de aguante físico y psíquico. Teniendo en cuenta el trayecto previo, el médico debe sentir y comprender que el sufrimiento es insoportable para ese paciente concreto. Por tanto, el médico no solo debe evaluar la situación, sino también ponerse en el lugar del paciente concreto (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 23).

El médico debe llegar junto con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra. Este requisito de diligencia y cuidado, que debe verse en relación con la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento, está relacionado con el carácter transcendental e irreversible de la eutanasia. Si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento insoportable o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones. En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto de médico y paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay una salida real y razonable para el paciente, para mitigar o eliminar el sufrimiento. Una intervención complicada o de larga duración con unas posibilidades limitadas de conseguir un resultado positivo, normalmente no puede considerarse una “alternativa razonable”. Sí que se considera generalmente una “alternativa razonable” una intervención médica o un tratamiento que puede reducir considerablemente el sufrimiento o incluso eliminarlo durante un largo plazo (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 24-25).

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

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; sufrimiento insoportable; ausencia de otra solución razonable; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-125

Un hombre de entre cincuenta y sesenta años sufría una enfermedad congénita del iris (aniridia), como consecuencia de la cual iba perdiendo progresivamente la visión. No existía curación posible. El historial médico indicaba también diabetes mellitus, pitidos en los oídos (tinnitus) y cálculos renales recurrentes que le causaban regularmente fuertes dolores.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por su progresiva falta de visión y su creciente falta de autonomía. Sufría sabiendo que estaba abocado a una ceguera total que le haría dependiente de otras personas y de ayudas para la falta de visión. Y era algo que no quería. Por consejo del médico, el hombre había intentado aprender a usar sistemas de ayuda para personas con poca visión. Pero había llegado a la conclusión de que no eran adecuadas para su personalidad. El médico entendía su postura. Para el hombre era también insoportable la idea de que en el futuro debería adaptar su estilo de vida a su discapacidad. La idea de que su entorno social tuviera compasión de él le parecía horrible. Por ese motivo, el hombre había reducido al mínimo su vida social desde hacía tiempo y no recibía prácticamente visitas de amigos (ni tampoco los visitaba él). Poco antes del fallecimiento, el oftalmólogo que lo trataba constató que el hombre padecía ya ceguera social.

El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.

Seis semanas antes del fallecimiento, el hombre fue examinado por un psiquiatra independiente, por consejo del primer asesor consultado por el médico. Se pidió al psiquiatra independiente que estudiara si existía algún trastorno psiquiátrico que explicara por qué el hombre consideraba tan difícil aceptar su discapacidad. Dicho psiquiatra caracterizó al hombre como una persona jovial, con una mentalidad “sin tonterías” y una forma de pensar en términos de “todo o nada”. Según él, no existía ningún trastorno psiquiátrico.

El médico consultó primero con una asesora (una médica SCEN independiente). Dicha asesora visitó al hombre alrededor de cuatro meses antes de la terminación de la vida. En su informe, la asesora llegaba a la conclusión de que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Aconsejó al médico que el hombre fuera examinado por un psiquiatra, con el resultado antes mencionado. Después de que el hombre fuera examinado por el psiquiatra, el médico consultó con un segundo asesor, también un médico SCEN, que también era psiquiatra. Este último concluyó que sí que se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado. Dicho asesor señaló explícitamente que, para esta persona, el sufrimiento era insoportable.

La comisión dedicó una atención especial al requisito de que el médico debe haber llegado al convencimiento de que el paciente sufre de forma insoportable. Y también a la cuestión de si el médico y el paciente habían podido llegar conjuntamente al convencimiento de que no existían otras soluciones razonables, en especial teniendo en cuenta su enfermedad.

La comisión considera además que el médico ha motivado suficientemente que llegó al convencimiento de que la ceguera era insoportable para este hombre en concreto. El médico se pudo ver reforzado en dicho convencimiento por la opinión del psiquiatra independiente. Opinión que también fue confirmada por el segundo asesor. La clara descripción que hace el médico de la personalidad del hombre hace que la comisión tampoco llegue a otro convencimiento.

Con respecto al requisito de que el médico debe llegar (junto con el paciente) al convencimiento de que no existe otra solución razonable, la comisión también considera que el médico pudo llegar a dicho convencimiento. El médico recomendó al hombre que se pusiera en contacto con un instituto de asistencia para personas con una discapacidad visual y que solicitara su asesoramiento. El médico y el hombre pudieron llegar conjuntamente al convencimiento (teniendo también en cuenta la personalidad del hombre) de que las ayudas ofrecidas no eran adecuadas para el hombre, porque quedaban muy lejos de su modo de vida independiente.

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

CONSULTA CON ASESOR INDEPENDIENTE

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

La ley dispone que el asesor debe ver al paciente. Normalmente, "ver" al paciente significa: "visitar" al paciente. Esto puede suponer algún problema práctico en las islas BES (Bonaire, San Eustaquio y Saba). Allí puede optarse, por ejemplo, por una videollamada (por Internet) entre el asesor y el paciente (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 30). Esta situación especial se ha producido en el año objeto de este informe.

CASO SOBRE CONSULTA (ISLAS BES)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; el asesor debe ver al paciente; una isla BES; publicado con el número 2019-66

Una mujer de entre sesenta y setenta años fue informada unas seis semanas antes del fallecimiento, de que padecía una enfermedad neurodegenerativa (una enfermedad del sistema nervioso por la cual las células nerviosas van muriendo con el transcurso del tiempo). No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por la pérdida de la dirección de su propia vida. En un breve plazo pasó a ser totalmente dependiente y tenía problemas crecientes para comunicarse. Experimentó pérdida de fuerza en todo su cuerpo. Sufría por la falta de perspectivas de mejora de su situación y porque sabía que iba a empeorar progresivamente. Ya no podía hacer ninguna de las cosas que daban sentido a su vida. Consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.

El médico consultó con una asesora (una médica SCEN independiente) de los Países Bajos. La asesora mantuvo una videoconferencia con la mujer. El médico explicó en su informe su elección de consultar a una asesora en los Países Bajos. El número de médicos de familia en las islas BES es muy limitado y todos los médicos de familia se conocen entre ellos. Así no se puede garantizar ni una apariencia de independencia. El médico consideró que la independencia entre él y la asesora y el hecho de que la mujer solo podía ser evaluada por un médico SCEN eran más importantes que la conveniencia de que un asesor visitase físicamente a la mujer.

En su informe, la asesora llegó a la conclusión (basándose también en la conversación con la mujer) de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión considera acerca de la sucesión poco habitual de los hechos (por lo que se refiere a la consulta) que conoce la dificultad de encontrar un médico independiente en las islas BES para poder realizar la consulta (y que además sea médico SCEN). Y también que puede ser complicado evitar la apariencia de dependencia entre ambos profesionales. El médico motivó bien su elección de consultar con una asesora en los Países Bajos. La comisión se remite a lo incluido al respecto en el Código sobre la Eutanasia 2018, que incluye expresamente para las islas BES la posibilidad de que el asesor y el paciente mantengan una videoconferencia, como alternativa a una visita física al paciente. La comisión considera que el médico ha cumplido el requisito de consultar al menos con un médico independiente que haya visto a la mujer (con ayuda de una videoconferencia) y haya hablado con ella.

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

REALIZACIÓN

Si se llega finalmente a la eutanasia, esta debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma inducido. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las comisiones aplican como guía la directriz de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (Directriz sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio de 2012) (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 33). La Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) están actualmente revisando dicha directriz. Se espera que la nueva directriz se publique en el transcurso de 2020.

El médico es el responsable final de actuar con la diligencia a que obliga la práctica médica. Sus actos van a ser evaluados por la comisión. El farmacéutico tiene su propia responsabilidad sobre la preparación y el etiquetado, si prepara las jeringuillas o la bebida. El médico debe controlar que el paciente reciba realmente las sustancias y las dosis correctas (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 35).

CASO SOBRE DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que no suscita preguntas (NVO); dictamen detallado; gotero que funciona mal, dosis de emergencia caducada; publicado con el número 2019-64

A una mujer de entre setenta y ochenta años se le diagnosticó un cáncer de pulmón y páncreas medio año antes de su fallecimiento. Unos meses después se constató que sufría metástasis en el hígado. Su condición empeoró rápidamente en las últimas semanas antes del fallecimiento. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa. La mujer había hablado previamente con su propio médico de familia sobre eutanasia. Su médico de familia llevaba un tiempo ausente, y el médico actuó como su sustituto.

El médico comenzó la realización de la eutanasia mediante la administración intravenosa de 2.000 miligramos de tiopental (una sustancia que ocasiona un coma en el paciente). Después de haber administrado unos 1.300 miligramos, el médico constató que la vía ya no estaba bien colocada. El médico interrumpió entonces el procedimiento y se puso en contacto con el asesor. El asesor aconsejó que comenzará nuevamente todo el procedimiento.

El médico se encargó de que un equipo especializado colocara un nuevo gotero. Cuando el médico estaba preparando las sustancias de la dosis de emergencia, comprobó que había pasado la fecha de caducidad de la sustancia con la que debía inducirse el coma. El médico se puso en contacto con el farmacéutico. El farmacéutico llevó nuevas ampollas. Seguidamente, el médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente.

La comisión constató que la ejecución de la terminación de la vida había sido accidentada. En opinión de la comisión, el médico llevó a cabo la terminación de la vida con el cuidado y la diligencia de una buena práctica médica, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. La comisión tomó para ello en consideración que el médico se encargó de que se colocara una nueva vía, cuando constató que no estaba bien puesta. Después, cuando constató que estaba caducada la sustancia inductora del coma contenida en la dosis de emergencia, se encargó de que trajeran nuevas sustancias. Seguidamente, llevó a cabo la terminación de la vida siguiendo la directriz de la KNMG/KNMP de agosto de 2012, sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio.

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

2.3 Cinco dictámenes relativos a pacientes con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez

ENFERMEDAD MENTAL

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

CASO SOBRE ENFERMEDAD MENTAL

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con problemas psiquiátricos; publicado con el número 2019-121

Un hombre de entre sesenta y setenta años padecía depresiones recurrentes y una personalidad narcisista y antisocial. (Un trastorno de personalidad narcisista tiene dos caras. Por una parte, existe un patrón general de grandiosidad y una necesidad de adulación. Por otra parte, existe un sentimiento extremo de inferioridad e inseguridad. Un trastorno de personalidad antisocial conlleva dificultad para cumplir reglas y tener en cuenta a otras personas. Puede ir acompañado de irritabilidad, agresividad, impulsividad e indiferencia). El hombre padecía además un trastorno grave por consumo de alcohol. Había sido tratado a lo largo de los años con medicamentos y con psicoterapia. Había sido ingresado varias veces en una institución. A pesar de todo, su estado había ido empeorando progresivamente. Desde 2010 residía en una forma residencial protegida. En 2016 se inició un tratamiento FACT-MBT (psicoterapia basada en la mentalización, que es un tratamiento que trata la concienciación sobre los actos, sentimientos y comportamiento propios, especialmente en su trato con otras personas). Unos seis meses antes de la terminación de la vida, el hombre había interrumpido dicho tratamiento porque no había traído suficientes cambios a su vida.

A petición de la médica, un psiquiatra independiente especializado en personas mayores estudió las eventuales posibilidades reales de tratamiento para el hombre. Dicho psiquiatra habló con él tres veces.

Suscribió los diagnósticos anteriores, pero también constató que el hombre mostraba rasgos autistas (un trastorno caracterizado por las limitaciones en el campo de la interacción social y la comunicación (no) verbal y por un patrón de conducta limitado, con muchas repeticiones o costumbres fijas). Por ello, el psiquiatra especializado en personas mayores pensó que un tratamiento de los problemas de personalidad que estuviera centrado en el cambio no produciría una mayor mejora; al contrario: posiblemente sería pedir demasiado al hombre. El hombre reconocía sus limitaciones, pero indicó claramente que no tenía motivación y que no veía posibilidades de conseguir cambios. Por consiguiente, el psiquiatra especializado en personas mayores consideró que ya no existían alternativas reales de tratamiento.

