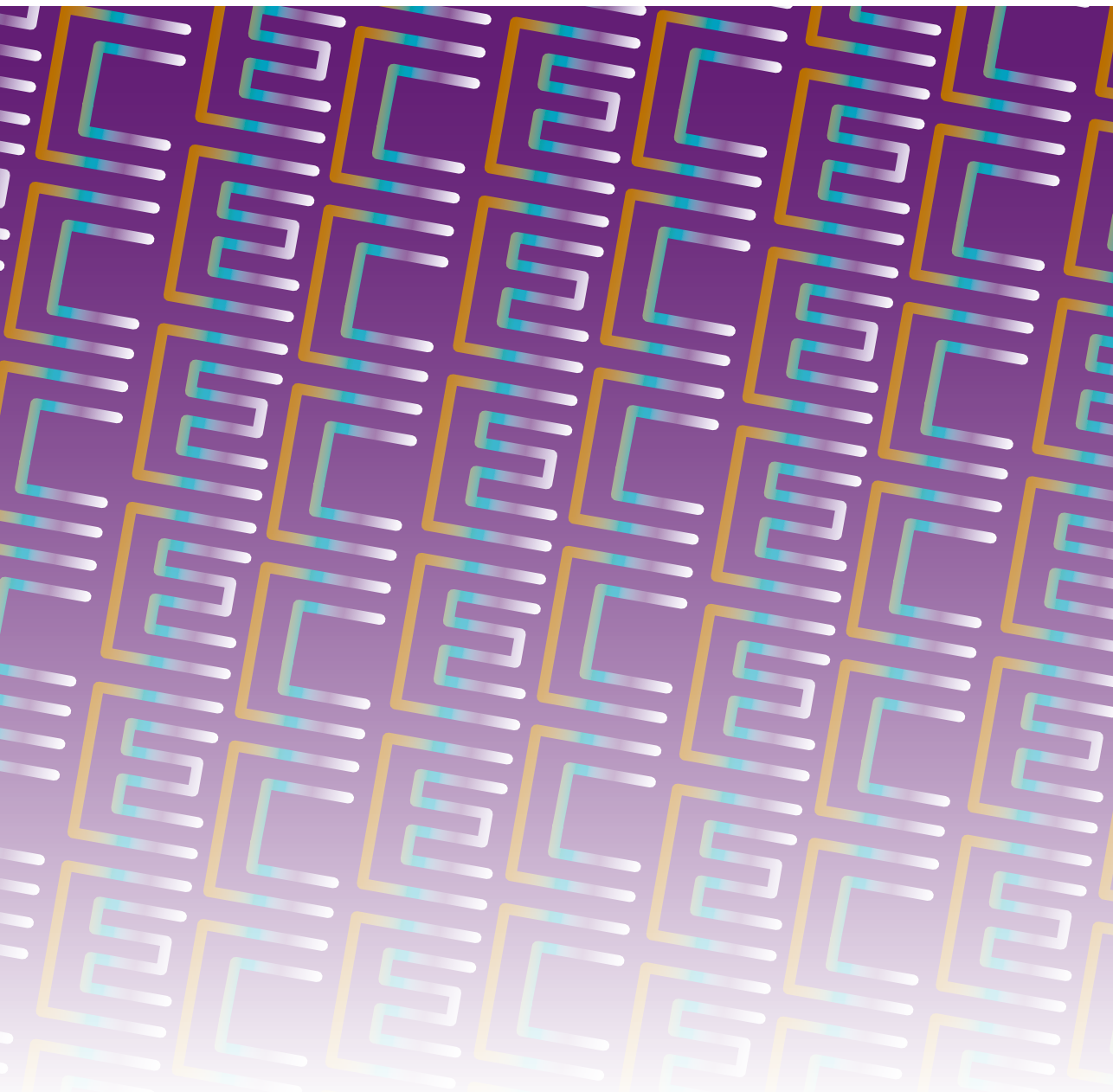


Código Eutanasia 2018

CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA

EXPLICACIÓN DE LA VERIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA



COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1 OBJETO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA 2018	6
2 LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY, FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES Y SIGNIFICADO DE LAS DIRECTRICES	
2.1. Líneas principales de la ley: requisitos de diligencia y cuidado	8
2.2. Líneas principales de la ley: notificación y verificación	10
2.3. Forma de trabajo de las comisiones	11
2.4. Significado de las directrices médico-profesionales	13
3 REQUISITOS LEGALES DE DILIGENCIA Y CUIDADO	
3.1. Médico encargado	15
Un médico no encargado del tratamiento en situaciones no urgentes	15
Un médico no encargado del tratamiento en situaciones urgentes	15
3.2. Petición voluntaria y bien meditada	16
Petición voluntaria	17
Petición bien meditada	18
3.3. Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	19
Algunos aspectos generales	19
Fundamento médico del sufrimiento	20
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	21
Sufrimiento sin perspectivas de mejora	21
Sufrimiento insoportable	22
3.4. Información al paciente	23
3.5. Inexistencia de otra solución razonable	24
3.6. Asesor independiente	26
Necesidad de información del médico en una fase temprana	27
Responsabilidad del médico en relación con el asesor	27
Independencia del asesor	28
Conocimientos técnicos y experiencia del asesor	29
Punto de partida: el asesor visita al paciente y habla con él	30
Segunda consulta al asesor	31
Las comisiones y el asesor	31
3.7. Diligencia de la práctica médica	32
General	33
Terminación de la vida a petición del paciente: orden y dosificación de las sustancias	33
Terminación de la vida a petición del paciente: comprobación del coma	33
Terminación de la vida a petición del paciente: realización a cargo del propio médico	34
Ayuda al suicidio: sustancias y dosis	34
Ayuda al suicidio: el médico permanece muy próximo al paciente	34
La relación entre el médico y el farmacéutico	34

4	ALGUNAS CUESTIONES ESPECIALES	
4.1.	Declaración de voluntad por escrito	36
	Contenido de la declaración escrita de voluntad	36
	Otros requisitos de diligencia y cuidado de “aplicación por analogía”	37
4.2.	Pacientes menores de edad	40
4.3.	Pacientes con una enfermedad mental	40
	Consulta a asesor y experto	41
	Combinación de enfermedades somáticas y mentales	42
4.4.	Pacientes con demencia	42
	Fase inicial de la demencia	42
	Fase avanzada de la demencia	43
	Consulta a asesor y experto	43
4.5.	Pacientes con discapacidad intelectual	45
	Consulta a asesor y experto	45
4.6.	Pacientes con afasia	45
4.7.	Coma/disminución del estado de consciencia	46
	Coma/disminución del estado de consciencia surgido antes del momento previsto de la práctica de la eutanasia	46
	Coma/disminución del estado de consciencia surgido sin tener prevista la práctica de la eutanasia	49
4.8.	Eutanasia y sedación paliativa	50
4.9.	“Vida agotada”	52
4.10.	Donación de órganos y tejidos tras la eutanasia	52
4.11.	Requisitos que no impone la ley	53
5	REFERENCIAS ÚTILES	
5.1.	Sitio web de las comisiones	54
5.2.	Programa SCEN	54
5.3.	Evaluaciones de la ley WTL	54
5.4.	Normas políticas del Ministerio Fiscal	55
	ANEXO: DISPOSICIONES LEGALES RELEVANTES	
	Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL)	56
	Código Penal	63
	Ley reguladora de los funerales	64

INTRODUCCIÓN

Estimado lector:

Cuando se publicó la primera versión del *Code of Practice* (Código de Conducta) en abril de 2015, se prometió que las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (CRV) actualizarían el código regularmente. Esta es una nueva versión con un nuevo nombre que cubre mejor el significado del tema que trata: Código sobre la Eutanasia 2018 (*EuthanasieCode*). En este texto encontrará la explicación de la verificación en la práctica.

En el Código sobre la Eutanasia 2018 se explica la práctica de la verificación. O, en palabras de la tercera evaluación de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (2017): en el código “se ofrece un práctico resumen de la forma en que las comisiones regionales de verificación interpretan los requisitos de diligencia y cuidado”.

En comparación con el código de 2015, el Código sobre la Eutanasia 2018 incorpora varias precisiones de contenido, además de diversas mejoras en la redacción. Todo ello se deriva de los dictámenes publicados hasta ahora por las CRV y de las reacciones (*feedback*) recibidas de distintas partes.

Las precisiones se centran, entre otras cosas, en la medida de independencia del asesor con relación al médico encargado y en los fragmentos relativos a pacientes con una enfermedad mental y a pacientes con demencia. También se han introducido precisiones (en línea con el consejo de la Comisión Schnabel) sobre el espacio que la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL) ofrece a los pacientes con una petición de terminación de la vida relacionada con una acumulación de enfermedades propia de la vejez. Tal y como ya se constató en la tercera evaluación de la ley, desde la aparición del código en abril de 2015 “no se han producido cambios [...] en relación con la interpretación de los requisitos legales de diligencia y cuidado”.¹

El Código sobre la Eutanasia 2018 tiene como principal grupo destinatario a los médicos y los asesores. Con el fin de averiguar si los médicos conocen el código de 2015 y cómo lo valoran, los catedráticos dr. A.R. Macko y dr. H.A.M. Weyers realizaron en 2016 una encuesta entre médicos encargados y asesores que habían estado implicados en

¹ Véase el informe *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* (Vida agotada. Sobre la ayuda al suicidio de personas que consideran su vida agotada), La Haya, enero de 2016, p. 210-212.

una eutanasia o una ayuda al suicidio. El alto número de respuestas recibidas demuestra que los médicos (aparte de algunos comentarios críticos) consideran el código principalmente una valiosa fuente de información. Casi el 90% de los asesores conocía el código. Pero, por el contrario, casi el 80% de los médicos encargados no lo conocían. De acuerdo con el pacto de gobierno *Vertrouwen in de toekomst* (Confianza en el futuro), debe prestarse una atención especial a mejorar el conocimiento de la ley de la eutanasia entre los profesionales médicos. Conjuntamente con el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte (VWS), la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y, en especial, la Asociación Nacional de Médicos de Familia (LHV), intentaremos conseguir que aumente el conocimiento del Código sobre la Eutanasia 2018 entre los médicos encargados.²

El código desempeña también un papel práctico en la armonización de los dictámenes y opiniones de las comisiones incluidas en las CRV: si una comisión cree que debe divergir del código debido a circunstancias muy específicas, dicha opinión siempre se fundamenta y explica en el dictamen de la comisión.