El sufrimiento del hombre se debía a su profunda desconfianza de las personas, que le impedía mantener contactos valiosos con otros. Podía mantener contactos superficiales, pero cuando se quedaba solo comenzaba a sentir dudas sobre la sinceridad de las otras personas. Y entonces sentía un enorme vacío. Además, sufría mucho por el daño que su comportamiento había hecho a sus relaciones personales. Todo ello le llevaba a una soledad existencial de la que no podía escaparse y que solo podía apaciguar con alcohol. Cuando estaba bajo la influencia del alcohol volvía a apartar a las personas, lo cual confirmaba nuevamente sus sospechas y la imagen de sí mismo. También recaía constantemente en conductas que alejaban a las demás personas. Todo ello le hacía sentirse descorazonado. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. La médica estaba convencida de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para el hombre más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

El hombre había hablado con su médica sobre la eutanasia desde agosto de 2018. Desde esa fecha, la médica habló detenidamente con el hombre sobre esta cuestión alrededor de veinte veces. En cada una de las conversaciones, el hombre pidió a la médica que llevara a cabo la terminación de la vida. Repitió también regularmente su petición de eutanasia en presencia de otros profesionales que lo trataban.

El psiquiatra especializado en personas mayores, mencionado anteriormente, también estudió la capacidad que tenía el hombre de expresar su voluntad. Constató que el hombre podía prever y comprender correctamente las consecuencias de su petición. Aunque el alcoholismo era grave, el hombre podía dejar el alcohol cuando lo acordaba con los profesionales sanitarios. El psiquiatra especializado en personas mayores también consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición.

La médica constató que la petición del hombre se había mantenido en el tiempo y era coherente. Consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

La médica consultó con un asesor (un médico SCEN independiente, que también era psiquiatra). El asesor visitó al hombre unas seis semanas antes de la terminación de la vida, después de que la médica le hubiera informado al efecto y después de consultar la documentación médica relevante. El asesor constató que no existían perspectivas de mejora de la problemática psiquiátrica que padecía el hombre. Llegó a esa conclusión debido al desarrollo crónico de la enfermedad y a la falta de un tratamiento eficaz. El asesor consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición.

La comisión considera que un médico debe actuar con un cuidado especial cuando se trata de una petición de eutanasia derivada de una enfermedad mental. 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 ausencia de otra solución razonable. En esos casos, es necesario acudir a los conocimientos expertos de un psiquiatra independiente o de un médico SCEN que también sea psiquiatra, si el contacto con un psiquiatra y con un asesor es demasiado gravoso para el paciente.

Partiendo de todos los datos facilitados por la médica, la comisión considera que, en el presenta caso, la médica había actuado con un cuidado especial. La comisión considera que la médica había actuado según las directrices de su grupo profesional. La comisión también ha tenido en cuenta que la médica consultó con un psiquiatra independiente, que concluyó que el paciente tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a la petición de eutanasia, que existía un sufrimiento sin perspectivas de mejora y que ya no existía otro tratamiento razonable.

El asesor confirmó la opinión de la médica de que, después de un largo periodo de tratamiento sin mejoras estructurales, debía concluirse que ya no existían alternativas reales para el hombre y que, en consecuencia, el sufrimiento insoportable no tenía perspectivas de mejora. El asesor también confirmó la conclusión de la médica de que el deseo del hombre ya existía desde hacía tiempo y que su petición era voluntaria y bien meditada.

La comisión dictamina que la médica ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

DEMENCIA

Cuando hablamos de demencia y eutanasia podemos distinguir entre eutanasia con un paciente en la fase inicial y eutanasia con un paciente en una fase más avanzada de demencia. En la fase inicial, el paciente todavía suele tener suficiente conocimiento de su enfermedad y tiene capacidad para expresar su voluntad con relación a una petición de eutanasia (en el apartado 2.2 se describe un ejemplo de esta situación). Llevar a cabo una petición de eutanasia en la fase en que el proceso de demencia ha avanzado hasta el punto en que el paciente ya no tiene capacidad de expresar la voluntad ni puede comunicarse (o únicamente con expresiones o gestos simples) es posible en casos en los que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad. Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación concreta. En este tipo de casos, las comisiones de verificación invitan al médico de forma estándar a que acuda a ofrecer una explicación verbal (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 43).

A continuación se tratan dos notificaciones de eutanasia con un paciente con demencia en una fase avanzada. Ambos pacientes habían redactado una petición escrita de eutanasia cuando todavía tenían capacidad de expresar su voluntad. En el momento de la redacción de este informe anual, el Tribunal Supremo está deliberando sobre los requisitos exactos que deben imponerse a la práctica de la eutanasia conforme a una declaración de voluntad por escrito. Se trata, entre otras cuestiones, de la claridad que debe tener una declaración de voluntad y de si el médico debe averiguar antes de practicar la eutanasia si el paciente todavía lo desea. En el momento en que se estudiaron las siguientes notificaciones todavía no se podía contar con la opinión del Tribunal Supremo al efecto.

CASO SOBRE DEMENCIA (PACIENTE INCAPAZ CON PETICIÓN DE EUTANASIA POR ESCRITO)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con demencia avanzada; declaración de voluntad por escrito; cuando se practica la eutanasia en esta fase, el médico debe consultar con un médico especialista sobre esta cuestión (además del asesor independiente); Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-79

Dos años antes del fallecimiento de un hombre de entre ochenta y noventa años, se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer. A pesar del tratamiento con medicamentos, su estado empeoró progresivamente. Al principio, su esposa se encargó de cuidarlo en casa.

Alrededor de un año antes de su fallecimiento, el hombre se rompió la cadera en una caída. Después de la operación consiguiente, quedó desorientado y mostraba un estado de agitación. Cuando regresó a casa después de un trayecto de recuperación, su estado psíquico empeoró rápidamente. Cuando la situación en casa era insostenible, fue ingresado en una residencia de convalecencia (unos cuatro meses y medio antes del fallecimiento).

Un año antes del fallecimiento, el médico de familia habló varias veces con el hombre sobre la eutanasia. Entonces no realizó una petición concreta. El médico de familia afirma que, durante las conversaciones sobre la eutanasia después de la fractura de cadera, el hombre ya no tenía conciencia de la enfermedad ni tampoco realizó una petición concreta de eutanasia. El médico de familia no quiso practicar la eutanasia porque consideró que la petición era demasiado compleja. Entonces se recurrió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida.

El hombre había redactado dos declaraciones escritas de voluntad, en 2012 y en 2018. Nadie dudó de su capacidad de expresar la voluntad en el momento de redactar ambos documentos escritos. El médico había notado que la segunda declaración había sido redactada cuando el hombre estaba ingresado en el hospital. Por ello, el médico se puso en contacto con el notario que había redactado la declaración, para verificar si el hombre tenía entonces capacidad de expresar la voluntad.
El notario confirmó dicho punto.

En la primera declaración de voluntad, la petición se había formulado de la siguiente forma:
“Quiero que se empleen todos los medios, absolutamente todos los medios, para acceder a mi petición de eutanasia si me sucede lo siguiente (como consecuencia de demencia por Alzheimer):

- Ya no puedo comunicarme
- Necesito ayuda para las cosas cotidianas
- Cambio de carácter / personalidad
- Ya no reconozco a mis allegados
- No controlo mi pensamiento ni mis actos.

Además, quiero que se me aplique la eutanasia si, como consecuencia de la demencia por Alzheimer, padezco de situaciones humillantes como incontinencia, conducta difícil y agresiva y pérdida de la dignidad personal, incompatibles con mi forma de vida. Deseo no ser ingresado en ningún caso en una residencia de convalecencia geriátrica".

En su testamento vital (redactado por el notario un año antes de su fallecimiento), su petición de eutanasia se expresa de la siguiente forma: "Si me encuentro en una situación en la que sufro sin perspectivas de mejora; o en la que no existe ninguna perspectiva razonable de recuperar una forma de vida digna para mí; o se puede prever una situación de un mayor deterioro y humillación, pido a mi médico expresamente que me suministre o facilite las sustancias para terminar con mi vida". Y: "He meditado cuidadosamente esta petición de eutanasia, me he informado correctamente al respecto y en el momento de firmarla estoy en posesión de todas mis facultades mentales".

El médico visitó al hombre diez veces. Durante la cuarta visita, quedó claro que la situación en casa era ya insostenible y que el hombre debía ser ingresado en una residencia de convalecencia. Según el médico, se pudo percibir claramente una reacción del hombre cuando fue ingresado en la residencia. Cuando se le llevó allí y comprendió que debía quedarse, se mostró enfadado. Durante su ingreso, decía regularmente: "¡No quiero esto!"

El médico le visitó cuando llevaba tres semanas ingresado en la residencia. Según el médico, durante esa visita no pudo observar claramente el sufrimiento. Pero la familia y el personal asistencial indicaban que había señales de que el hombre sufría. Estaba inquieto, sobre todo por las tardes. Durante una visita que hizo el médico por la tarde, pudo ver a una persona muy inquieta y agitada, que mostraba enfado y pena cuando su esposa se despedía de él. Según el historial de asistencia, dicho patrón se repetía regularmente. Los informes del personal asistencial mostraban también que el hombre vagaba sin rumbo durante días enteros. En su vagar, chocaba regularmente con objetos o paredes. Además, por la noche se mostraba muy inquieto y también vagaba sin rumbo. Dormía poco y normalmente reaccionaba enfadado y frustrado con los otros residentes. El personal asistencial también indicaba que se mostraba frecuentemente apenado. Debido a su falta de capacidad de comunicarse, no podía explicar lo que quería y

se sentía incomprendido. Todo ello le producía enfado. Se le administraban medicamentos contra la intranquilidad, pero lo dejaban aturdido y aumentaban su obsesión por el movimiento. Sufría caídas constantes. Tras varios meses en la residencia de convalecencia, no se había conseguido un equilibrio aceptable. El hombre ya no podía comunicarse, su carácter había cambiado y ya no controlaba sus pensamientos ni sus actos. También sufría de incontinencia y dependía de los demás para su cuidado cotidiano.
Dos meses antes del fallecimiento, el médico pidió al geriatra que lo trataba que informara sobre el funcionamiento del hombre y que estudiara si todavía había posibilidades de aliviar su sufrimiento. Según el geriatra que le trataba, durante su estancia en la residencia del convalecencia el hombre había pasado a ser totalmente dependiente de otros para su cuidado cotidiano y había empeorado su incontinencia. También había aumentado el deterioro cognitivo.

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. Para evaluar el sufrimiento, el médico debía basarse en expresiones no verbales, porque el hombre ya no podía expresar su sufrimiento con palabras. Según el médico, la turbación se podía ver, oír y sentir. El médico llevó a cabo una evaluación del sufrimiento conforme al esquema Kimsma, que corroboró su convencimiento de que el sufrimiento era insoportable para esa persona, teniendo en cuenta su biografía y su carácter. El médico comprobó que la situación en que se encontraba el hombre coincidía con lo que había descrito como "insoportable" en su petición de eutanasia. Durante la última visita, un día antes de llevar a cabo la eutanasia, el médico preguntó al hombre si deseaba que se llevara a cabo la eutanasia que había solicitado. El hombre no reaccionó a dicha pregunta.

El médico consultó con dos asesores (médicos SCEN independientes). La primera asesora, también especialista en geriatría, visitó al hombre unos dos meses antes de la terminación de la vida. Durante la visita de la asesora, no fue posible mantener una comunicación verbal. Según la asesora, el hombre carecía de capacidad de expresar su voluntad, debido al avanzado proceso de su demencia. La asesora habló con la esposa del hombre sobre la evolución de la enfermedad. La asesora consideró que esa persona sin capacidad de expresar su voluntad se encontraba en una situación en la que nunca habría querido estar (según su declaración de voluntad, comentada regularmente con el médico de familia). Según la asesora, había momentos en que el hombre sufría visiblemente. Se mostraba enfadado y apenado cuando estaba separado de su esposa. Según la asesora, no existían alternativas de tratamiento; la situación del hombre no tenía perspectivas de mejora. De acuerdo con sus propias

observaciones durante la visita al hombre, la información del médico y la información adicional de otros, la primera asesora llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Posteriormente, el médico consultó a un geriatra especializado en demencia avanzada. Este segundo asesor visitó al hombre dos veces. Durante las visitas del asesor, no fue posible mantener una comunicación verbal. Según el asesor, el hombre había perdido el contacto con el entorno, dependía cada vez más de cuidados externos y se encontraba cada vez más desplazado, por lo que había aumentado su intranquilidad y su necesidad de movimiento. El asesor consideró que el hombre expresaba su petición de eutanasia a través de su comportamiento. Según el asesor, el mundo el hombre había sido perturbado de tal forma en los meses previos que era imposible recuperarlo. No existían posibilidades de que experimentara algo positivo o que le diera tranquilidad. En consecuencia, el asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Teniendo en cuenta el estado del hombre, no era totalmente previsible la reacción que podía mostrar cuando le pusieran el gotero. El médico estaba convencido de que el hombre deseaba la eutanasia y durante todo el trayecto de estudio no habían existido expresiones verbales o físicas del hombre que pudieran interpretarse como contrarias a sus declaraciones escritas de voluntad y a los deseos anteriormente expresados. Por ello, el médico concluyó que las eventuales reacciones contradictorias del hombre no debían interpretarse como signos de oposición a la ejecución de la eutanasia, sino como reacciones a la colocación de la vía o a otros actos como tal. Previendo posibles reacciones contradictorias, el médico redactó un protocolo para la realización de la eutanasia.

El día de la eutanasia, se trasladó al hombre a su casa. Permitió que le pusieran la vía sin problemas. El hombre no reaccionó cuando el médico le indicó que iba a practicar la eutanasia.
El médico consideró que se había hecho todo para que la situación del hombre fuera más soportable. El médico constató que posiblemente podía probarse todavía otra medicación tranquilizante o modificar las actividades diarias del hombre. No obstante, estaba convencido de que con ello no podía solucionarse el sufrimiento insoportable del que hablaba el hombre en su declaración de voluntad y que también era claramente visible.

La comisión considera que, en el caso de pacientes con demencia, se pide al médico que actúe con un cuidado y atención especiales, concretamente en los requisitos de diligencia y cuidado relativos a una

petición voluntaria y bien meditada, al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y a la ausencia de otras soluciones razonables.

Dar curso a una petición de eutanasia en la fase en que el proceso de demencia ha avanzado hasta el punto en que el paciente ya no tiene capacidad de expresar la voluntad ni puede comunicarse (o únicamente con expresiones o gestos simples) es posible en casos en los que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 43). El artículo 2, párrafo 2 de la WTL establece que una declaración escrita de voluntad puede sustituir a una petición verbal y que se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el art. 2, párrafo 1 de la WTL. Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación concreta. La comisión considera que el médico actuó con el cuidado y la atención especiales mencionados arriba. A este respecto, la comisión ha tenido en cuenta lo siguiente. Ha quedado constatado que el hombre ya no tenía capacidad de expresar la voluntad en el momento en que el médico empezó a tener contacto con él. La comisión opina que, en el momento en que el hombre redactó y actualizó su declaración de voluntad por escrito, no existían motivos para suponer que ya no tenía capacidad de expresar su voluntad.

Partiendo de todos los datos, la comisión está convencida de que en el momento de llevar a cabo la terminación de la vida se daban las circunstancias mencionadas por el hombre en su declaración de voluntad por escrito.

La comisión considera que el médico pudo llegar al convencimiento de que llevar a cabo la eutanasia estaba en línea con la declaración de voluntad por escrito redactada con anterioridad y que no existían contraindicaciones al respecto; de los documentos no se desprende que el hombre hubiera indicado antes de la terminación de la vida en la residencia de convalecencia o en su casa, que ya no quería terminar su vida.

En la fase en que el proceso de demencia se encuentra tan avanzado que el paciente ha perdido la capacidad de expresar la voluntad, debe quedar justificado que el paciente experimenta en ese momento un sufrimiento insoportable. La comisión dictamina que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. A este respecto, la comisión ha tenido en cuenta lo siguiente. Del expediente se desprende que el médico profundizó detenidamente en la situación del hombre. Una observación extensa y de larga duración demostró que el hombre se mostraba constantemente

angustiado, aturdido, intranquilo, enfadado y agresivo en la residencia de convalecencia. El médico vio como durante el trayecto empeoraba progresivamente la situación y aumentaba el sufrimiento. A pesar de los intentos llevados a cabo en la residencia, resultó imposible mejorar la situación. Todo ello hacía que el médico pudiera sentir el sufrimiento del hombre como insoportable. El médico se pudo convencer de que el hombre sufría de forma insoportable.

Con respecto al requisito de que el médico debe llegar al convencimiento de que el paciente sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y al requisito de que el médico debe llegar (junto con el paciente) al convencimiento de que no existe otra solución razonable, la comisión también considera que el médico pudo llegar a dicho convencimiento. En el informe del geriatra que trataba al hombre aparece una enumeración de eventuales posibilidades de mejorar la situación del hombre. En dicho documento se incluye, entre otras cosas, que podía probarse con medicación con mayores propiedades sedantes, que el hombre podría hablar con un consejero espiritual y que también podía optimizarse mejor la organización del día. La comisión suscribe la opinión del médico de que la administración de una medicación con mayor efecto sedante no puede considerarse una alternativa razonable (Código sobre la Eutanasia, p. 25). El geriatra tampoco especifica esa mejor organización del día que menciona. La comisión coincide con la opinión del médico de que, probablemente, unas conversaciones con un consejero espiritual no tendrían ningún efecto en una persona con demencia avanzada.

Además, de los documentos se desprende claramente que se intentó de muchas maneras hacer que la situación fuera llevadera para el hombre, pero resultó imposible. Para llegar a ese convencimiento, el médico también se apoyó en el expediente del geriatra que trataba al hombre y del personal asistencial y en declaraciones de los allegados del hombre.

En principio, los requisitos de diligencia y cuidado exigen que el médico y el paciente lleguen conjuntamente al convencimiento de que no existe otra solución razonable. Según el historial de la tramitación parlamentaria de la ley, en el artículo 2, párrafo 1 de la WTL se exige que los requisitos de diligencia y cuidado “sean aplicables en la medida de lo posible a la situación concreta”. Esto significa que deben tenerse en cuenta las circunstancias específicas, como el hecho de que ya no sea posible la comunicación con el paciente y que el paciente ya no pueda responder a preguntas. Por tanto, en casos como el que nos ocupa, se concede mucha importancia a lo que el paciente ha incluido al respecto en su declaración escrita de voluntad y lo que ha dicho al respecto cuando todavía era posible comunicarse con él.

En el momento en que el médico se implicó en la situación del hombre, este ya no tenía capacidad de expresar su voluntad. Partiendo de lo incluido por el hombre en su declaración de voluntad sobre las circunstancias en las que deseaba la eutanasia y teniendo en cuenta que (tal y como se ha descrito anteriormente) no existía ninguna otra solución razonable de remediar dichas circunstancias (que constituían el sufrimiento insoportable) o de reducir esencialmente sus efectos, la comisión considera que el médico pudo llegar al convencimiento de que se había cumplido dicho requisito de diligencia y cuidado.

Cuando se trata de una eutanasia en una fase avanzada de la demencia, el médico debe consultar (además de con un asesor "habitual" que emita un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado) con un médico especialista en la cuestión (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 43).

La comisión constata que el médico consultó con dos asesores independientes (expertos en la cuestión) que vieron al hombre y emitieron su dictamen por escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Ambos concluyeron que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. Con ello, el médico cumplió el requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra (e) de la WTL. La comisión sí que señala sobre los informes de ambos médicos SCEN que, en ellos, no se motiva la conclusión de que no existían otras soluciones razonables y que además no tratan detenidamente las alternativas de tratamiento del geriatra que trataba al hombre. Tal y como se ha indicado anteriormente, el médico tampoco argumentó suficientemente que el sufrimiento fuera insoportable y que no existían otras soluciones razonables.

Según la comisión, se cumplieron todos los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO SOBRE DEMENCIA (PACIENTE INCAPAZ CON PETICIÓN DE EUTANASIA POR ESCRITO)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con demencia avanzada; declaración de voluntad por escrito; cuando se practica la eutanasia en esta fase, el médico debe consultar con un médico especialista sobre esta cuestión (además del asesor independiente); Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-119

Un hombre de entre setenta y ochenta años padecía problemas cognitivos crecientes desde unos seis años antes del fallecimiento. Tres años antes del fallecimiento fue necesario un ingreso hospitalario debido a una neumonía. Durante el ingreso, sufrió de delirios. Posteriormente se constató que el hombre ya no podía volver a funcionar como lo había hecho hasta entonces. Poco después se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer.

Tres años antes del fallecimiento, el hombre había redactado una declaración de voluntad por escrito. En dicha declaración se incluía, entre otras cosas:
"- Es mi voluntad no seguir viviendo y fallecer rápidamente en paz cuando, por el motivo que sea, me encuentre en un estado psíquico o físico que no ofrezca ninguna perspectiva real de volver a tener una existencia razonable y digna.

- Para el caso de que yo no fallezca rápidamente en paz si se me priva de un (posterior) tratamiento médico, ruego encarecidamente al médico que me trate que cumpla mi deseo de morir y me administre sustancias para morir en paz, o bien se ocupe de que yo ingiera dichas sustancias bajo su supervisión.

Entiendo en cualquier caso que existirá un estado como el mencionado en los siguientes casos:
- una situación de sufrimiento terminal de larga duración;
- una situación humillante irreversible;
- cualquier estado psíquico o físico que pueda especificar o que pueda sufrir con consecuencias que sean claramente inaceptables para mí.
- Para el caso de que en un estado como los mencionados todavía esté en condiciones manifiestas de expresar mi voluntad, pido también al médico encargado de mi tratamiento que me pida que confirme esta declaración. En los demás casos, debe considerarse que esta declaración contiene mi voluntad expresa".

Poco después de su diagnóstico, el hombre habló varias veces con su médico de familia sobre su deseo de eutanasia. En dichas conversaciones

expresó, entre otras cosas, que temía la humillación y la agresividad. Dichas conversaciones se mantuvieron hasta un año antes del fallecimiento. En ese último año, el hombre ya no comenzó a hablar por propia iniciativa sobre su deseo de eutanasia y el médico tampoco le preguntó al respecto.

Alrededor de un año antes del fallecimiento, el hombre fue internado en una residencia de convalecencia. El internamiento se debió a su creciente necesidad de asistencia y a las muchas peleas que mantenía. Al principio, le fue bien en la residencia de convalecencia. Pero cuando su enfermedad empeoró gravemente, comenzó a padecer pérdidas crecientes de equilibrio acompañadas de frustración y ansiedad. Su capacidad de comunicarse fue reduciéndose cada vez más y al final prácticamente no podía hacer nada. Mostraba diariamente su inquietud. También mostraba una agresividad creciente con los otros residentes; era muy difícil distraerle de dicha agresividad. Los episodios de agresividad aumentaron paulatinamente. A pesar de los diversos intentos de mejora, su comportamiento no cambió. Su incapacidad de hablar (afasia) y sus problemas de comunicación impidieron la mejora. La medicación administrada para aminorar los síntomas le dejaba totalmente aturdido. Si se reducía la medicación, volvían a aparecer sus síntomas. Además de la medicación, también se usaron otros recursos para mejorar la situación. Por ejemplo, dormía en una cama cubierta (por sus incidentes de caídas), pero en ocasiones también se mostraba inquieto en esa cama.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por la ausencia de conocimiento del mundo que le rodeaba, la pérdida de la capacidad de comunicarse bien con otros y las consecuencias que ello traía: ansiedad y enfado. Existían periodos en los que prácticamente no dormía durante varias noches, debido a su intranquilidad. Eso le producía un enorme cansancio. En ocasiones, limpiaba obsesivamente el suelo y prácticamente era imposible hacerle parar. En su confusión, también mostraba comportamientos humillantes como hacer sus necesidades en su habitación arrastrarse por el suelo y mostrarse agresivo con el personal asistencial y los otros residentes. En los momentos en que el hombre estaba tranquilo, se mostraba regularmente apático y cerrado en sí mismo.