Al igual que para la redacción del código de 2015, en este caso también han estudiado la revisión el catedrático J.K.M. Gevers, el dr. E.F.M. Veldhuis, el catedrático dr. A.R. Mackor y el secretario general N.E.C. Visée, asistidos esta vez por el secretario C.A.M. Wildemast. Tiene en sus manos la versión actualizada del Código sobre la Eutanasia 2018.

Las CRV valoran enormemente sus reacciones acerca del Código sobre la Eutanasia 2018. Puede enviar sus comentarios u observaciones a través del formulario de contacto en el sitio web (euthanasiecommissie.nl).

J. Kohnstamm, presidente coordinador de la CRV

La Haya, abril de 2018

² Pacto de Gobierno 2017-2021 *Vertrouwen in de toekomst* (Confianza en el futuro) p. 18.

1 OBJETO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO SOBRE LA EUTANASIA 2018

Desde la entrada en vigor en 2002 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (en lo sucesivo, según sus siglas en neerlandés: WTL, conocida como la ley sobre la eutanasia), cinco comisiones regionales de verificación tienen por tarea evaluar los casos de eutanasia que se notifican a dichas comisiones. Desde entonces, las comisiones han comprobado el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado que impone la WTL, en miles de notificaciones³. Las comisiones redactan al respecto un informe conjunto: el informe anual. También se publica un número considerable de dictámenes de las comisiones en el sitio web euthanasiecommissie.nl. Los informes anuales y los dictámenes de las comisiones publicados ofrecen una imagen de la forma en que las comisiones aplican e interpretan los requisitos de diligencia y cuidado para la eutanasia. Para que dicha información sea más accesible, las comisiones han redactado este Código sobre la Eutanasia 2018. De esta forma, las comisiones siguen el consejo del informe relativo a la segunda evaluación de la WTL (2012).

La WTL distingue entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio. En el código, ambas formas de terminación de la vida se incluyen en el concepto general de eutanasia. Solo en los casos necesarios se hará una distinción entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio⁴.

Este Código sobre la Eutanasia 2018 ofrece un resumen de las líneas principales de los aspectos y consideraciones que las comisiones consideran relevantes en relación con los requisitos legales de diligencia y cuidado en casos de eutanasia. Este texto no pretende describir todas las situaciones imaginables. El Código sobre la Eutanasia 2018 debe considerarse un resumen de las consideraciones que han publicado las comisiones durante los últimos años en los informes anuales y en los dictámenes públicos. El código se centra en dichas consideraciones y no trata casos concretos.

³ El texto de la WTL se incluye en el Anexo "Disposiciones legales relevantes".

⁴ Esta distinción es necesaria en el apartado 3.7., que trata de la diligencia de la práctica médica de la eutanasia, y en el apartado 4.1., que trata de la declaración escrita de voluntad.

Este código es sobre todo importante para médicos encargados y asesores, pero también puede cubrir la necesidad de información de los pacientes que desean solicitar la eutanasia o de otros interesados. Todos ellos pueden conocer una imagen general de las condiciones que deben cumplirse en casos de eutanasia. Es importante para todo el mundo que exista la mayor claridad posible sobre la forma en que las comisiones aplican la ley.

La estructura del Código sobre la Eutanasia 2018 es la siguiente. En el capítulo 2 se ofrece un breve esbozo de las normas legales vigentes con relación a la eutanasia y del procedimiento y la forma de trabajo de las comisiones. También se trata el significado de las directrices médico-profesionales. En el capítulo 3 se explican de forma general los requisitos legales de diligencia y cuidado. Posteriormente, el capítulo 4 trata determinados temas y situaciones especiales. Para terminar, en el capítulo 5 pueden encontrarse varias referencias útiles.

2 LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY, FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES Y SIGNIFICADO DE LAS DIRECTRICES

2.1. LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY: REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO⁵

En las décadas anteriores a la entrada en vigor de la WTL, comenzó a aplicarse en los Países Bajos una práctica (jurisprudencial) en la que un médico, en determinadas circunstancias, podía acceder a una petición de eutanasia de un paciente. Los puntos centrales eran la petición del paciente y el sufrimiento insoportable, pero también se aplicaban otras exigencias. Dichas exigencias fueron recogidas desde 2002 en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL).

Los artículos 293 y 294 del Código Penal (*Wetboek van Strafrecht*) establecen que la eutanasia es constitutiva de delito en los Países Bajos. La WTL no ha cambiado esa norma. Las citadas disposiciones legales únicamente introducen una excepción para los médicos. En consecuencia, no es constitutiva de delito la eutanasia practicada por un médico que cumpla los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en la WTL y que notifique la eutanasia (véase el apartado 2.2.).⁶

Los requisitos implican que el médico:

- a. se haya convencido de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada (artículo 2, párrafo 1, letra a de la WTL);
- b. se haya convencido de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente (artículo 2, párrafo 1, letra b de la WTL);
- c. haya informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sus perspectivas de futuro (artículo 2, párrafo 1, letra c de la WTL);
- d. haya llegado junto con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra el paciente (artículo 2, párrafo 1, letra d de la WTL);

⁵ Para una información más detallada, véase euthanasiecommissie.nl.

⁶ El texto de los artículos 293 y 294 del Código Penal se incluye en el anexo "Disposiciones legales relevantes".

- e. haya consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados de la “a” a la “d” (artículo 2, párrafo 1, letra e de la WTL), y
- f. haya llevado a cabo la terminación de la vida o la ayuda al suicidio con la mayor diligencia y cuidado desde el punto de vista médico (artículo 2, párrafo 1, letra f de la WTL).

La WTL no dice nada sobre la expectativa de vida del paciente. En la ley no se incluye la condición de que la eutanasia solo pueda practicarse en la “fase terminal”. Tampoco se exige que se trate de una enfermedad somática. Igualmente, no es necesario que el paciente sufra una enfermedad que amenace su vida. En los casos en que se cumplan los requisitos de diligencia y cuidado mencionados por la ley, no desempeña ningún papel la expectativa de vida del paciente. En la práctica, dicha expectativa de vida suele ser limitada, pero la ley no excluye que se atienda a una petición de eutanasia de un paciente que todavía pueda vivir muchos años. El punto central es que exista una petición voluntaria y bien meditada, que exista un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

La WTL se aplica a la eutanasia en pacientes a partir de los 12 años. Cuando se trata de peticiones de menores de edad, la ley incorpora varias disposiciones sobre la implicación de los padres.

> véase también el apartado 4.2.

Algunas sentencias del Tribunal Supremo (*Hoge Raad*) tienen también importancia para la interpretación de la WTL. Dichas sentencias contienen normas importantes que complementan la WTL. La doctrina aplicada en las sentencias se aplica siempre que es necesario.

> *Sentencia Brongersma (2002): apartado 3.3.*

> *Sentencia Schoonheim (1984): apartado 3.3.*

> *Sentencia Chabot (1994): apartado 4.3.*

Un médico no está obligado a acceder a una petición de eutanasia de un paciente aún en los casos en que se cumplen los requisitos de diligencia y cuidado antes mencionados. La eutanasia no es un derecho del paciente. Los médicos pueden negarse a practicar la eutanasia. En ese caso, es necesario comunicarlo al paciente lo antes posible.⁷ Así el paciente puede contactar con otro médico si lo desea. En ocasiones, los propios médicos remiten al paciente a otro compañero. También puede ser que, en un caso de este tipo, el médico remita al paciente a la Clínica para el Final de la Vida (*Levenseindekliniek*).⁸

7 Véase Comité Disciplinario Regional de La Haya, de fecha 19 de junio de 2012.

8 levenseindekliniek.nl.

2.2. LÍNEAS PRINCIPALES DE LA LEY: NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN

El médico debe notificar al forense municipal cuando lleve a cabo una eutanasia. Para ello, el médico⁹ utiliza el formulario correspondiente y lo entrega para la autopsia. También entrega al forense¹⁰ el informe razonado¹¹ que haya redactado, conjuntamente con el informe del asesor. Normalmente, el médico entrega también otra información como (partes de) el expediente del paciente, cartas de especialistas y, si existe, una declaración escrita de voluntad. El forense municipal envía la notificación con los documentos correspondientes a la comisión en cuya región se haya practicado la eutanasia, para que dicha comisión pueda evaluarla. La comisión debe comprobar y verificar los documentos y el proceso en torno a la eutanasia¹². Si la comisión dictamina que el médico ha cumplido todos los requisitos, esto es, que ha actuado con la diligencia y el cuidado debidos, lo comunicará al médico por escrito. Con dicha notificación termina el proceso de verificación y evaluación.

No obstante, si la comisión dictamina que el médico no ha cumplido uno o varios de los requisitos de diligencia y cuidado, también se comunicará al médico dicha circunstancia por escrito. La ley prescribe que, en esos casos, la comisión debe comunicar su dictamen al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: IGJ*), actualmente en constitución.¹³ Dichas instancias evalúan los pasos que consideran convenientes.