Cuando la situación en la residencia siguió empeorando y también empeoró gravemente el estado del hombre, los familiares comenzaron a hablar de la declaración escrita de voluntad. Su esposa comentó la declaración de voluntad con el geriatra. No obstante, el geriatra consideró la petición demasiado compleja. Seguidamente, la esposa se puso en contacto con el médico de familia. El médico de familia solicitó

ayuda a un asesor de eutanasia de la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK), que visitó al hombre en la residencia. Finalmente, el médico de familia tampoco quiso practicar la eutanasia porque consideró que la petición era demasiado compleja. De común acuerdo con el asesor sobre eutanasia, el médico de familia pasó la petición a la SLK. El médico de familia siguió estrechamente implicado con el trayecto de eutanasia de la SLK.

Desde el momento en que el médico se implicó en la situación del hombre, este ya no tenía capacidad de expresar su voluntad. El médico visitó al hombre cuatro veces durante un periodo de cinco meses. En cada visita, el médico intentó establecer contacto. El hombre reaccionaba a esos intentos, pero nunca fue posible una conversación. El médico comentó con la esposa que la declaración de voluntad no era muy específica, que incluía muchas cosas. La esposa le contó que los padres del hombre también habían padecido la enfermedad de Alzheimer y que ambos habían experimentado su deterioro como algo horrible. Siempre había afirmado categóricamente que no quería que le pasase lo mismo.

Se acordó con la familia un periodo de observación. Durante ese periodo, todos los implicados fueron testigos de muchos momentos de humillante deterioro. Dichos momentos humillantes constaron principalmente de intranquilidad, incontinencia, ansiedad y agresividad; no se podía dirigir al hombre y no había ninguna intervención que ayudara. Después del periodo de observación, quedó claro para el médico que el hombre sufría de forma insoportable, tal y como había descrito en su declaración de voluntad.

Unos tres meses antes de la terminación de la vida, el médico consultó con un psiquiatra independiente para que evaluara el sufrimiento del hombre. Dicho psiquiatra visitó al hombre en la residencia de convalecencia. Durante su visita, el psiquiatra constató que no era posible mantener una conversación con el hombre. Por consiguiente, habló con su esposa y con sus hijos (políticos). El psiquiatra tuvo además contacto telefónico con el médico de familia. Partiendo de su visita y de las conversaciones con la familia y con el médico de familia, el psiquiatra independiente concluyó que la ansiedad y la intranquilidad estaban siendo tratadas correctamente.

Teniendo en cuenta la personalidad, el historial clínico y las expresiones de voluntad del hombre que habían quedado constatadas, el psiquiatra independiente consideró que no era necesario disponer de expresiones verbales del hombre sobre su sufrimiento. Consideró que no podía constatarse de forma objetivamente convincente que existía un

sufrimiento insoportable. No obstante, sí que podía hablarse de un sufrimiento insoportable durante los momentos de inquietud, que suponían una parte considerable del día del hombre. Entonces se producían claramente situaciones de humillación irreversible. El psiquiatra no dudó de que el estado del hombre se ajustaba totalmente a lo que había indicado que consideraba insoportable cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente, que también era especialista en geriatría). El asesor visitó al hombre alrededor de mes y medio antes de la terminación de la vida. Durante la visita, el asesor intentó varias veces iniciar una conversación con el hombre. El hombre miraba al asesor, pero no reaccionaba a sus preguntas. Según el asesor, el hombre carecía de capacidad de expresar su voluntad, debido al avanzado proceso de su demencia.

El asesor consideró que era difícil conseguir una impresión del estado de ánimo del hombre y de su sufrimiento, sin que existiera comunicación. Pero sí que pudo constatar que en el hombre no se percibía ninguna impresión positiva. También notó la inexistencia de señales externas de disfrute o placer. Según el asesor, la situación en la que se encontraba el hombre estaba evidentemente dentro de los límites indicados en su declaración de voluntad. No se podía esperar ninguna mejora; la situación de humillación solo podía empeorar.

En su informe, el asesor llegaba a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Teniendo en cuenta el estado del hombre, era imprevisible su reacción a los distintos actos necesarios para llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente. Según el médico, durante todo el trayecto de estudio no habían existido expresiones verbales o físicas del hombre que pudieran interpretarse como contrarias a sus declaraciones escritas de voluntad. Por ello, el médico concluyó que las eventuales reacciones contradictorias del hombre no podían interpretarse como señales de oposición a la realización de la terminación de la vida. Podían considerarse reacciones a la colocación de una vía o a otros actos. Con el fin de estar preparado para todas posibilidades, el médico redactó un protocolo para la realización de la eutanasia. En dicho protocolo se incluía, entre otros, que se pondría fin a la realización de la eutanasia si el hombre dijera o demostrara específicamente que no deseaba la eutanasia. También se incluyó que el hombre recibiría medicación previa para evitar que reaccionase de forma negativa al pinchazo de colocación de una vía. Si el hombre no aceptaba la medicación previa, el médico haría un segundo intento algo más tarde. Y si el hombre se volvía a negar, el médico interrumpiría el proceso en ese momento.

La realización tuvo lugar en la residencia de convalecencia. El enfermero de la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK) explicó al hombre que le iban a administrar sustancias con las que terminar su vida y que antes iba a recibir medicación para relajarse. Seguidamente, el hombre se tomó la medicación. Después de haber permanecido tumbado un rato en la cama tranquilamente junto a su esposa, el hombre quiso incorporarse. Se intentó mantenerlo en la cama y eso le causó intranquilidad. Esa conducta era comparable a la forma en que se comportaba normalmente en la residencia. Por tanto, el hombre caminó un rato por la habitación, bajo supervisión, y después volvió a tumbarse. A pesar de todo, el hombre siguió mostrando un comportamiento inquieto y se decidió administrarle un relajante (dormicum) y morfina. Poco después el hombre se durmió y el médico administró las sustancias para la eutanasia.

La comisión considera que, en el caso de pacientes con demencia, se pide al médico que actúe con un cuidado y atención especiales, especialmente en los requisitos de diligencia y cuidado relativos a una petición voluntaria y bien meditada, al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y a la ausencia de otras soluciones razonables. Cuando se trata de una eutanasia en una fase avanzada de la demencia, el médico debe consultar (además de con un asesor "habitual" que emita un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado) con un médico especialista en la cuestión (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 43).

Acceder a una petición de eutanasia en la fase en que el proceso de demencia ha avanzado hasta el punto en que el paciente ya no tiene capacidad de expresar la voluntad ni puede comunicarse (o únicamente con expresiones o gestos simples) es posible en casos en los que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 43). El artículo 2, párrafo segundo de la WTL establece que una declaración escrita de voluntad puede sustituir a una petición verbal y que se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero de la WTL. Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación actual A este respecto, la comisión tiene en cuenta lo siguiente. Ha quedado constatado que el hombre ya no tenía capacidad de expresar la voluntad en el momento en que el médico empezó a tener contacto con él. Partiendo de los documentos y de la explicación verbal del médico, la comisión opina que, en el momento en que el hombre redactó y actualizó su declaración de voluntad por escrito, no existían motivos para suponer que ya no tenía capacidad de expresar su voluntad. La comisión ha reflexionado ampliamente sobre el contenido de la

declaración escrita de voluntad. Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación actual. Partiendo de todos los datos, la comisión está convencida de que en el momento de llevar a cabo la terminación de la vida se daban las circunstancias mencionadas por el hombre en su declaración de voluntad por escrito de 2016, en especial la "situación humillante irreversible". De la información del médico de familia, la familia y el personal asistencial del hombre, el médico pudo deducir lo que el hombre entendía por una "situación humillante irreversible". La comisión toma también en consideración que tanto el asesor consultado como el psiquiatra independiente se mostraron convencidos de que la situación en que se encontraba el hombre era la situación a la que se refería el hombre en su declaración de voluntad por escrito.

Según el Código sobre la Eutanasia 2018 (p. 44), el médico debe averiguar si el paciente incapaz da señales claras de que no quiere la terminación de su vida. El médico hizo varios intentos (vanos) de establecer contacto con el hombre para averiguar si podía expresar verbalmente o de forma no verbal que ya no deseaba la eutanasia. Del expediente se desprende claramente que no existieron esas expresiones.

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico pudo concluir que la realización de la eutanasia era conforme con la declaración escrita de voluntad del hombre y no era contraria con sus expresiones. La comisión dictamina que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada y que el médico actuó con el cuidado y la atención especiales antes mencionados.

En la fase en que el proceso de demencia se encuentra tan avanzado que el paciente ha perdido la capacidad de expresar la voluntad, debe quedar justificado que un paciente experimenta en ese momento un sufrimiento insoportable. En su dictamen, la comisión tiene en cuenta que del expediente y de la explicación verbal se desprende que el médico estudió detalladamente la situación del hombre. El médico investigó paso por paso si existía un sufrimiento real insoportable.

La comisión dictamina que el médico actuó con un cuidado y una atención especiales y que pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

Con respecto al requisito de que no exista ninguna otra solución razonable, la comisión considera que, en principio, se trata de un convencimiento conjunto del médico y el paciente (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 25). Según el historial de la tramitación parlamentaria de la ley, aquí también rige que ese requisito de diligencia y cuidado "sea en lo posible realmente aplicable en la situación

concreta". A este respecto, la comisión ha tenido en cuenta lo siguiente. En este caso, se concede mucha importancia a lo que el paciente ha incluido al respecto en su declaración escrita de voluntad y lo que ha dicho al respecto cuando todavía era posible comunicarse con él. En el momento en que el médico entró en contacto con el hombre, este ya no podía expresar su voluntad y, tal y como ha constatado la comisión partiendo de los documentos y de la explicación verbal, no se pudo establecer ninguna comunicación con él a pesar de los diversos intentos del médico. De los documentos se desprende que el sufrimiento del hombre no pudo tratarse de otra forma que administrándole tranquilizantes, que le dejaban en un estado de aturdimiento. La comisión considera que la administración de una medicación con mayor efecto sedante no puede considerarse una alternativa razonable (Código sobre la Eutanasia, p. 25). Partiendo de lo incluido por el hombre en su declaración de voluntad sobre las circunstancias en las que deseaba la eutanasia y teniendo en cuenta que el médico pudo llegar al convencimiento de que no existía ninguna otra solución razonable de remediar dichas circunstancias (que constituían el sufrimiento insoportable) o de reducir esencialmente sus efectos, la comisión considera que el médico actuó con un cuidado y una atención especiales y que pudo llegar al convencimiento de que se había cumplido dicho requisito de diligencia y cuidado.

Según la comisión, se cumplieron todos los requisitos de diligencia y cuidado.

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

Si una persona quiere ser considerada para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Esto no significa que debe padecer una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como problemas visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo) puede ser motivo para un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de síntomas derivados de una o más de estas enfermedades puede ocasionar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora.

De esta forma se diferencian, por ejemplo, una acumulación de enfermedades generalmente degenerativas de la problemática de la "vida agotada", al menos porque con esta última expresión se hace referencia a un sufrimiento sin fundamento médico. Al contrario de la problemática de la "vida agotada", una acumulación de enfermedades propias de la vejez sí que tiene un fundamento médico (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 21-22).
A continuación se incluyen dos notificaciones de este tipo.

CASO SOBRE ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ (CEGUERA CASI TOTAL Y SORDERA)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con acumulación de enfermedades propias de la vejez; publicado con el número 2019-127

Una mujer de entre ochenta y noventa años padecía dos enfermedades oculares (glaucoma y degeneración de mácula) y una enfermedad auditiva (presbiacusia). Debido a dichas enfermedades, estaba prácticamente ciega y oía muy poco. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

Su sufrimiento estaba originado por las consecuencias invalidantes (socialmente) de las enfermedades. Sufría por la pérdida de autonomía, la perspectiva de ser ingresada en un centro asistencial y la ausencia de perspectiva de mejora. Consideraba su sufrimiento insoportable.