Las comisiones verifican que el médico comunicante haya actuado con la debida diligencia. Comprobarán su actuación con la ley, con el historial de la tramitación parlamentaria de la ley y la jurisprudencia relevante. También tendrán en cuenta dictámenes anteriores de las comisiones, las directrices (médico-) profesionales y las resoluciones del MF y la IGJ en casos en los que la comisión haya dictaminado que el médico no actuó conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. Las comisiones estudian si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados. En el caso de los requisitos mencionados en las letras c, e y f, se trata de lo que los juristas llaman una “verificación completa”. Las comisiones evalúan si el médico

9 Siempre que en este Código sobre la Eutanasia 2018 aparezca “él” o referencias al sexo masculino, se entenderá que también incluye “ella” o referencias al sexo femenino.

10 Véase el artículo 7, párrafo 2 de la Ley reguladora de los funerales. El texto de dichas disposiciones legales se incluye en el Anexo “Disposiciones legales relevantes”.

11 El modelo de informe puede descargarse en los siguientes sitios web: euthanasiacommissie.nl y knmg.nl.

12 Si lo considera necesario, la comisión también puede obtener información del forense municipal.

13 Los casos que son evaluados por la comisión como diligentes y cuidadosos no se envían al MF y la IGJ. Es posible que ambas instancias conozcan algún caso de ese tipo a través de otras instancias (por ejemplo, por notificación de un tercero). En ese caso, ambas instancias tienen competencia para investigar el caso.

ha informado al paciente, si al menos ha consultado a un médico independiente y si ha practicado la eutanasia con la diligencia y el cuidado médicos necesarios. En el caso de los requisitos de las letras a, b y d, las comisiones verifican si el médico pudo llegar razonablemente al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada, un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y que no había ninguna otra solución razonable. Los juristas denominan este control “verificación marginal”.

2.3. FORMA DE TRABAJO DE LAS COMISIONES¹⁴

Existen cinco comisiones regionales de verificación: para Groninga/Frisia/Drenthe/islas BES¹⁵, para Overijssel/Güeldres/Utrecht/Flevoland, para Holanda del Norte, para Holanda del Sur/Zelandia y para Brabante Norte/Limburgo.¹⁶

Las comisiones evalúan las notificaciones recibidas, partiendo del informe motivado¹⁷ del médico encargado¹⁸, del informe presentado por el asesor y de los restantes documentos relevantes (como el expediente del paciente, cartas de especialistas o declaración de voluntad por escrito).

Las comisiones hacen una distinción entre notificaciones que no suscitan preguntas (según su abreviatura en neerlandés: NVO, que son alrededor del 80% de los casos) y notificaciones que suscitan preguntas (también según su abreviatura en neerlandés: VO, alrededor del 20% de los casos).

Las comisiones evalúan de forma digital los casos que no suscitan preguntas. Pueden comentarlos entre ellas a través de un sistema digital protegido. Los casos que no suscitan preguntas no se comentan en las reuniones. No obstante, si surgen preguntas durante la tramitación digital de un caso que, en principio, no suscitaba preguntas, dicho caso pasa a considerarse un “VO” (que suscita preguntas). Esos casos sí que se comentan durante las reuniones de la comisión. La calificación de una notificación como “VO” (que suscita preguntas) depende de las preguntas que suscita un caso

14 Si desea una información más detallada, consulte euthanasiecommissie.nl y las directrices que puede descargar en dicho sitio sobre la forma de trabajo de las comisiones regionales de verificación de la eutanasia.

15 Bonaire, Saba y Sint Eustatius.

16 Para la composición y las ubicaciones de las comisiones, consulte euthanasiecommissie.nl.

17 El “informe motivado” es un requisito legal, incluido en el artículo 7, párrafo 2 de la Ley reguladora de los funerales. El incumplimiento de este requisito es una infracción (art. 81 de la Ley reguladora de los funerales).

18 Véase el modelo de informe del médico encargado del tratamiento, en euthanasiecommissie.nl.

concreto, por ejemplo porque se trata de cuestiones complejas o porque determinados puntos del expediente plantean interrogantes. El médico debe responder a las preguntas que se plantean en el modelo de informe.

En los casos en que la información facilitada es insuficiente o suscita preguntas, la comisión puede llamar al médico encargado o al asesor y pedirles información adicional. La comisión puede pedir al médico o al asesor que complementen por escrito la información. La comisión también puede invitar al médico o al asesor a una entrevista explicativa. El contenido de la entrevista se consigna en un informe que se envía al interesado, por si desea hacer alguna observación. Durante la entrevista, el médico puede estar acompañado de otra persona, si así lo desea. Las comisiones son conscientes de que una entrevista así puede constituir una gran carga para el médico. No obstante, puede ser necesaria una explicación verbal para aclarar cuestiones imprecisas. En algunos casos, la explicación puede ser inevitable para hacer una evaluación correcta.

Si la comisión considera recoger en su dictamen que el médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado, antes de adoptar la decisión definitiva se invita al médico a una entrevista; de esa forma, se le ofrece la oportunidad de explicar sus actos. El contenido de la entrevista se consigna en un informe que se envía al interesado, por si desea hacer alguna observación. Si, después de la entrevista con el médico, la comisión mantiene su intención de emitir un dictamen desfavorable, el borrador del dictamen se envía a todos los miembros de la CRV para que asesoren sobre la cuestión. Posteriormente, la comisión debe emitir un dictamen definitivo. En otros casos también puede decidirse enviar un borrador del dictamen a los miembros de todas las comisiones. Por ejemplo cuando se trata de casos complejos, o casos que tratan cuestiones (jurídicas) nuevas. De esta forma, las comisiones pretenden armonizar sus dictámenes en beneficio de una mayor seguridad y uniformidad jurídicas. Las CRV crearon en 2017 una sala interna de reflexión que emite asesoramiento sobre cuestiones jurídicas, entre otros con el objetivo de aumentar la coherencia y la armonización interna de los dictámenes. La sala de reflexión actúa cuando una comisión pide asesoramiento sobre una cuestión determinada. Después, la comisión decide cómo va a proceder con el asesoramiento obtenido. En principio, la comisión comunica su dictamen al médico en el plazo de seis semanas después de recibir la notificación. Dicho periodo puede ser ampliado con otras seis semanas si lo exigen las circunstancias. La comisión informa al médico sobre la citada ampliación del plazo.

Desde 2015, la CRV tiene un reglamento de reclamaciones. De acuerdo con dicha norma, se ha creado una comisión de reclamaciones independiente para tramitar las reclamaciones que se reciban. Pueden presentar una reclamación los médicos, asesores, forenses y otro personal sanitario, siempre que sean parte o interesados en una notificación de terminación de la vida a petición del paciente o de ayuda al suicidio. Las reclamaciones únicamente pueden referirse al trato recibido por miembros o empleados de la CRV. Las reclamaciones sobre el contenido y la motivación del dictamen de una comisión no se tramitan. El reglamento de reclamaciones es público y puede consultarse en el sitio web de la CRV.

2.4. SIGNIFICADO DE LAS DIRECTRICES MÉDICO-PROFESIONALES

Dentro del grupo profesional médico se han desarrollado varias directrices importantes cuando un médico debe determinar una postura relativa a una petición de eutanasia recibida de un paciente. Dichas directrices suelen ser útiles para interpretar los requisitos legales de diligencia y cuidado formulados de forma general (esta cuestión se trata en mayor detalle en el capítulo 3). Existe una directriz a la que se remiten explícitamente las comisiones. Se trata de la *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (Directriz sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio) de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Farmacia (KNMP) (2012). Esta directriz es importante para verificar los requisitos de diligencia y cuidado y que la eutanasia se haya llevado a cabo con el mayor cuidado médico. Además trata, entre otras cosas, de la elección de sustancias, la dosificación y también del control de la profundidad del coma. Sobre todo teniendo en cuenta la remisión que se hace en estos requisitos de diligencia y cuidado a una realización con el mayor cuidado médico, lo lógico es que la comisión se oriente en los estándares que los grupos profesionales (médicos y farmacéuticos) han redactado al respecto.

Al evaluar notificaciones de eutanasia, la comisión tiene una responsabilidad propia, basada en la ley. Esto significa que las directrices médico-profesionales son importantes por cuanto entren dentro del marco legal. Puede ser que exista una diferencia entre una directriz y la ley, más especialmente que la directriz imponga requisitos más estrictos que la ley; en ese caso, la ley es determinante para la comisión.¹⁹ También puede ser que en las directrices se traten aspectos que el médico debe tener en cuenta dentro del marco de

¹⁹ Véase también la carta que envió el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte al Congreso el 4 de julio de 2014 (Documentos Parlamentarios (Kamerstukken) II, 2013-2014, 32647, n.º. 30).

su responsabilidad profesional, pero que no son importantes en el marco de una evaluación por parte de la comisión.²⁰ En ese caso, puede suceder que la comisión dictamine que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, pero que no ha actuado de forma totalmente conforme a las normas profesionales de su grupo profesional.

²⁰ Se puede pensar en una diligencia o cuidado formulados en el derecho disciplinario y que debe respetar el médico frente a la familia de un paciente. Véase por ejemplo el Comité Disciplinario Regional de Zwolle, 18 de mayo de 2016, G 2006/135 y el Comité Disciplinario Regional de La Haya, 23 de octubre de 2012, GJ 2013/8.

3 REQUISITOS LEGALES DE DILIGENCIA Y CUIDADO

3.1. MÉDICO ENCARGADO

De acuerdo con la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL) solamente un médico tiene derecho a dar curso a una petición de eutanasia de un paciente. La ley se centra en el médico que realmente lleva a cabo la eutanasia. Normalmente, se trata del médico que trata al paciente (en especial, su médico de familia), pero eso no es una exigencia legal. En todos los casos, el médico encargado debe haberse informado correctamente sobre la situación del paciente y debe haber constatado personalmente que se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Un médico encargado de tratar al paciente y que lo conoce desde hace tiempo puede basarse también en ese conocimiento del paciente.

Un médico no encargado del tratamiento en situaciones no urgentes

También puede llevar a cabo una petición de eutanasia un médico no encargado del tratamiento del paciente. En general, dicho médico deberá demostrar que se ha tomado suficiente tiempo para poder estudiar a fondo la situación del paciente, en relación con los requisitos legales. En los casos en que el médico que lleva a cabo la eutanasia no es el profesional encargado del tratamiento del paciente, es importante que la comisión indique en su informe con cuánta frecuencia y detalle ha hablado el médico con el paciente.

Un médico no encargado del tratamiento en situaciones urgentes

Por diferentes circunstancias, puede suceder que, en el último momento, la eutanasia la realice otro médico diferente al propio médico encargado del tratamiento (por ejemplo, un suplente o un compañero si el médico no está disponible y la situación del paciente empeora con rapidez de forma inesperada). La obligación legal de notificación corresponde al médico que haya llevado a cabo realmente la eutanasia. En las situaciones mencionadas, el médico encargado de la eutanasia puede basarse en la información de los colegas implicados en el caso, pero, si es razonablemente posible en la situación específica, también deberá asegurarse de que se han cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado.

En lo sucesivo, cuando se hable del “médico”, se hará referencia al médico encargado de la eutanasia.

3.2. PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La ley establece que el médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. La ley no prescribe que deba tratarse de una petición escrita. Es suficiente con una petición verbal.

De la ley se deriva que es el propio paciente quien debe hacer la petición. Una petición de eutanasia realizada por un tercero en nombre del paciente no puede ser aceptada.²¹ En todos los casos debe quedar claro que la petición ha sido expresada por el propio paciente. Un paciente puede comunicar una petición con mucha antelación a la realización efectiva, pero en situaciones en que la enfermedad del paciente empeora con rapidez, el periodo de tiempo entre la petición y la realización efectiva puede ser (muy) breve. Esto último significa que una petición no tiene por qué ser “duradera”, en el sentido de que solo puede accederse a una petición si se ha mantenido durante mucho tiempo. Es habitual que el paciente tenga dudas en relación con la eutanasia, pero finalmente, el médico debe considerar que la petición es inequívoca y consecuente.

La mayoría de los pacientes están en condiciones de comunicarse (verbalmente) hasta el momento de la realización de la eutanasia. En algunos casos, la capacidad de comunicación del paciente puede disminuir (enormemente) o verse dificultada por su enfermedad.

Podemos encontrarnos ante múltiples situaciones, por ejemplo:

- el paciente ya no puede expresar la petición con palabras, pero todavía puede comunicarse de otras formas (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);
- el paciente todavía puede expresar su petición, pero ya no puede argumentarla.

En todos esos casos, se trata de que partiendo de lo que el paciente todavía puede expresar y de su comportamiento, sea suficientemente verosímil que existe una petición (continuada). La capacidad de expresión que el paciente todavía tiene en ese momento puede

21 No es pues posible que un paciente apodere a un tercero para que haga una petición de eutanasia en su nombre. El punto de partida es que sea el propio paciente quien solicite la eutanasia; véanse Documentos Parlamentarios II, 1998-1999, 26691, n.º. 3, p. 9. Sí que es posible que otras personas avisen a un médico de que el paciente desea que se le practique la eutanasia, de forma que el médico pueda hablar con el paciente o, si el paciente ya no está en condiciones de comunicarse, pueda evaluar una declaración escrita de voluntad.

ser evaluada en relación con declaraciones (escritas) anteriores, comportamientos o señales del paciente.

En la situación en la que la comunicación con el paciente es difícil o ya no es posible, una declaración escrita de voluntad (anteriormente redactada) puede sustituir a la petición verbal del paciente.

> véase para la declaración escrita de voluntad el apartado 4.1.

Petición voluntaria

La petición del paciente debe ser voluntaria. Existen dos aspectos en la voluntariedad.

En primer lugar, la petición debe haberse realizado sin ninguna influencia perceptible de otros (voluntariedad externa). El médico debe estar convencido de que no ha existido dicha influencia. Se presta también atención a la situación en la que un allegado del paciente interviene demasiado en la entrevista entre médico y paciente, u ofrece constantemente respuestas que el médico quiere escuchar del paciente. Este tipo de circunstancias pueden hacer necesario que el médico también hable en privado con el paciente. El que un paciente crea que es una carga para otros y pida la eutanasia en parte por ese motivo, no implica necesariamente que no exista voluntariedad.²²

En segundo lugar, el paciente debe tener capacidad para expresar su voluntad (voluntariedad interna).²³ Un paciente con capacidad para expresar su voluntad puede comunicar de forma comprensible su petición de eutanasia. También puede comprender la información (médica) relevante. El paciente conoce la enfermedad: entiende su situación y las consecuencias de la eutanasia y de las eventuales alternativas de tratamiento. El paciente está en condiciones de explicar claramente por qué desea la eutanasia.

La capacidad para expresar la voluntad puede fluctuar en el tiempo. Asimismo, el paciente puede ser al mismo tiempo capaz para adoptar una decisión (por ejemplo, una petición de eutanasia) e incapaz para otras (por ejemplo, la administración de sus finanzas). Este extremo se expresa en lo que la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (*Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*) (art. 465, del Libro 7 del Cc) toma como punto de partida para la capacidad de expresar la voluntad, a saber, que debe considerarse que el paciente está en condiciones de valorar razonablemente sus intereses con relación a la

22 La sensación de ser una carga para los demás puede contribuir al sufrimiento que el paciente experimenta como insoportable.

23 En los documentos parlamentarios de la WTL se indica repetidamente que, para poder hacer una petición de eutanasia, el paciente debe tener capacidad para expresar su voluntad; véase por ejemplo Documentos parlamentarios II, 1999-2000, 26691, n.º. 6, p. 5-7.

decisión de que se trate. En consecuencia, la capacidad para expresar la voluntad supone pues que el paciente puede entender información relevante sobre su situación y su pronóstico, puede sopesar las eventuales alternativas y puede comprender las consecuencias de su decisión.²⁴

Si un paciente es declarado incapaz, la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (siglas en neerlandés: WGBO) prevé que su representante pueda dar autorización informada, en nombre del paciente, para un determinado acto médico. En las peticiones de eutanasia no es posible la representación; por consiguiente, el paciente debe estar en condiciones de comprender el alcance de dicha petición, de comprender la información sobre su pronóstico y entender las alternativas, y de adoptar una decisión al respecto. Si un paciente ha perdido la capacidad de expresar la voluntad, la petición verbal puede ser sustituida por una declaración escrita de voluntad y redactada anteriormente, cuando todavía no había devenido incapaz.

En muchos casos, no existirá ninguna duda sobre la capacidad del paciente para expresar su voluntad sobre una petición de eutanasia. No obstante, en determinados casos y con determinadas enfermedades, será necesario estudiar detenidamente y de forma explícita la capacidad del paciente para expresar su voluntad. En caso de duda acerca de la capacidad del paciente, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto. Esta solicitud de asesoramiento puede formar parte de las preguntas que se plantean al asesor, mencionadas en el art. 2, párrafo 1, letra e, de la WTL, pero la capacidad de expresar la voluntad puede ser evaluada previamente por un médico experto en la materia.

> véanse grupos específicos de pacientes en los apartados 4.3., 4.4. y 4.5.

Petición bien meditada

La petición también debe ser bien meditada. Esto significa que el paciente debe haber meditado cuidadosamente, partiendo de información suficiente y de un conocimiento claro de la enfermedad. No puede tratarse de una petición hecha en un impulso repentino. También hay que tratar con cuidado los casos en los que el paciente da muestras de duda, por ejemplo porque en un periodo determinado hace una petición, luego la retira, después vuelve a hacerla, etc. Es comprensible que un paciente tenga dudas o reticencias ante un acto tan trascendente como la eutanasia. Las reticencias o las dudas no tienen por qué ser una contra indicación para la eutanasia. Lo

²⁴ Consulte el documento *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid* (Manual para evaluar la capacidad para expresar la voluntad, versión de 2007) en rijksoverheid.nl (en neerlandés; buscar: *handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*)

importante es que la petición sea coherente, teniendo en cuenta todas las circunstancias y declaraciones del paciente. Dicha coherencia puede desprenderse, por ejemplo, de la repetición (constante) de la petición por parte del paciente.

Por lo que se refiere a los requisitos de diligencia y cuidado con relación a la voluntariedad y a la meditación de la petición, se pueden plantear en determinados casos preguntas especiales. Podemos pensar en casos en los que se trata de pacientes psiquiátricos, de pacientes con demencia, de pacientes con una discapacidad intelectual, de pacientes con afasia, de pacientes en una situación de coma o de disminución del estado de consciencia o de pacientes menores de edad.

> Véanse más detalles sobre estas situaciones especiales en el Capítulo 4.

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA: PUNTOS FUNDAMENTALES

- petición realizada por el propio paciente
- voluntariedad “externa”: ninguna influencia perceptible de otros
- voluntariedad “interna” o capacidad de expresar la voluntad: conocimiento y comprensión de la situación
- petición bien meditada: bien informada, coherente, que no sea fruto de un impulso repentino
- coherencia que se desprenda de una petición repetida o de otras declaraciones del paciente
- una declaración de voluntad por escrito puede sustituir a una petición verbal (véase apartado 4.1.)
- atención especial para las peticiones en situaciones específicas (véase capítulo 4)

3.3. SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

Algunos aspectos generales

El sufrimiento es un concepto muy amplio. El sufrimiento puede ser consecuencia del dolor y la ansiedad, del agotamiento y el cansancio generalizado, del deterioro físico, de la ausencia de perspectivas de mejora, pero también de una dependencia creciente o de un deterioro experimentado por el paciente, o de la pérdida de dignidad. En la sentencia Schoonheim (1984), el Tribunal Supremo holandés ya dictaminó que el sufrimiento puede constar de (el miedo por) un deterioro en constante aumento o de la perspectiva de no poder morir de forma digna.