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

De los documentos puede deducirse que el médico y los especialistas habían informado suficientemente a la mujer sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

La mujer había hablado previamente con su médico de familia sobre eutanasia. En principio, el médico de familia estaba dispuesto a tramitar la petición de terminación de la vida. Unos cinco meses antes del fallecimiento, se consultó con un psiquiatra clínico. Dicho profesional consideró que no padecía ningún trastorno del estado de ánimo. No obstante, el médico de familia no acababa de comprender la petición. Por consiguiente, el paciente se dirigió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida, apoyada por el médico de familia.

La comisión dictamina que el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO SOBRE ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ (VARIAS ENFERMEDADES)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con acumulación de enfermedades propias de la vejez; publicado con el número 2019-67

Desde hacía bastante tiempo, una mujer mayor de 90 años padecía varias enfermedades. Su sufrimiento estaba ocasionado por dolor crónico como consecuencia de la artrosis (una forma de reuma), para lo cual tomaba opiáceos que le producían problemas estomacales sin tratamiento posible. También sufría de una grave disminución de la vista, de sordera parcial, dificultad de movimiento, cansancio y pérdida de equilibrio. Debido a sus limitaciones, la mujer pasaba todo el día en casa, sentada en una silla, sin poder dedicar su tiempo a ningún tipo de actividad. Ya no podía ver la televisión, hacer labores o leer un libro. Cada día era una dura prueba para ella y consideraba inhumano ir empeorando progresivamente sin ninguna perspectiva de mejora. No existía curación posible. El tratamiento disponible era únicamente de naturaleza paliativa.

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

La mujer había hablado previamente sobre la eutanasia con el médico y con otros terapeutas. Unos dos meses antes del fallecimiento, pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Repitió la petición varias veces. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

La comisión considera que, en el caso de un paciente que padece una acumulación de enfermedades propias de la vejez, dicha acumulación puede ser causa de un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. La suma de las enfermedades y los síntomas que conllevan puede ocasionar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. Partiendo de los datos facilitados por el médico, la comisión considera que el médico pudo convencerse de que existía un fundamento médico del sufrimiento y que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora, como consecuencia de la acumulación de enfermedades propias de la vejez.

La comisión dictamina que el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

2.4 Tres peticiones de eutanasia de pacientes con una medida restrictiva de la libertad

En el año objeto de este informe, las CRV recibieron tres notificaciones de casos en los que el paciente era objeto de una medida restrictiva de la libertad durante la investigación de la petición de eutanasia. En una situación así, es muy importante investigar si la petición viene determinada por el internamiento forzoso en un establecimiento psiquiátrico, en la prisión o en un establecimiento de salud mental/desintoxicación (GGZ). Ese no fue el caso en ninguna de las tres notificaciones.

INTERNAMIENTO FORZOSO EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIÁTRICO (TBS)

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; paciente con internamiento forzoso en clínica psiquiátrica; combinación de enfermedades somáticas y psiquiátricas; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-22

Un hombre de entre 70 y 80 años padecía de un trastorno del espectro autista (un trastorno caracterizado por limitaciones en el campo de la interacción social y la comunicación (no) verbal y por un patrón limitado de comportamiento, con muchas repeticiones o hábitos fijos) y un trastorno obsesivo compulsivo (pensamientos angustiosos y negativos difíciles de controlar). También padecía una enfermedad pulmonar (EPOC), síndrome del escaparate (claudicatio intermittens) y diabetes mellitus. Desde su pubertad, el hombre había sido ampliamente tratado con medicamentos y psicoterapia. A lo largo de los años tuvo varios intentos de suicidio.

Desde unos veinte años antes del fallecimiento y debido a un grave desajuste de su cuadro clínico, permanecía internado en una sección de larga estancia de una clínica psiquiátrica de internamiento forzoso (una clínica de tratamiento donde permanecen internadas personas que han cometido un delito grave pero que no les es (totalmente) imputable debido a un trastorno de la personalidad o una enfermedad psiquiátrica grave. Los pacientes que no pueden ser curados y que siguen siendo peligrosos permanecen el resto de su vida en una sección conocida como de larga estancia o long-stay). El hombre ya no recibía tratamiento activo; de hecho, ya no existía tratamiento para él. Unos años antes del fallecimiento, se desaconsejó vehementemente desde el Centro de Consultas y Conocimientos (Centrum voor Consultatie en Expertise) que el hombre fuera trasladado a una clínica especializada para personas

con autismo. El hombre ya no podía alcanzar ningún objetivo realista. El internamiento en un establecimiento ordinario para problemas psíquicos tampoco se consideró una posibilidad real, dado que necesitaba un alto grado de seguridad. Esto no se debía a su riesgo de fuga, sino a que no tenía prácticamente ningún control sobre sus impulsos naturales, que podían traducirse en consecuencias graves para otras personas.
A petición del médico, unos cuatro meses antes del fallecimiento un psiquiatra independiente estudió el diagnóstico y las eventuales posibilidades reales de tratamiento para el hombre. El psiquiatra independiente coincidió con el diagnóstico que aparecía en los documentos. El hombre sufría un trastorno del estado de ánimo, depresión o manía (cambios de ánimo radicales, como alegría incontrolable, enfado e hiperactividad). Tampoco existían indicaciones de demencia. Constató que sufría un trastorno psíquico de larga duración (estado deficitario psíquico constante crónico). Dicho médico consideró también que no era recomendable internar al hombre en una clínica especializada en el tratamiento del autismo. Un internamiento de ese tipo suponía un alto riesgo de desajuste (perturbación del equilibrio). Tampoco podía excluirse un suicidio impulsivo. El psiquiatra independiente constató que ya no existía tratamiento para el hombre. No existía curación posible.

El hombre sufría por su incapacidad de formar parte de la sociedad. Nunca se había sentido a gusto en el mundo y tenía desde hacía años un deseo de eutanasia. Sufría constantemente pensamientos compulsivos. El hombre no era capaz de vivir entre personas, porque rápidamente se mostraba sobreestimulado. Por ello, vivía aislado dentro de la clínica y no participaba en actividades de grupo.

Tampoco podía realizar tareas domésticas, porque estaba agotado. El hombre consideraba el mundo demasiado complicado. Al envejecer, había ido también acumulando muchas afecciones físicas. Tenía dolor de piernas y sufría de falta de aliento con mucha rapidez. Dichos síntomas físicos le impedían funcionar normalmente. Solo era capaz de dar unos pasos. Estaba constantemente cansado y deseaba quedarse en la cama todos los días. Se sentía totalmente desequilibrado, tanto físicamente como mentalmente.

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

El hombre había hablado anteriormente sobre eutanasia con el psiquiatra que le trataba en la clínica donde estaba internado. El psiquiatra que le trataba estaba conforme con la petición del hombre, pero no podía dar curso a su petición debido al protocolo de la clínica.

Por ello, se dirigió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida alrededor de un año antes del fallecimiento. El médico habló detalladamente con el paciente sobre su petición, en cinco ocasiones. Durante la primera conversación, el hombre pidió directamente al médico que llevara a cabo la terminación de la vida. La primera conversación tuvo lugar unos ocho meses antes del fallecimiento; esto se debió a que fue necesario esperara la resolución del Ministerio de Justicia y Seguridad sobre si el hombre podía o no iniciar un trayecto de eutanasia. El hombre reiteró al médico su petición en muchos contactos subsiguientes.

El psiquiatra independiente antes mencionado consideró que el hombre tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a su petición. Durante las conversaciones que mantuvo el médico con el hombre, quedó claro que el hombre entendía bien lo que implicaba su petición. El médico consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad, con respecto a su petición. Según el médico, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor se mostró convencido de que el hombre sufría de forma insoportable debido a su acumulación de enfermedades físicas, combinadas con un estado deficitario psíquico constante crónico. El asesor consideró que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad.

La comisión considera en este caso lo siguiente.
El hombre permanecía ingresado en una clínica psiquiátrica judicial, como consecuencia de la aplicación de una medida de seguridad penal. La comisión se preguntó si dicho internamiento en una sección de larga duración y los motivos por los que el hombre permanecía internado podían haber tenido alguna influencia en la voluntariedad y la reflexión de la petición.

El hombre tenía conciencia de su enfermedad y de sus efectos y consideraba que la permanencia en una sección de larga duración era lo más adecuado para él. El hombre se dirigió a la Clínica para el Final de la Vida, con ayuda del psiquiatra que le trataba. La comisión dedujo de ello que existía un deseo bien meditado y coherente. La voluntariedad era plausible, dado que el médico, el psiquiatra que lo trataba y el psiquiatra independiente habían considerado que el hombre tenía capacidad de

expresar la voluntad con respecto a la petición. Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictamina que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del hombre.
Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

EUTANASIA UN DÍA DESPUÉS DE TERMINAR EL INTERNAMIENTO

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; eutanasia un día después de terminar el internamiento; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); trastorno de la personalidad con características dependientes y evitativas, SEPT y depresividad; publicado con el número 2019-100

Una mujer de entre cincuenta y sesenta años mató a un familiar cercano unos años antes de su fallecimiento. Tras la comisión del hecho, se estudió el estado mental de la mujer y se constató que era retraída y dependiente, tomaba pocas iniciativas y padecía ansiedad social. Posteriormente, la médica y los expertos consultados por ella diagnosticaron una trastorno de la personalidad. Después de matar a su familiar y de un intento de suicidio inmediatamente después, la mujer desarrolló un síndrome de estrés postraumático (un trastorno ansioso que mantiene a quien lo padece constantemente alerta ante peligros inexistentes) y síntomas depresivos crónicos con tendencia al suicidio y un grave sentimiento de culpabilidad. Después de su condena, la mujer fue internada en la sección psiquiátrica de una prisión. Allí también tuvo varios intentos de suicidio. Durante su encarcelamiento se la trató con medicamentos, pero no tuvieron efecto; el tratamiento únicamente causó efectos secundarios. También se intentó aplicar psicoterapia, terapia EMDR (una terapia para personas que sufren los efectos negativos de un evento traumático, como un accidente, violencia sexual o un incidente violento) y terapia de procesamiento del duelo. Ninguno de los tratamientos produjo una mejora real de la situación. Por ello, la mujer se negó a continuarlos. Durante la conversación que mantuvo la médica con la comisión, explicó que, a petición suya, se hizo un último intento de tratamiento. Se comenzó nuevamente a administrar antidepresivos en apoyo de la terapia EMDR. El paciente interrumpió la medicación al poco tiempo, porque tenía demasiados efectos secundarios. La terapia EMDR hacía que la paciente volviera a vivir muchos momentos y emociones que no sabía cómo afrontar.

El sufrimiento de la mujer estaba ocasionado por su incapacidad de dar forma a su vida debido al sentimiento de culpa, el trastorno de la personalidad y el síndrome de estrés postraumático. Encontraba que su vida no tenía ningún sentido o significado y ya no veía ninguna perspectiva de futuro. El familiar había sido el centro de su vida. La mujer tampoco tenía ya contactos sociales y no estaba en condiciones de volver a crearlos. No veía ninguna perspectiva y se lamentaba de que sus intentos de suicidio habían fracasado.

La mujer consideraba su sufrimiento insoportable. La médica, una psiquiatra especializada en trastornos del estado de ánimo, estaba convencida de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

Después de muchas conversaciones, para la médica estaba claro que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y que sufría un trauma tal que no había ningún tratamiento que pudiera cambiar su situación. La médica comentó con la mujer la posibilidad de esperar unos meses después de su puesta en libertad y después someterse a un tratamiento, pero la mujer contestó que no tenía fuerzas para hacerlo. No había vida para ella sin el familiar. La médica consideró que cualquier tratamiento estaba condenado al fracaso porque un tratamiento necesita motivación para cambiar. La médica estaba convencida de que, después de que un tratamiento en una sección psiquiátrica de una prisión no hubiera tenido éxito, tampoco tendría éxito un tratamiento en un establecimiento psiquiátrico (tras el internamiento forzoso).

La médica consultó con un psiquiatra independiente, especializado en psiquiatría forense, y con un segundo médico independiente, también psiquiatra. Ellos también opinaron que la mujer sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y que ya no existían otras posibilidades razonables de aliviar el sufrimiento.

La médica estaba convencido de que la petición de terminación de la vida era voluntaria y estaba bien meditada. Así lo confirmaron el psiquiatra independiente y el asesor. Continuar la vida después de la puesta en libertad no era una alternativa aceptable para la paciente.

A petición de la médica, el psiquiatra independiente antes mencionado estudió también la capacidad de expresar la voluntad de la mujer. El psiquiatra consideró que la mujer había reflexionado correcta y detenidamente sobre la petición de terminación de la vida. La mujer

había sido constante y clara en su petición de eutanasia. La petición de eutanasia estaba relacionada con su problemática psiquiátrica, pero no solo venía determinada por dicha problemática.

El psiquiatra independiente concluyó que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad y su petición de eutanasia era coherente y clara. El día que la paciente fue liberada, tras cumplir su pena, fue a un hospital de cuidados paliativos. Allí tuvo lugar la terminación de la vida, ese mismo día.

Antes de proceder a controlar el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado, la comisión señala que se trata de un caso complejo, en el que domina la problemática psiquiátrica y desempeña un importante papel un sentimiento existencial de culpa. Además, se daba la circunstancia especial de que la paciente se encontraba en prisión.

La comisión considera que un médico debe actuar con un cuidado especial cuando se trata de una petición de eutanasia derivada (en gran medida) del sufrimiento que causa una enfermedad mental. En este tipo de casos, suele tratarse de problemas psiquiátricos complejos y es necesario aportar expertos específicos. El cuidado y la atención mencionados se refieren 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 ausencia de otra solución razonable. En estos pacientes, el médico debe consultar siempre con un psiquiatra independiente, además del asesor habitual (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 40-41).

Puede constatarse que la médica cumplió el requisito de prestar un cuidado y una atención especiales, dado que consultó tanto con un asesor (que también era psiquiatra) como con un psiquiatra independiente, especializado en psiquiatría forense.

Una petición voluntaria y bien meditada

La comisión opina que, en este caso, la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la paciente. A este respecto, la comisión considera lo siguiente.

Se trata de descartar que la capacidad que tiene un paciente de formarse una opinión se haya visto afectada por la enfermedad mental. El médico debe fijarse en si el paciente da alguna señal de poder comprender información relevante, de tener información sobre la enfermedad y de ser coherente en sus consideraciones.

Los informes presentados por la médica sobre las doce conversaciones que mantuvo con la mujer reflejan un deseo de muerte coherente y motivado. Desde la primera conversación, la mujer ya indicó que no tenía ningún deseo de vivir desde la muerte del familiar. Esta petición no estaba influida por otras personas (voluntariedad externa) y la médica estaba convencida de que la paciente podía comprender información relevante, que podía expresar claramente por qué deseaba la eutanasia y que su petición era coherente (voluntariedad interna).

El psiquiatra independiente y el asesor consultados estuvieron conformes con la opinión de la médica acerca de la existencia de una petición voluntaria y bien meditada. La comisión dictamina que, en las circunstancias de este caso, la médica pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer.

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

La comisión considera que, en este caso, la médica pudo llegar al convencimiento de que la mujer padecía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y que pudo llegar junto con la mujer al convencimiento de que no existía otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. A este respecto, la comisión considera lo siguiente.
Al evaluar cuándo existe un sufrimiento insoportable, se trata de la experiencia del paciente individual, teniendo en cuenta 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 y que no existen perspectivas de mejora (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 23).

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. Al evaluar la ausencia de perspectivas de mejora, ocupan un lugar central el diagnóstico y el pronóstico. La ausencia de perspectivas de mejora se refiere a si existe una previsión real de que los síntomas desaparezcan o mejoren de una forma distinta a la eutanasia. La ausencia de perspectivas de mejora debe evaluarse en relación con la enfermedad o afección del paciente y con los síntomas que conlleva. Existe ausencia de perspectivas de mejora cuando no existen opciones de tratamiento reales y razonables para el paciente. La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar o

reducir el sufrimiento (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 22). En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto de médico y paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay una salida real y razonable para el paciente, para mitigar o eliminar el sufrimiento (véase el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 25). En el Código sobre la Eutanasia se indica además que la alternativa debe tener efectos dentro de un plazo razonable y que un paciente siempre puede rechazar un tratamiento, a menos que dicho tratamiento eliminase el sufrimiento (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 26).

La comisión considera que de los informes de las doce conversaciones entre la mujer y la médica y de las explicaciones verbales ofrecidas se puede deducir que la médica investigó con detenimiento la naturaleza y los antecedentes del sufrimiento de la mujer y la posibilidad de otras soluciones razonables.

El psiquiatra independiente y el asesor consultados coincidieron con la médica en su convencimiento de que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora de la paciente y en que la médica y la paciente pudieron llegar juntos al convencimiento de que no existía otra solución razonable para la situación en que se encontraba.

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

INTERNAMIENTO ESPECIAL EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (LEY BOPZ)

Puntos de atención: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; Ley BOPZ ; Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (SLK); publicado con el número 2019-126

Un hombre de entre veinte y treinta años padecía problemas de comportamiento y problemas para controlar sus arrebatos de cólera desde que tenía trece años. Debido a esos problemas, desde que tenía dieciséis años fue internado en todo tipo de entidades para jóvenes y en familias de acogida. En 2011 se constató un trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales. (El trastorno límite de la personalidad es un trastorno psiquiátrico caracterizado por grandes cambios de humor, dificultad para formar relaciones estables y con frecuencia miedo al abandono. Los rasgos antisociales implican dificultad para cumplir las normas y tener en cuenta a los demás.)

También se constataron otros cuadros clínicos, como TDAH (un trastorno de la atención) con rasgos autistas. (El autismo es un trastorno caracterizado por las limitaciones en el campo de la interacción social y la comunicación (no) verbal y por un patrón de conducta limitado con muchas repeticiones o costumbres fijas). También un trastorno obsesivo-compulsivo (pensamientos angustiosos y negativos difíciles de controlar), piromanía (compulsión irresistible de incendiar) y un consumo problemático de sustancias. También es posible que existiera una lesión cerebral de nacimiento. Desde que tenía catorce años, el hombre había intentado suicidarse en tres ocasiones. Se autolesionaba, en ocasiones de gravedad.

Desde su pubertad, el hombre había sido ampliamente tratado con medicamentos y psicoterapia. Desde hacía tiempo, permanecía internado en una sección forense con una medida de la Ley de internamiento especial en hospitales psiquiátricos (BOPZ) (una autorización judicial de ingreso en una clínica de salud mental). A pesar del tratamiento de larga duración en dicha institución, en los últimos cinco años el hombre había empeorado con respecto a su situación en el momento de ingreso (aunque al principio experimentó ciertos avances). Tampoco se consiguió resocializarlo.

La psiquiatra que lo trataba sospechaba que un tratamiento psicológico no tenía ninguna posibilidad de éxito. La terapia de esquema (una forma de psicoterapia que ayuda a encontrar el origen de los patrones de conducta y a cambiarlos) tampoco tuvo efectos en el hombre. El hombre ya no quería ningún otro tratamiento. La psiquiatra que lo trataba pensaba que también podía desempeñar un papel la posible lesión cerebral. Consideraba que existían muy pocas posibilidades de que el hombre pudiera cambiar.

La médica consultó con un psiquiatra independiente alrededor de dos meses antes del fallecimiento. Le pidió que estudiara el diagnóstico y las eventuales opciones de tratamiento del hombre. Las conclusiones del psiquiatra coincidían con las de los profesionales que le trataban. Como no existía ningún deseo de tratamiento, no se podía aplicar una psicoterapia. Teniendo en cuenta el largo historial de tratamientos y el limitado resultado de los tratamientos aplicados, no era probable que la psicoterapia tuviera un gran efecto para cambiar su comportamiento. El psiquiatra independiente estimó que la capacidad de cambio de conducta del hombre era muy limitada. El psiquiatra independiente concluyó que ya no había opciones realistas de tratamiento para el hombre. No existía curación posible.

El sufrimiento del hombre estaba ocasionado por una compulsión por realizar actos impulsivos en la que no se podía influir. Se trataba además de actos como incendios, autolesiones y comportamiento destructivo y agresivo, sin tener en cuenta las consecuencias negativas que pudieran tener. Así intentaba manejar sus tensiones interiores. Los pensamientos sobre incendios y autolesiones le ocupaban todo el día. Prácticamente no podía controlar esos pensamientos y, en consecuencia, se autolesionaba constantemente. Sabía que sus enfermedades nunca le permitirían funcionar normalmente en la sociedad. Por ello, veía su futuro como inviable. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. La médica estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para el hombre más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

Desde 2015, el hombre había hablado sobre eutanasia con diversos terapeutas. En ese mismo año, se puso por primera vez en contacto con la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida. Poco después del primer contacto, retiró su petición por motivos privados. Cuando poco después cambiaron esas circunstancias privadas, su deseo de eutanasia se mantuvo sin cambios en los años siguientes. Habló repetidamente del tema con sus terapeutas. La psiquiatra que trataba al hombre no quería dar curso a su petición, por motivos que no se conocen. Además, no estaba totalmente convencida de que el sufrimiento no tenía perspectivas de mejora. Por consiguiente, en abril de 2018 el hombre se puso nuevamente en contacto con la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida.

La médica de la fundación habló con el hombre sobre su petición durante cuatro conversaciones detalladas en un periodo de seis meses. En cada una de las conversaciones, el hombre pidió a la médica que llevara a cabo la terminación de la vida.

Partiendo de las conversaciones que mantuvo la médica con el hombre, lo consideró con capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición. Podía expresar correctamente los motivos que le habían llevado a su elección y las consecuencias de su petición. Según la médica, se trababa de una petición voluntaria y bien meditada. El psiquiatra independiente antes mencionado consideró también que el hombre tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a su petición.

El médico SCEN independiente consultado por la médica estaba convencido de que el hombre sufría de forma insoportable, debido a sus pensamientos constantes sobre incendios y autolesiones. Por todo ello, el hombre no podría nunca participar de forma normal en la sociedad.

Constató que, teniendo en cuenta el historial de tratamientos previos, el informe del psiquiatra independiente, el carácter del hombre y su imposibilidad de hacer algo con su vida, no existían otras soluciones razonables para el hombre. El asesor concluyó que el hombre había expresado durante años una petición coherente de eutanasia y consideraba que tenía capacidad de expresar la voluntad.

La comisión considera que un médico debe actuar con un cuidado especial cuando se trata de una petición de eutanasia derivada de una enfermedad mental. 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 ausencia de otra solución razonable. En estos casos, es necesaria la aportación de los conocimientos específicos de un psiquiatra independiente (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 40-42).

Partiendo de todos los datos facilitados por la médica, la comisión considera que la médica actuó en el presente caso con el cuidado y la atención especiales que requería, entre otras cosas porque consultó con un psiquiatra independiente, que concluyó que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia, que existía un sufrimiento insoportable y que no existían otras posibilidades razonables de tratamiento. El asesor confirmó la opinión de la médica de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión ha reflexionado sobre el hecho de que anteriormente y en el momento de la petición de eutanasia, el hombre había estado internado en una unidad de régimen cerrado, con una autorización judicial provisional (medida de la Ley BOPZ). A este respecto, la comisión tiene en cuenta lo siguiente.

La comisión considera que el internamiento en un establecimiento de este tipo, cuando existe privación de libertad por parte del Estado y se somete al interno a una conjunción de reglas sobre tratamiento (forzoso), puede influir en la voluntariedad externa, en la consideración del sufrimiento como insoportable y sin perspectivas de mejora, o en la falta de alternativas razonables.

La comisión deduce de la documentación que la autorización judicial provisional se otorgó como protección para el hombre, para que pudiese residir en alguna parte. Ese hombre, que no había podido ser resocializado, solo podía funcionar en un entorno con un régimen forzoso. La comisión también ha comprendido claramente que, al prorrogar la autorización judicial provisional, el hombre tendría un lugar

donde quedarse si cambiara de opinión sobre la petición de eutanasia. Con ello, la comisión considera aceptable que el entorno de internamiento forzoso en el que residía el hombre no necesita más evaluación.