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

Es necesario que el paciente experimente el sufrimiento. Pueden existir situaciones en las que el paciente ya no siente sufrimiento, como en casos de coma o en casos dudosos como la disminución del estado de consciencia; ambas situaciones son posibles en los casos de sedación paliativa. Si el paciente pasa a encontrarse en una situación en la que (ya) no experimenta sufrimiento, en principio no es posible acceder a una petición de eutanasia. El hecho de que los allegados del paciente consideren su situación como denigrante no tiene ninguna influencia.

> para más detalles sobre el coma y la disminución del estado de consciencia, véase el apartado 4.7.

> para más detalles sobre la relación entre eutanasia y sedación paliativa, véase el apartado 4.8.

El que el paciente experimente el sufrimiento puede desprenderse de lo que dice al respecto, pero también de otras expresiones o reacciones físicas del paciente. En los casos en que el paciente ya no puede expresar correctamente con palabras su sufrimiento, el médico debe fijarse en otras señales que pueden darle información sobre la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento.

Fundamento médico del sufrimiento

El médico debe adquirir el convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente. Del historial parlamentario de la WTL se desprende que en el sufrimiento debe existir una dimensión médica.²⁵ El concepto de “vida agotada”²⁶ no entra en el campo de acción de la ley. Esta problemática no se incluye en el dominio médico; el médico carece de los conocimientos específicos que son necesarios para poder opinar al respecto. En la sentencia Brongersma (2002), el Tribunal Supremo holandés se remite al historial parlamentario y adopta la postura de que el sufrimiento del paciente debe provenir principalmente de una o más enfermedades o afecciones clasificadas médicamente. El Tribunal Supremo reiteró dicha postura en la sentencia Chabot (1994): la enfermedad puede ser tanto somática como psíquica. Posteriormente,

25 Memorando de respuesta (MvA), Documentos parlamentarios I 2000-2001, 26691, n.º. 137b, p. 32-34

26 Véase Diario de sesiones (Handelingen) II, 23 de noviembre de 2000, TK 27-2254, en donde se habla de “cansancio vital”.

la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) adoptó la postura de que para evaluar el sufrimiento en el marco de la terminación de la vida a cargo de facultativos, debe existir (también) un fundamento médico.²⁷ A raíz de la sentencia Brongersma y de la postura de la KNMG, las CRV adoptan como punto de partida que el sufrimiento debe tener un fundamento médico; debe tratarse de un sufrimiento que entre dentro del dominio (esto es: de la responsabilidad y de los conocimientos y experiencia) del médico. Debe tratarse de un estado que puede calificarse de enfermedad o afección. Pero no es necesario que se trate de un problema médico dominante o que amenace la vida. El paciente puede tener dos (o más) enfermedades. El fundamento médico del sufrimiento se encuentra en la combinación de esas afecciones.

Acumulación de enfermedades propias de la vejez

Si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo, pueden ser motivo para un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan son las que pueden ocasionar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora.

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.

> véase para “vida agotada” el apartado 4.9.

Sufrimiento sin perspectivas de mejora

El sufrimiento de un paciente se considera sin perspectivas de mejora si la enfermedad o afección que ocasiona el sufrimiento es incurable y también es imposible suavizar los síntomas para que el

²⁷ Punto de vista de la KNMG: *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* (El papel del médico en el final de la vida por elección del paciente, 2011), apartado 2.5, *Medische grondslag* (Fundamento médico) p. 27 y ss.

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. Debe tenerse en cuenta tanto la medida de mejora que puede alcanzarse con un tratamiento como la carga que dicho tratamiento puede conllevar para el paciente. La 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 para el paciente opciones de tratamiento razonables, curativas o paliativas. La evaluación de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento está estrechamente relacionada con la evaluación del requisito de diligencia y cuidado que implica que no existe ninguna otra solución razonable para eliminar o reducir el sufrimiento (art. 2, párrafo 1, letra d WTL).

> véase para más información el apartado 3.5.

Los pacientes también emplean la expresión “sin perspectivas de mejora” para indicar que el hecho de que es imposible que se produzca ninguna mejora hace que el sufrimiento sea para ellos insoportable y, por eso, desean que termine dicho sufrimiento. En ese sentido, el que el paciente experimente que no existen perspectivas de mejora hace que el sufrimiento sea aún más insoportable.

Sufrimiento insoportable

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, es 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 de que se trate.

La angustia por el deterioro próximo de la salud puede ser para el paciente un factor determinante de su sufrimiento. Puede tratarse de (angustia por) dolor creciente, de un deterioro en aumento, ansiedad o náusea, pero también de situaciones que afectan los valores fundamentales del paciente (autosuficiencia y dignidad). El sufrimiento real del paciente depende de la conciencia de que su situación solo puede empeorar y que va a afectar negativamente y de forma progresiva a valores y circunstancias que son importantes para el paciente. Podemos pensar no solo en cáncer, por ejemplo, sino también en ELA, EM, demencia y la enfermedad de Parkinson.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA PUNTOS FUNDAMENTALES

- El sufrimiento tiene un fundamento médico
- El sufrimiento puede ser consecuencia de una acumulación de aspectos psíquicos y físicos
- El sufrimiento puede ser consecuencia de problemas por una combinación de afecciones
- El sufrimiento puede ser consecuencia de problemas por una acumulación de enfermedades propias de la vejez
- Sin perspectivas de mejora: no hay ninguna alternativa razonable para la eutanasia (véase también apartado 3.5.)
- Sufrimiento insoportable: se trata del sufrimiento de ese paciente concreto (en relación con su historial vital y médico, su personalidad, su patrón de valores y su capacidad de aguante). El sufrimiento debe ser para el médico patente y comprensible.
- El sufrimiento puede constar de angustia por el deterioro futuro.
- El propio paciente experimenta el sufrimiento

3.4. INFORMACIÓN AL PACIENTE

El médico debe haber informado al paciente sobre su situación y sobre sus perspectivas. Solo puede existir una petición bien meditada como las mencionadas en el art. 2, párrafo 1, letra a de la WTL si el paciente está bien informado de la situación de su salud (cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico, posibilidades de tratamiento). La comisión evalúa si el médico ha informado suficientemente al paciente. El médico debe averiguar si el paciente ha sido suficientemente informado y si ha comprendido bien la información facilitada. No puede asumirlo sin más, incluso en casos en que también hayan estado otros médicos implicados en el proceso de petición.

En el caso de una larga enfermedad con el paciente encamado, normalmente estará bien informado de su situación y perspectivas. También es posible que se comente la eutanasia en varias ocasiones. En otros casos, una petición de eutanasia puede ser bastante inesperada para el médico. Sobre todo en estos casos, es importante que el médico se asegure de que el paciente conoce toda la información relevante. Esto está relacionado con el carácter trascendental de una petición de eutanasia.

INFORMACIÓN: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Se ha informado al paciente sobre la situación de su salud y sus perspectivas
- El médico constata que el paciente ha comprendido la información

3.5. INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

El médico debe haber llegado 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, tiene que ver con el carácter transcendental e irreversible de la eutanasia. Si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento insoportable del paciente o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones.

La pregunta de si existen otras soluciones razonables debe ser evaluada teniendo en cuenta el diagnóstico y el pronóstico. En los casos en los que el médico no tiene suficientes conocimientos especializados para evaluar si existen otras alternativas razonables, está indicado que investigue si ha habido otros médicos especializados implicados en el tratamiento o que consulte a un colega con mayores conocimientos sobre el campo concreto. El cumplimiento de estos requisitos deberá reflejarse en el informe del médico.

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 otro camino real y razonable para aliviar o eliminar el sufrimiento del paciente (no es necesario que se trate únicamente de una intervención médica). Las ventajas de la alternativa deben ser superiores a las desventajas. El término “razonable” implica entre otras cosas que existe una relación favorable entre el efecto que se puede lograr con la alternativa y la carga que va a suponer para el paciente. La mejora que puede alcanzarse con la alternativa también debe poder conseguirse en un periodo no muy largo; aquí desempeña asimismo un papel la expectativa de vida del paciente. La posible carga para el paciente debe evaluarse, por ejemplo, partiendo de las circunstancias del caso, como el número de tratamientos a que ya se ha sometido el paciente, los eventuales efectos adversos de un tratamiento, la fase en que se encuentra la enfermedad del paciente y su edad, su situación médica y su capacidad de aguante psíquico. No es necesario que se intenten todas las posibilidades imaginables. En ocasiones, la conclusión es: “ya es suficiente”.

Una intervención complicada o de larga duración con un resultado limitado, normalmente no puede considerarse una “alternativa razonable”. Sí que se considera generalmente una “alternativa razonable” una intervención médica o un tratamiento que puede reducir sustancialmente el sufrimiento o incluso eliminarlo durante

un largo plazo. Naturalmente, un paciente con capacidad de expresar su voluntad puede negarse a someterse a este tipo de intervención, pero la negativa a dicha intervención puede tener como consecuencia que no pueda accederse en ese momento a la petición de eutanasia del paciente.

La atención paliativa (incluidos tratamientos contra el dolor y sedación paliativa) desempeña un importante papel al final de la vida del paciente. En casos en que el sufrimiento del paciente va acompañado (predominantemente) de dolor, el tratamiento analgésico puede ser una alternativa para la eutanasia. No obstante, un paciente puede tener buenos motivos para rechazar la atención paliativa, por ejemplo porque no quiere estar en un estado de aletargamiento (por altas dosis de morfina) o no quiere perder la consciencia (por sedación paliativa). Es importante que el médico informe bien al paciente sobre las ventajas e inconvenientes de la atención paliativa, pero la decisión final de usar o no esta opción es del paciente.

En consecuencia, podemos hablar de la existencia de otra opción razonable:

- a. si conlleva una reducción considerable del sufrimiento insoportable del paciente;
- b. si tiene efectos dentro de un periodo razonable;
- c. si existe una relación aceptable entre las ventajas y los inconvenientes (efecto frente a carga).

Al evaluar la pregunta de si una solución es “razonable”, el paciente tiene un voto importante.

Del médico se espera que en su informe para la comisión indique si existían alternativas, cómo fueron comentadas con el paciente y por qué no eran razonables para el paciente.

INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Opinión común del médico y el paciente
- Otra solución razonable; impacto esencial en el sufrimiento, efecto en un futuro próximo, durante un largo periodo, relación favorable entre ventajas y desventajas,
- Evaluar la carga para el paciente teniendo en cuenta sus circunstancias específicas
- El paciente siempre puede negarse a recibir un tratamiento (paliativo). Si un tratamiento de ese tipo eliminara el sufrimiento, este dato puede impedir que se practique la eutanasia.
- En general, negarse a recibir una sedación paliativa no impide la práctica de la eutanasia.

3.6. ASESOR INDEPENDIENTE

Antes de practicar la eutanasia, el médico debe consultar como mínimo a otro médico independiente, que vea al paciente y evalúe si se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados 3.2. a 3.5, de la letra “a” a la letra “d”. La WTL no prescribe que el asesor se pronuncie sobre la diligencia de la práctica médica de la eutanasia (requisito de diligencia y cuidado f, véase a continuación el apartado 3.7.). No obstante, nada se opone a que el asesor, si es necesario, asesore al médico al respecto.

El asesor consultado emite un dictamen independiente sobre la pregunta de si considera que se han cumplido los primeros cuatro requisitos de diligencia y cuidado (de la letra “a” a la letra “d”) y redacta un informe escrito para el médico sobre dicho aspecto. Esta consulta sirve para fomentar un proceso de toma de decisión lo más cuidadoso posible. Ayuda al médico a averiguar si se cumplen todos los requisitos de diligencia y cuidado y a reaccionar a la petición de eutanasia antes de llegar a la decisión definitiva de practicarla. El informe también es esencial para que la comisión dictamine 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 en conjunto. 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.

No se trata de que el asesor evalúe al médico. Tampoco es tarea del asesor “autorizar” al médico. Se trata de que el asesor llegue a un dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado y que informe al médico al respecto de forma escrita y motivada. Si el médico no está conforme con el dictamen del asesor, deberá argumentarlo claramente en su informe.

En la inmensa mayoría de los casos, el médico independiente que se consulta como asesor es lo que se conoce como un médico SCEN.²⁸ Un médico SCEN está formado por la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) y está disponible y dispuesto a realizar una evaluación independiente y experta en el marco de una petición de eutanasia. Los médicos SCEN también prestan apoyo

28 SCEN significa: *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos). SCEN es un programa de la KNMG. La KNMG aprobó en 2011 una directriz para médicos SCEN, con el título *Goede steun en consultatie bij euthanasie* (Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia, 2011) (puede encontrarse en scen.nl). Los médicos SCEN forman parte de un grupo regional SCEN que, entre otras cosas, se dedica a garantizar la calidad a través de la intervención.

y proporcionan información. Solo los médicos pueden solicitar la participación de un médico SCEN.

Necesidad de información del médico en una fase temprana

El asesor independiente mencionado en la WTL es aquel a quien el médico solicita un “amplio” dictamen sobre la siguiente pregunta: ¿se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el art. 2, párrafo 2, letras “a” a “d” de la WTL (petición, sufrimiento, información, alternativas)? Normalmente, el paso de consultar con un asesor independiente se dará cuando el médico considere seriamente acceder a la petición del paciente.

No obstante, también es posible que el médico tenga preguntas antes de iniciar el procedimiento de eutanasia. El médico también puede consultar a un médico SCEN (para recabar su apoyo) o pedir asesoramiento a otros colegas. Puede tratarse de dudas sobre el propio proceso (“¿qué pasos debo dar?”), por ejemplo porque el médico tiene poca o ninguna experiencia con casos de eutanasia, pero también por factores del paciente (“¿Existen motivos para investigar la capacidad de expresar la voluntad del paciente?”, “¿Existen otras alternativas de tratamiento?”). Consultar a un médico SCEN o a otros colegas sobre este tipo de preguntas no puede considerarse una “consulta” en el sentido de la ley. En este caso se trata de pedir un asesoramiento antes de llegar a la consulta que prescribe la ley.

Responsabilidad del médico en relación con el asesor

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. En caso de existir una diferencia de opinión entre el médico y el asesor, el médico puede decidir acceder a la petición del paciente. En ese caso, el médico deberá motivar suficientemente su decisión. Si existe una diferencia de opinión entre el médico y el asesor, el médico también puede consultar a otro asesor. Por otra parte, no se trata de que el médico siga buscando hasta que encuentre un asesor que esté de acuerdo con él.²⁹ Un médico que consulte a varios asesores debe facilitar a la comisión todos los informes de los asesores, a través del forense.

El médico tiene un interés especialmente importante en un informe de asesoramiento correcto y completo³⁰. En ocasiones, se duda de la calidad del informe, por ejemplo porque un asesor no ha evaluado

29 Véase el apartado 23 de la directiva de la KNMG “Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia” (2011).

30 La directriz de la KNMG “Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia” (2011) y la guía redactada por SCEN para el informe de asesoramiento (2015).

todos los requisitos de diligencia y cuidado, porque sus conclusiones no están suficientemente motivadas o porque existen contradicciones internas en su informe. Un ejemplo de contradicción es que el asesor indique en su informe que el sufrimiento del paciente todavía no es insoportable o que no ha hecho una petición concreta, pero aun así concluye que se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. El médico debe supervisar que el informe del asesor incluya todos los puntos necesarios. No hay que olvidar que el médico es el responsable de constatar que se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado. Si la calidad del informe del asesor es insuficiente, puede ser necesario que el médico pregunte al asesor al respecto. Si es necesario, el médico puede remitirse a las directrices redactadas por la KNMG/SCEN sobre las responsabilidades y el informe del asesor.³¹

Independencia del asesor

Cuando se refiere al asesor, la ley habla de un “médico independiente”. En este contexto, independiente significa que el asesor está en condiciones de emitir un dictamen propio. También se trata de independencia con respecto al médico y al paciente.³² Asimismo, debe evitarse la apariencia de falta de independencia. Por eso es importante que el asesor trate en su informe la relación con el médico y el paciente.

La independencia que se exige al asesor con respecto al médico implica que no exista ninguna relación personal, organizativa, jerárquica o financiera entre ellos. Por ejemplo, no puede actuar como asesor un compañero de consulta, un miembro de la misma sociedad civil, un familiar o un médico que tenga una relación de dependencia (financiera o no, como por ejemplo un asistente de un médico) con el médico que solicita el asesoramiento. Tampoco se acepta a un asesor que sea médico o paciente del médico encargado.

También puede existir (apariencia de) falta de independencia si ambos médicos actúan regularmente entre ellos como médico encargado y asesor, cuando en un trayecto previo a una eutanasia el médico SCEN ha prestado un apoyo que va más allá del mero asesoramiento e información, o si el médico y el asesor se tratan en el ámbito privado. El que el médico y el asesor se conozcan, por ejemplo de un grupo de intervisión, no supone ningún problema. Si ambos médicos se conocen de un grupo de sustitución de turnos, dependerá de la situación concreta si es posible que el asesor emita un dictamen independiente. Lo importante es que el médico y el asesor sean conscientes y estén motivados para mencionar su opinión al respecto en el informe.

31 SCEN ha redactado una guía para el informe de asesoramiento (2015).

32 Véase también KNMG, Standpunt inzake euthanasie. (Postura sobre la eutanasia) Utrecht, 2003, p. 14-16.

La independencia del asesor con respecto al paciente implica, entre otras cosas, que no exista ninguna relación (familiar) mutua o amistad entre el asesor y el paciente y que el asesor no esté (también) encargado del tratamiento del paciente o lo haya estado recientemente. Un contacto único entre el médico y el paciente en el marco de una sustitución de turnos no tiene por qué ser un problema. Dependerá de la naturaleza del contacto y del momento en que se produjo.

En ocasiones, puede ser que los dos miembros de una pareja presenten simultáneamente una petición de eutanasia. Si se accede a ambas peticiones, se denomina también “eutanasia doble”. Las comisiones esperan que, en ese caso, el médico o médicos consulten a un asesor diferente para cada uno de los miembros de la pareja. Esto es necesario para garantizar que cada caso se evalúa por separado. Ambos asesores deben asegurarse de que no existe ninguna presión impropia de un miembro de la pareja sobre (la petición de eutanasia de) el otro.

Conocimientos técnicos y experiencia del asesor

Las comisiones prefieren explícitamente que un asesor se asigne de forma aleatoria, según los turnos de los médicos SCEN. Normalmente, el asesor dispone de suficientes conocimientos y experiencia para poder evaluar la notificación correspondiente. No obstante, si el asesor tiene alguna duda, es importante que lo comente con el médico.

Para poder formarse una opinión adecuada sobre los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la petición, más concretamente la capacidad de expresar la voluntad y el sufrimiento sin perspectivas de mejora, o sobre la falta de otra solución razonable, en algunos casos será necesario que el médico, además del asesoramiento del asesor (el médico SCEN normal) también obtenga asesoramiento de un médico independiente con una especialidad concreta (psiquiatra, geriatra, y similares). Esto sucederá principalmente si desempeña algún papel una enfermedad mental, demencia o una discapacidad intelectual, pero también puede ser necesario en otro tipo de situaciones (por ejemplo, si el médico tiene una duda razonable sobre la capacidad de un paciente de expresar la voluntad).

> véanse más detalles sobre la consulta de un experto para pacientes con una enfermedad mental, demencia o una discapacidad intelectual, apartados 4.3. a 4.5.