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

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

Los dictámenes en los que las CRV resuelven que el médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado son siempre mucho más amplios que los dictámenes restantes. Esto se debe a que un dictamen de este tipo no se emite sin dar oportunidad al médico de ofrecer una explicación verbal.

En el año descrito en este informe, las CRV solo llegaron en cuatro ocasiones al dictamen de que el médico, al aplicar la eutanasia, no había actuado conforme a todos los requisitos de diligencia y cuidado. Se trata de tres casos referidos a problemas con la consulta y de uno relativo a la realización.

NO SE HA ACTUADO CONFORME AL REQUISITO DE CONSULTA CON, AL MENOS, OTRO MÉDICO INDEPENDIENTE

El artículo 2, párrafo 1, letra (e) de la WTL prescribe que el médico debe consultar 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). La consulta sirve para fomentar un proceso de toma de decisión lo más cuidadoso posible. Ayuda al médico a averiguar si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión exige que el médico encargado solicite la consulta. En caso contrario, la comisión espera que el médico explique su decisión en su informe. En ocasiones, el paciente es tratado por varios médicos conjuntamente. En esas situaciones, puede ser que uno de ellos solicite la consulta y que se encargue de ella otro de los médicos que tratan al paciente. En ese caso, el asesor deberá declararse independiente con relación al médico encargado (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 27).

Antes de llegar a una decisión definitiva de practicar la eutanasia, el médico debe conocer las constataciones del asesor. El médico debe dar una importancia considerable al dictamen del asesor (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 28).

La WTL dispone que el asesor debe ver al paciente. El punto de partida para la comisión es que el asesor visita al paciente y habla con él Puede ser que el paciente, en el momento en que lo visite el asesor, ya no esté en condiciones de hablar. En ese caso, el asesor debe emitir su dictamen partiendo de todos los hechos y circunstancias de que se dispone sobre el caso concreto. La ley no exige pues que el asesor siempre pueda comunicarse con el paciente (verbalmente o por otros medios) (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 30).

En la primera notificación recogida a continuación (2019-12), el asesor no visitó al paciente; en la segunda (2019-03), fue otro médico el que solicitó la participación del asesor y el médico encargado no tomó conocimiento del informe de la consulta, y en la tercera notificación (2019-15), el médico no se puso en contacto con ningún asesor que diera su opinión sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado.

EL ASESOR DEBE VISITAR AL PACIENTE

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; obligatoriedad de una consulta independiente; el asesor debe ver al paciente; publicado con el número 2019-12

Una mujer de entre setenta y ochenta años sufrió un accidente cerebrovascular alrededor de un mes antes de su fallecimiento. Quedó inmediatamente paralizada de su lado derecho y tenía problemas para tragar. Además sufría de afasia global (un trastorno del habla). Ya no podía hablar y parecía tener graves problemas de comprensión. Todo ello hacía la comunicación imposible. El neurólogo que la trataba constató que prácticamente no existían posibilidades de recuperación, para que la mujer pudiera llevar una vida digna. No existía curación posible. La mujer se encontraba en una situación en la que previamente había indicado que no quería vivir.

La mujer había redactado hacía años una declaración de voluntad, que contenía una estipulación sobre eutanasia en caso de demencia. También tenía una declaración escrita de prohibición de tratamiento. Había comentado esas declaraciones con su médico de familia. En su declaración indicaba que deseaba la eutanasia si sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora o si se encontraba en una situación en la que se podía prever una mayor pérdida de la dignidad. También pedía la eutanasia si pasaba a encontrarse en un estado en el que no existiera ninguna perspectiva razonable de recuperar una existencia digna para ella. Además, en la estipulación sobre eutanasia en caso de demencia indicaba que pedía la eutanasia si pasaba a encontrarse en una situación en la que pudiera preverse un mayor deterioro, ya no pudiera comunicarse y necesitara ayuda para todas las cosas cotidianas y ya no reconociera a sus allegados.

El esposo y los hijos de la mujer pidieron al médico (el suplente del médico de familia de la mujer) que evaluase la situación de la mujer. Comentaron con el médico su declaración de voluntad y le preguntaron si quería dar curso a la petición que había expresado en ella. El médico visitó a la mujer en el hospital. Intentó establecer contacto con ella. El médico observó alguna reacción ocasional de la mujer; parecía capaz de

seguir instrucciones simples. Pero un poco después ya no era capaz de hacerlo. No podía establecer una comunicación directa. Después de que el médico constatara el estado en que se encontraba la mujer y tras consultar nuevamente con la familia, declaró que estaba dispuesto a estudiar las posibilidades de eutanasia conforme a la declaración escrita de voluntad.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El médico informó al médico SCEN sobre la mujer, y este último tuvo acceso a todos los datos médicos pertinentes. Seguidamente, el asesor se puso en contacto con la sección donde permanecía la mujer, con el fin de hacer una cita para visitarla. Un enfermero le contó que no era posible comunicarse con la mujer. Dicha imagen fue confirmada durante conversaciones telefónicas con el médico de planta y con el neurólogo. Partiendo de lo anterior, y de la información obtenida del médico, el asesor decidió no visitar a la mujer. No se podía esperar de ella ninguna reacción con sentido. En su lugar, alrededor de semana y media antes del fallecimiento, el asesor visitó al esposo y los hijos de la mujer. El asesor les preguntó lo que opinaría la mujer de su estado si pudiera expresarlo. El esposo y los hijos estaban convencidos de que la mujer sufría de forma insoportable, debido al estado en que se encontraba, y que desearía la eutanasia.

La comisión pidió al médico y al asesor que le explicaran por qué el asesor no había visitado al médico. El médico explicó que no habían acordado juntos que el asesor no visitase a la mujer. Él había entendido que la visita del asesor no era estrictamente necesaria. A posteriori, el médico pensó que debía haber dicho que el asesor tenía que visitar a la mujer.

El asesor contó que había entendido que se trataba de una mujer que ya no estaba en condiciones de comunicarse, pero que tenía una declaración escrita de voluntad muy clara. Indicó que era consciente de que, en principio, debía visitar al paciente. No obstante, el médico y varios terapeutas subrayaron que no era posible comunicarse con la mujer de ninguna manera.

Para el asesor estaba claro lo que la mujer había querido decir en su declaración escrita de voluntad. Se había convencido de que sufría de forma insoportable y de que se encontraba en un estado que no había querido vivir. Realmente, su estado era todavía peor del que había descrito en su declaración escrita de voluntad. Pero no podía confirmarlo de ninguna forma. Una visita a la mujer no añadiría nada, porque no estaba claro que la mujer comprendiera lo que se le decía.
Al preguntarle al respecto, el asesor respondió que había reflexionado

sobre si debía ver a la mujer. Pero estaba convencido de que no hubiera ayudado a formarse una opinión. Varias personas habían intentado en varias ocasiones entablar contacto con la mujer y no lo habían conseguido. El asesor opinaba que él no podía haber añadido nada nuevo. En su opinión, visitar a la mujer solo habría sido un gesto ritual e innecesario. No consideraba que necesitara la visita para formarse una opinión. El asesor hizo hincapié en que habría visitado a la mujer si hubiera pensado que la visita podía añadir algo a su opinión.

La comisión preguntó al asesor si también lo había comentado con el médico. El asesor contestó que no lo había hecho.

Por lo que se refiere a la consulta, la comisión considera que el médico consultó con un médico SCEN independiente que llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Es cierto que el asesor motivó claramente su conclusión, pero no visitó a la paciente.

En el artículo 2, párrafo 1 (e) de la WTL se consigna claramente que el asesor debe ver al paciente. En el historial de la tramitación parlamentaria de la ley puede encontrarse la siguiente cita literal del Gobierno: "el asesor debe asegurarse de la situación médica del paciente y de su deseo de morir visitando personalmente al paciente y, en su caso, examinándolo. Este requisito se desprende de la palabra "ver". En la práctica pueden existir situaciones en las que una visita como las mencionadas puede parecer innecesaria, debido al estado en que se encuentra el paciente, o en las que el paciente y sus allegados pueden considerar la visita una intrusión en una situación íntima en torno al lecho de muerte. No obstante, desde el punto de vista de un procedimiento con la diligencia y el cuidado debido, es deseable fijar una norma clara en la ley sobre este punto". (Documentos parlamentarios II, 1998-1999 n.º 3, p. 10).

El asesor debe formarse una opinión sobre los requisitos de diligencia y cuidado, incluida la existencia de un sufrimiento insoportable. En este caso, el asesor se formó su opinión partiendo del expediente con las declaraciones escritas de voluntad y de las conversaciones con el médico, los allegados y los terapeutas. Cuando afirma que una visita no hubiera cambiado en nada su opinión, la comisión considera que una visita hubiera reforzado su opinión. Solo con un vistazo podría haber confirmado lo que ya sabía.

El valor añadido hubiera sido obtener dicha confirmación. A pesar de que ya no era posible comunicarse con la mujer, el asesor debía haber comprobado cómo se encontraba. Solo con ver a un paciente ya se

puede obtener mucha información. Por ejemplo, habría podido comprobar si había señales de sufrimiento o, en cualquier caso, haber constatado su estado de consciencia, para fundamentar de esa forma su opinión.

La comisión considera que, dado que el asesor no vio a la mujer, la consulta no tuvo lugar conforme al requisito de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 1 (e) de la WTL.

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

EN PRINCIPIO, EL MÉDICO ENCARGADO DEBE CONSULTAR PERSONALMENTE AL ASESOR Y, AL MENOS, LEER EL INFORME DE LA CONSULTA

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; requisito de que, en principio, el médico encargado debe consultar con el asesor y, al menos, tomar conocimiento de las conclusiones del asesor; publicado con el número 2019-03

Tras recibir el expediente, se constató que había sido el médico de familia del hombre quién había llevado a cabo la terminación de la vida, y no el psiquiatra (encargado del tratamiento) que había notificado el caso. El psiquiatra había redactado y firmado el modelo de informe; el médico de familia también había hecho esto último.

A preguntas de la comisión, el psiquiatra indicó que había supervisado todo el procedimiento, pero que unas semanas antes de llevar a cabo la eutanasia había acordado con el médico de familia que sería este último quien llevara a cabo la terminación de la vida. Lo decidieron así porque el psiquiatra tenía poca experiencia con la colocación de una vía. El psiquiatra había sopesado encargar a un enfermero de la ambulancia que se encargara de poner la vía. No obstante, el médico de familia no consideró buena idea que un extraño se encargara de poner la vía en el momento de llevar a cabo la eutanasia. Además, él tenía experiencia en la colocación de vías. El médico de familia consideró también que si él ponía la vía, también debía administrar la sustancia.

Según la WTL, la persona que lleva a cabo la eutanasia debe ser la persona que haga la notificación. Por ello, la comisión considera que en este caso debía haber hecho la notificación el médico de familia, no el psiquiatra. El médico de familia envió posteriormente un informe.

Por lo que se refiere a la consulta con al menos un médico independiente, la comisión considera lo siguiente: de los informes del psiquiatra que trataba al paciente y del médico de familia, y de la conversación que mantuvo el médico de familia con la comisión se desprende que el psiquiatra que trataba al paciente consultó con el médico SCEN y tomó conocimiento de su informe. El médico de familia no tuvo ningún contacto con el asesor, y tampoco leyó su informe. El médico de familia tampoco pudo pues usar el informe del asesor para averiguar si el asesor consideraba que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Se basó en la información verbal recibida al respecto del psiquiatra que trataba al paciente. Por tanto, el médico de familia no pudo reflexionar sobre el informe del asesor, antes de llevar a cabo la eutanasia.

El asesor no sabía que el médico de familia iba a llevar a cabo la eutanasia (en lugar del psiquiatra que trataba al paciente y que solicitó la consulta). Por consiguiente, tampoco se pudo declarar independiente del médico.