Punto de partida: el asesor visita al paciente y habla con él

La ley dispone que el asesor debe ver al paciente.³³ En la inmensa mayoría de los casos, se tratará de una combinación de ver al paciente y conversar con él. El punto de partida es que el asesor también vea al paciente a solas. Puede ser que el paciente, en el momento en que lo visite el asesor, ya no esté en condiciones de hablar. Si el médico puede prever una evolución así, lo aconsejable es que avise al asesor para que acuda antes. En caso necesario, puede haber contacto telefónico posterior entre el médico y el asesor. Si el paciente ya no está en condiciones de hablar cuando le visite el asesor, el asesor deberá emitir su dictamen partiendo de otros hechos y circunstancias relevantes. También puede ser práctico recibir información adicional del médico y (en su caso) de la familia. La ley no exige que el asesor siempre pueda comunicarse con el paciente (verbalmente o por otros medios). Esto se deriva también de la posibilidad legal de acceder a una petición de eutanasia en casos en los que el paciente ya no puede comunicarse, pero ha redactado anteriormente una declaración de voluntad por escrito.

> véanse más detalles sobre la declaración escrita de voluntad en el apartado 4.1.

> para más detalles sobre el coma y la disminución del estado de consciencia, véase el apartado 4.7.

También puede suceder que el asesor visite al paciente muy poco antes de la práctica de la eutanasia, en ocasiones el mismo día del fallecimiento. Las circunstancias del caso y, sobre todo, un empeoramiento grave e inesperado de la situación del paciente, pueden hacer que esto sea inevitable. Del informe del médico debe desprenderse que ha conocido las constataciones del asesor antes de proceder a la eutanasia.

Segunda consulta al asesor

No es excepcional que transcurra cierto tiempo entre la visita del asesor al paciente y la práctica de la petición de eutanasia. Normalmente, esto no supone un problema. La ley no dice nada sobre el “periodo de validez” del informe del asesor. En general, puede afirmarse que el informe sigue siendo aplicable mientras no cambien esencialmente las circunstancias del paciente y la enfermedad progrese de la forma esperada. Además, normalmente se trata de días o semanas, no de meses. A medida que aumenta el plazo entre la visita del asesor y la práctica de la eutanasia, lo más lógico es que exista un

³³ Normalmente, “ver” al paciente significa: “visitar” al paciente. En las islas BES, esto puede suponer un problema y puede optarse, por ejemplo, por una video entrevista entre el asesor y el paciente, a través de Internet.

nuevo contacto entre el médico y el asesor y si no se produce dicho contacto, esto suscitará preguntas en la comisión. En ocasiones, el asesor deberá visitar al paciente una segunda vez. También habrá casos en que sea suficiente con que el médico y el asesor o el asesor y el paciente mantengan un contacto telefónico. No se han dado normas específicas sobre estas cuestiones. El médico es quien lo debe evaluar, teniendo en cuenta las constataciones anteriores del asesor y los cambios posteriores que se han producido en el paciente. Si es necesario, el médico puede consultarlo con la comisión.

Ocurre con frecuencia que el asesor visita al paciente cuando la petición todavía no es actual y el sufrimiento no es (aún) insoportable. En esos casos, el asesor deberá emitir un dictamen en el que constate que todavía no se cumplen todos los requisitos de diligencia y cuidado. En determinados casos, el asesor puede indicar con bastante precisión cuál es la evolución esperada y cuándo se cumplirán todos los requisitos. También en esos casos suele ser suficiente con que exista un contacto telefónico entre el médico y el asesor en el momento en que se produzca la petición efectiva y el sufrimiento sea insoportable. Si la situación no es tan clara, lo normal es que el asesor vuelva a visitar al paciente. En algunos casos, puede ser suficiente un contacto telefónico entre asesor y paciente.

Normalmente, será necesaria una segunda visita del asesor al paciente:

- si el asesor visita al paciente en una fase temprana y constata que todavía no existe un sufrimiento insoportable;
- si el asesor constata que se han cumplido los requisitos, pero el tiempo transcurrido entre la consulta y la práctica es muy largo, o si ha habido cambios que no estaban previstos en el momento de la redacción del informe.

Si ya no es posible contactar con el mismo asesor, puede consultarse a un asesor distinto. En principio, ese asesor también deberá ver al paciente y, si es posible, hablar con él. También deberá redactarse un informe de ese segundo contacto, en su caso como addendum del primer informe.

Las comisiones y el asesor

Las comisiones controlan los actos del médico que notifica la eutanasia, no los del asesor.³⁴ Sí que puede pedirse al asesor que responda las preguntas de la comisión, por escrito o en una conversación. Eso sucede algunas veces.

³⁴ La KNMG ha creado una comisión de reclamaciones para médicos SCEN. Los interesados pueden presentar quejas ante dicha comisión sobre la actuación de los médicos SCEN.

Las comisiones y la KNMG/SCEN tienen contacto una vez al año sobre la calidad de las consultas y los informes de asesoramiento en general.

Si la comisión tiene críticas graves sobre la calidad de un informe de asesoramiento, puede expresar su opinión directamente al asesor en cuestión, por teléfono o por escrito. Esto suele suceder principalmente si un asesor redacta repetidamente informes que suscitan (normalmente el mismo tipo de) preguntas. Como el médico que notifica la situación es el responsable final de que exista un informe (de asesoramiento) de suficiente calidad, también se envía una copia de estas reacciones al médico. Si la calidad de los informes de asesoramiento sigue siendo insuficiente también después de dichas advertencias y reacciones, la comisión puede notificar este problema a la KNMG/SCEN, indicando el nombre del médico SCEN.

ASESOR INDEPENDIENTE: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Consultar a un colega sobre aspectos parciales no es una consulta formal como la que menciona la ley
- Consulta formal: el asesor debe ser independiente y también evitar cualquier apariencia de falta de independencia
- El punto de partida es que el asesor vea al paciente y hable con él; si la comunicación es imposible, puede ser suficiente con que vea al paciente
- En determinadas circunstancias, sobre todo debido al transcurso del tiempo, puede ser necesario consultar nuevamente al asesor (o, si no está disponible el mismo asesor, a otro distinto)
- Antes de la práctica de la eutanasia, el médico debe conocer en detalle el informe del asesor y su dictamen debe tener un gran peso en la decisión final

3.7. DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Si se llega finalmente a la eutanasia, esta debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma inducido. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las comisiones 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, en lo sucesivo: la directriz). Dicha directriz ofrece asesoramiento a médicos y farmacéuticos sobre una realización práctica adecuada y eficaz de la eutanasia y la ayuda al suicidio. La directriz indica las sustancias que son la primera elección, y también menciona sustancias desaconsejadas.

General

A continuación y con relación a la práctica de la eutanasia se hace una diferenciación entre la terminación de la vida a petición del paciente (= el médico administra las sustancias) y la ayuda al suicidio (= el paciente es quien se toma las sustancias que le facilita el médico). Determinadas normas son importantes en ambos casos. En este sentido, es necesario que el médico consigne en su informe las sustancias utilizadas, la dosis y la forma de administración y describa el tiempo transcurrido. De acuerdo con la directriz, el médico dispone de una dosis de emergencia de sustancias, para el caso de que algo vaya mal con el primer lote. El médico no puede dejar en el domicilio del paciente la sustancia que se va a emplear para practicar la eutanasia, antes de la terminación de la vida a petición del paciente o de la ayuda al suicidio, para que el paciente u otras personas no puedan administrar o ingerir las sustancias sin la presencia del médico.

Terminación de la vida a petición del paciente: orden y dosificación de las sustancias

En el caso de la terminación de la vida a petición del paciente, la directriz parte de la administración intravenosa de una sustancia que induzca el coma, seguida de la administración intravenosa de un bloqueador neuromuscular. La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá poder motivarlo suficientemente. Es aconsejable que el médico, antes de practicar la eutanasia, comente con el paciente y la familia los efectos de las sustancias que va a utilizar. Es importante respetar los deseos individuales del paciente, en la medida en que sea posible y siempre que dichos deseos se incluyan en el marco de la directriz.

Terminación de la vida a petición del paciente: comprobación del coma

Debe evitarse que el bloqueador neuromuscular se administre antes de que el paciente se encuentre en un coma profundo. En ese caso, el paciente podría sentir los efectos del bloqueador neuromuscular. También es importante que el médico lleve a cabo una comprobación del coma, antes de administrar el bloqueador neuromuscular. El médico debe constatar que el coma es suficientemente profundo. En este contexto, se espera del médico que responda la pregunta del modelo de informe sobre el control de la profundidad del coma y que, sobre todo, indique que lo ha controlado mediante estímulos de dolor o reflejos de defensa (reflejo en pestañas o córnea). En caso de duda, las comisiones investigarán si se ha constatado la profundidad del coma y la forma en que la ha constatado el médico.

Terminación de la vida a petición del paciente: realización a cargo del propio médico

No está permitido que el médico permita a un familiar o a un tercero que administre la sustancia para practicar la eutanasia, por ejemplo a través de una sonda gástrica (PEG). El médico debe llevar a cabo personalmente todas las partes del proceso. Esto implica también que el médico esté presente y permanezca con el paciente hasta que se produzca la muerte y concluya la consulta con el forense.

Ayuda al suicidio: sustancias y dosis

La ayuda al suicidio implica que el médico entregue al paciente la sustancia (un barbitúrico), después de haberla disuelto en una bebida, para que el propio paciente la ingiera. Aquí no se aplican las dos fases antes descritas (primero inducir el coma al paciente y después administrar un bloqueador neuromuscular). Antes de la ayuda al suicidio, el médico debe suministrar al paciente una sustancia contra los vómitos y que acelere el paso por el estómago. La naturaleza y la dosis de las sustancias que se emplean en la ayuda al suicidio también se encuentran en la directriz.