La comisión señala además que, en este caso, no existía una situación de urgencia que requería una actuación rápida. Es más: el médico de familia y el psiquiatra que trataba al paciente habían decidido bastante antes de llevar a cabo la eutanasia, que el médico de familia colocaría la vía y administraría las sustancias. También había habido tiempo suficiente para que el médico de familia hubiera estudiado en un momento anterior todo el proceso de eutanasia. De hecho, llevaba un año implicado en el procedimiento y estaba convencido de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. El médico de familia podía haber consultado con el asesor y haber leído su informe.

La comisión considera además que el médico de familia y el psiquiatra que trataba al paciente tenían como objetivo llevar a cabo la eutanasia del hombre de la forma menos gravosa para él. Ambos se sentían muy implicados con el hombre y practicaron la eutanasia de esta forma, con las mejores intenciones. Ambos médicos no se dieron cuenta de que el médico encargado de la eutanasia debía haber sido el médico que consultó con el médico SCEN y que dicho médico debía haber tomado conocimiento de las conclusiones del asesor.

La comisión dictamina que el médico no ha actuado conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra (e) de la WTL..

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

REQUISITO DE LA CONSULTA INDEPENDIENTE, INCLUSO CUANDO SE HA CONSULTADO CON DOS PSIQUIATRAS INDEPENDIENTES

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; requisito de consulta independiente, incluso cuando se ha consultado con dos psiquiatras independientes; publicado con el número 2019-15

Una mujer de entre setenta y ochenta años fue diagnosticada con varias enfermedades mentales, a raíz de experiencias traumáticas en su juventud. Al final de su vida, se sentía rendida e impotente. Su calidad de vida era escasa y quería morir con dignidad. Fue examinada por dos psiquiatras independientes, a petición del médico.

El primero consideró que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición. La segunda psiquiatra también la consideró capaz de expresar su voluntad y opinó que su sufrimiento era insoportable y sin perspectivas de mejora.

A posteriori, el médico pidió a la segunda psiquiatra consultada, que también es médica SCEN, que evaluara en qué medida estaba indicada la eutanasia en este caso, dentro de los límites y las posibilidades ofrecidas por la legislación sobre eutanasia. No obstante, la segunda psiquiatra consideró su examen como una segunda evaluación psiquiátrica y subrayó en su informe que no actuaba como médica SCEN. Tampoco se pronunció sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero, letras (a) a (d) de la WTL. Seguidamente, el médico no consultó con otro médico independiente que visitara a la mujer y que emitiera su dictamen escrito sobre los requisitos legales de diligencia y cuidado.

Cuando se le preguntó al respecto, el médico alegó varios motivos para no consultar con otro médico. En primer lugar, partiendo de la información obtenida dos veces de un psiquiatra experimentado, opinaba que la consulta con un psiquiatra con conocimientos específicos (SCEN) cumplía el requisito impuesto de diligencia y cuidado. El segundo motivo era que la mujer en cuestión había desarrollado un rechazo contra los psiquiatras debido a sus tratamientos fracasados. Por ello, el procedimiento propuesto por el médico de someterse a la evaluación de dos psiquiatras le supuso mucha dificultad. La visita del primer psiquiatra la alteró considerablemente. Tras la conversación con la segunda psiquiatra, la mujer todavía quedó más alterada. Finalmente, el médico se planteó la pregunta de si realmente era necesaria una consulta independiente. Lo hizo porque la mujer se encontraba en un estado muy malo y una visita de ese tipo sería una gran carga para ella. En

ojos del médico, una consulta independiente únicamente sería una conclusión formal del procedimiento. Pensaba que había sido muy meticuloso en su trabajo sometiendo al juicio de dos psiquiatras independientes sus dudas sobre la evaluación psiquiátrica. La consulta de un asesor independiente iba a añadir poco, y causaría una molestia a la mujer. Al reflexionar ahora sobre la cuestión, el médico es consciente de que debería haber consultado con un asesor independiente.

Con respecto a la consulta, la comisión considera que, antes de llevar a cabo la eutanasia, el médico debe consultar al menos con otro médico independiente, que vea al paciente y que emita su dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado incluidos en las letras (a) a (d) (artículo 2, párrafo primero, letra (e) de la WTL). La consulta independiente sirve para fomentar un proceso de toma de decisión del médico lo más cuidadoso posible. Ayuda al médico a averiguar si se cumplen todos los requisitos de diligencia y cuidado y a reaccionar a la petición de eutanasia antes de llegar a la decisión definitiva de acceder a la eutanasia y de practicarla.

Si el contacto con un asesor y un psiquiatra supone una carga insuperable para un paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea también psiquiatra. El médico debe tener presente que dicho asesor ofrece tanto una evaluación psiquiátrica como un dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado de las letras (a) a (d) de la WTL (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 41).

La comisión constata que el médico no consultó con otro médico independiente que también visitara a la mujer y que emitiera su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. El hecho de que para ello se basara en un consejo (que, tal y como se demostró posteriormente, era equivocado) del primer psiquiatra no le exime de su responsabilidad de actuar conforme a los requisitos de diligencia y cuidado impuestos por la WTL.

Según el artículo 9, párrafo quinto, de la directriz sobre la forma de trabajo de las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (21 de noviembre de 2006), la comisión pidió al médico información adicional para dilucidar si existió un dictamen independiente. Si el médico puede fundamentar con hechos que se ha cumplido dicho requisito, la comisión podría resolver que se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. No obstante, en este caso el médico no ha podido aportar hechos que fundamenten la existencia de un dictamen independiente.

La comisión está convencida de que el médico actuó con la intención de acompañar a la mujer con respeto y con la más alta medida de cuidado profesional; el médico la conocía desde hacía muchos años y la mujer se encontraba en una situación médica muy complicada. Valora el hecho de que el médico aceptara tratar un caso tan complicado y la conciencia profesional con la que trató a la mujer.

Pero dado que el médico no consultó con al menos un médico independiente, que viera al paciente y que emitiera su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero, letras (a) a (d) de la WTL, la comisión no tiene más remedio que dictaminar que no se ha cumplido dicho requisito de diligencia y cuidado, tal y como se recoge en el artículo 2, párrafo primero, letra (e) de la WTL.

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

NO SE HA ACTUADO CONFORME AL REQUISITO DE REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA Y EL CUIDADO DEBIDOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Una eutanasia debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma que debe ser comprobada por el médico antes de proceder a administrar una sustancia letal.

Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las CRV aplican como guía la directriz de 2012 de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio (*Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*"). La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá poder motivarlo suficientemente. El médico es el responsable final de actuar con la diligencia a que obliga la práctica médica. Sus actos van a ser evaluados por la comisión. El farmacéutico tiene su propia responsabilidad sobre la preparación y el etiquetado. El médico debe controlar si recibe realmente las sustancias y las dosis correctas (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 35).

Con relación a la presencia durante una ayuda al suicidio, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 34, indica: "si el paciente así lo desea, el médico puede abandonar la habitación después de que el paciente haya tomado la sustancia con la que se va a llevar a cabo la eutanasia. No obstante, deberá permanecer en el entorno directo del paciente para poder intervenir si se producen complicaciones".

DICTAMEN: NO SE HA ACTUADO CONFORME A LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO); dictamen detallado; obligación de aplicar la diligencia y el cuidado debidos de la práctica médica; abandono del paciente; publicado con el número 2019-57

Una mujer de entre setenta y ochenta años fue diagnosticada con cáncer de estómago unos tres meses antes de su fallecimiento. No existía curación posible. La mujer consideraba su sufrimiento insoportable. La médica estaba convencida de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento. La mujer había hablado previamente con su médica sobre eutanasia. En las conversaciones había quedado

claro que la mujer optaba expresamente por la ayuda al suicidio. Su elección se debía a su deseo de mantener el control sobre su propia vida, incluido su final.

La médica se encargó de la ayuda al suicidio facilitando a la mujer pentobarbital (una sustancia letal) en una solución del 200 ml, que la mujer ingirió. Después de un rato, la médica abandonó la vivienda de la mujer y se dirigió a su consulta. Lo hizo antes de constatar que la mujer había fallecido.

Por lo que se refiere al abandono de la mujer, la comisión cita la directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio, que contiene en su página 13: "El médico debe estar presente y permanecer durante el proceso de la eutanasia o la ayuda al suicidio. Esto puede durar varias horas con el método de ingestión oral (ayuda al suicidio)". El Código sobre la Eutanasia 2018 contiene normas similares (véase arriba).

En su explicación verbal, la médica reconoció que conocía la directriz. El asesor también la mencionó en su asesoramiento a la médica. No obstante, ha quedado constatado que la médica abandonó a la mujer. Alega que no es necesario cumplir la directriz si existe motivación para ello. Ella lo hizo porque respetó el deseo de la mujer y de su hijo (adulto) de pasar sus últimos momentos de vida en la intimidad, sin presencia de otras personas.

La comisión afirma en primer lugar que no tiene motivos para dudar de la lectura que hizo la médica de los hechos. La comisión tampoco tiene motivos para dudar de sus buenas intenciones. La médica quería respetar el deseo de la mujer y de su hijo. Consideró el posible riesgo de problemas en la realización de la terminación de la vida. Observó desde la cocina (desde donde veía a la mujer) cómo reaccionaba la mujer a la ingestión del pentobarbital. Según la médica, cinco minutos después la mujer ya no respondía; doce minutos después no respiraba de forma perceptible.

La médica no declaró la muerte en ese momento. De acuerdo con sus observaciones, la médica consideró que no se esperaban problemas y se marchó a su consulta. Comprobó si los familiares tenían su número de móvil. La terminación de la vida tuvo lugar en su día libre. No tenía otras tareas y esperó a la llamada telefónica del familiar de la mujer. La consulta está a tres minutos en coche, desde la vivienda de la mujer. Poco después de que el hijo le comunicara, doce minutos después, que su madre parecía haber fallecido, la médica regresó al domicilio. Comunicó la sucesión de los hechos al forense.

En su dictamen 2018-75, la comisión consideró que en este punto es recomendable una interpretación restrictiva del Código sobre la Eutanasia 2018. Aunque los hechos y las circunstancias de este caso son diferentes al mencionado, sí que coinciden las consideraciones más importantes de ambos dictámenes. La terminación de la vida con ayuda de una bebida conlleva posibles riesgos. El proceso puede durar más tiempo que si se administran las sustancias directamente en el torrente sanguíneo. Existe la posibilidad de que el paciente (también incluso si está inconsciente) vomite la sustancia ingerida. Eso exige una intervención inmediata y es motivo para seguir estrictamente la indicación de no abandonar a un paciente antes de constatar su muerte.

Además, la médica tenía una alternativa para respetar el deseo de la paciente: podía haberse quedado en otra habitación, fuera de la vista de la mujer y de su hijo, hasta que terminara todo el proceso. Aunque la consulta de la médica estaba cerca y tampoco tenía otras tareas, su marcha no ofrecía suficientes garantías de poder actuar de forma inmediata en caso de producirse problemas. Respetar el deseo de la mujer fue un acto compasivo, pero no es razón suficiente para no cumplir la directriz: el médico debe vigilar, como experto, que no se produzcan posibles riesgos médicos.

La médica informó al forense que había abandonado a la mujer y también lo comunicó a la CRV en el formulario de notificación. Con ello, la médica sometió su actuación al juicio de la CRV. En la explicación verbal se mostró consciente de los posibles riesgos. Según sus propias palabras, ahora actuaría de otra forma en un caso comparable, y se quedaría cerca del paciente.

No obstante, la comisión considera de gran importancia el cumplimiento de la directriz y la motivación de dicho cumplimiento. Puede haber casos excepcionales justificados, pero este no era uno de ellos. Por tanto, la comisión dictamina que la médica no llevo a cabo la ayuda al suicidio con la diligencia y el cuidado de la práctica médica. La comisión dictamina que la médica no actuó conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra (f) de la WTL.

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

COLOFÓN

Publicación:
Comisiones regionales de verificación de la eutanasia
euthanasiecommissie.nl

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

Traducción:
Ministerio de Asuntos Exteriores,
Dirección de Traducciones (AVT)

abril de 2020

RTE