Ayuda al suicidio: el médico permanece muy próximo al paciente

Si el paciente así lo desea, el médico puede abandonar la habitación después de que el paciente haya ingerido la sustancia. No obstante, deberá permanecer en el entorno directo del paciente para poder intervenir si se producen complicaciones (por ejemplo, si el paciente vomita el barbitúrico). Puede suceder que sea necesario que el médico proceda a la terminación activa de la vida del paciente. También puede suceder que el paciente no fallezca tras ingerir la bebida con el barbitúrico. En ese caso, tras un cierto tiempo, el médico deberá proceder a la terminación activa de la vida del paciente. Esa posibilidad debe ser comentada previamente con el paciente y con su familia, y debe acordarse con el paciente un periodo de tiempo después del cual se procederá a la terminación de la vida. El médico debe estar preparado para esta contingencia y, en los casos de ayuda al suicidio, debe colocar previamente una vía al paciente y llevar consigo las sustancias para la terminación de la vida. También después de la ayuda al suicidio el médico debe estar presente hasta que el paciente fallezca y se termine la consulta con el forense.

La relación entre el médico y el farmacéutico

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 si recibe realmente las sustancias y las dosis correctas.

Es importante que el farmacéutico tenga suficiente tiempo para poder considerar los aspectos farmacéuticos, como las sustancias y el método más adecuados. Es pues importante que existan contactos entre el médico y el farmacéutico con suficiente antelación.

No se trata de que el farmacéutico también evalúe si se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado para la eutanasia. Esa es tarea del médico. Por otra parte, el farmacéutico, al igual que el médico, no tiene obligación de colaborar en una eutanasia. Esto también es un argumento en pro de que existan contactos entre el médico y el farmacéutico con suficiente antelación, para evitar problemas en la fase final.

TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Sucesivamente:
 - el médico administra una sustancia que induce el coma
 - comprobación del coma
 - el médico administra un bloqueador neuromuscular
 - el médico permanece hasta constatar la muerte, hasta que acuda el forense y concluya la consulta con dicho profesional
- Sustancias y dosis que se utilizan, forma de administración y comprobación del coma: Directriz KNMG/KNMP 2012
- El médico lleva consigo una dosis de emergencia de sustancias de administración intravenosa

AYUDA AL SUICIDIO CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA: PUNTOS FUNDAMENTALES

- Sucesivamente:
 - colocar previamente una vía y administrar sustancia anti vómitos
 - comentar con el paciente y la familia el tiempo que debe transcurrir y la eventual terminación de la vida
 - el médico entrega la bebida con el barbitúrico
 - el médico está presente o permanece en las proximidades hasta constatar la muerte, hasta que acuda el forense y concluya la consulta con dicho profesional.
- Sustancias y dosis que se utilizan, forma de administración: Directriz KNMG/KNMP 2012
- El médico lleva consigo una dosis de emergencia de sustancias de administración intravenosa

4 ALGUNAS CUESTIONES ESPECIALES

4.1. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO

El art. 2, párrafo 2 de la WTL establece que un paciente que tenga 16 años o más y que tenga capacidad de expresar su voluntad sobre esta cuestión, puede redactar una declaración de voluntad por escrito que recoja una petición de eutanasia. Si después se produce la situación de que el paciente ya no puede expresar su voluntad, el médico puede considerar la declaración escrita de voluntad como la petición a que se refiere al art. 2, párrafo 1, letra a de la WTL. De esta forma, la declaración escrita de voluntad tiene la misma categoría que una petición verbal de eutanasia.³⁵

Contenido de la declaración escrita de voluntad

La declaración escrita de voluntad puede sustituir a una petición verbal, pero también puede desempeñar un papel al determinar el momento en que se va a proceder a la terminación de la vida. Dependerá del contenido específico de la declaración de voluntad. Es importante que el paciente indique con la mayor claridad posible en la declaración de voluntad en qué circunstancias concretas debe darse curso a su petición. Debe tratarse de circunstancias en las que pueda hablarse de un sufrimiento que el paciente experimenta como insoportable.³⁶ Para evaluar el sufrimiento, desempeña un importante papel el contenido de la declaración escrita de voluntad. Además es importante el comportamiento del paciente y lo que generalmente conocen los médicos sobre las consecuencias que tiene un determinado cuadro clínico para un paciente.

La ley no exige que una vez redactada una declaración escrita de voluntad, esta tenga un determinado periodo de vigencia o deba ser actualizada con cierta regularidad. No obstante, cuanto más antigua sea la declaración de voluntad, más dudas pueden existir sobre si dicha declaración sigue reflejando lo que quiere realmente el paciente. En los casos en que el paciente haya actualizado la declaración de voluntad, o en que haya confirmado verbalmente el contenido de la declaración después de haberla redactado, se podrá dar más valor a la declaración

35 Véase la carta del ministro de Sanidad, Bienestar y Deportes de fecha 4 de julio de 2014 sobre la declaración de voluntad por escrito en casos de eutanasia.

36 Véase una excepción a la regla de que el paciente debe experimentar sufrimiento en el apartado 4.7.

que cuando eso no suceda. Es importante que el paciente redacte con suficiente antelación la declaración escrita de voluntad, que la actualice con regularidad y que en ella describa, en la medida de lo posible, las circunstancias concretas en que desea que se lleve a cabo la terminación de la vida. Es responsabilidad del paciente comentar con el médico la declaración de voluntad en el momento de su redacción y de su actualización. El médico debe incluir esa información en el expediente. Una declaración redactada personalmente por el paciente, en la que indica sus preferencias usando sus propias palabras, suele tener más significado que un formulario previamente impreso.

Así pues, es importante:

- a. la medida o la forma en que el paciente ha vuelto a confirmar (de forma verbal o no verbal) su anterior declaración escrita, durante el periodo en que posee capacidad de expresar su voluntad;
- b. que durante el periodo en el que ya no pueda expresarse (correctamente) no hayan existido expresiones del paciente opuestas al contenido de la declaración de voluntad;
- c. que en el momento de la terminación de la vida a petición del paciente exista una situación que el paciente haya previsto en su declaración escrita de voluntad.

Teniendo en cuenta todos los hechos y circunstancias, debe poder hablarse de una imagen que tenga tal coherencia a lo largo del tiempo de la petición de eutanasia del paciente, que permita interpretar que la declaración escrita de voluntad es la voluntad del paciente en el momento en que se lleve a cabo la terminación de la vida.

Otros requisitos de diligencia y cuidado de “aplicación por analogía”

El art. 2, párrafo 2 de la WTL establece que en el caso de una declaración escrita de voluntad, se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el art. 2, párrafo 1 de la WTL. Según el historial de la tramitación parlamentaria de la ley, esto significa que los requisitos de diligencia y cuidado “sean de hecho de posible aplicación en la situación concreta”.³⁷ Esto significa que al evaluar los requisitos de diligencia y cuidado 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 más preguntas. Normalmente, el médico ya habrá tenido contacto con el paciente cuando todavía estaba en condiciones de expresar su voluntad. Si después se produce una situación en la que va a desempeñar un papel la declaración escrita de voluntad, la información de los anteriores contactos verbales con el paciente puede ser especialmente valiosa para el médico.

³⁷ Según la explicación de la enmienda que llevó a la inclusión en el artículo 2, párrafo 2 de la WTL del fragmento “se aplicarán por analogía” (Documentos parlamentarios II, 26691, n.º. 35).

La declaración escrita de voluntad sustituye a la petición verbal. En ese caso, “se aplicarán por analogía” el resto de los requisitos de diligencia y cuidado. En general, se puede señalar lo siguiente sobre este aspecto:

- a. La petición del paciente debe ser voluntaria y bien meditada: partiendo de sus anteriores contactos, el médico podrá evaluar si se trata de una declaración de voluntad “voluntaria y bien meditada”. El hecho de que el paciente haya redactado una declaración de voluntad y que posiblemente la haya repetido y confirmado (mientras haya podido) puede considerarse una indicación clara de la voluntariedad y la consideración dada a la petición. El médico puede también tener en cuenta en su decisión sus conversaciones con la familia o los representantes del paciente;
- b. El sufrimiento debe ser sin perspectivas de mejora e insoportable: la declaración de voluntad sustituye a una petición verbal, pero eso no quita que en el momento que se lleve a cabo la terminación de la vida a petición del paciente deba existir una situación en la que sea patente que el paciente experimenta un sufrimiento insoportable;
- c. El paciente ha sido informado de su situación y sus perspectivas: es relevante que el médico sepa que el paciente fue informado sobre su situación y perspectivas, cuando todavía era posible comunicarse verbalmente con él;
- d. No existe ninguna otra solución razonable: tal y como se ha dicho anteriormente (apartado 3.5.), se trata de una opinión común del médico y el paciente. Por tanto, 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;
- e. El asesor independiente: la ley prescribe que el asesor vea al paciente. Esto también es posible en esta situación. Normalmente, no existirá prácticamente ninguna comunicación entre el asesor y el paciente. Esto significa que el asesor, además de su propia observación, deberá utilizar información del médico e información adicional de otras personas, para poder llegar a un dictamen en su informe. También puede tratarse del expediente del paciente y de información verbal del médico, de cartas de especialistas, del contenido de la declaración de voluntad y de entrevistas con allegados o cuidadores;
> véanse también apartado 3.6. y apartado 4.7.
- f. Diligencia de la práctica médica: este requisito de diligencia y cuidado no supone ninguna particularidad en la mayoría de las situaciones de terminación de la vida a partir de una declaración escrita de voluntad. No obstante, en la situación en la que el paciente ya no es consciente de la práctica de la eutanasia (este puede ser el caso, entre otros, de pacientes en una fase muy avanzada de demencia) puede ser que el paciente parezca ofrecer resistencia como reacción al dolor o al miedo. Ni la ley ni el historial de antecedentes legales ofrecen ninguna pauta sobre cómo actuar en esos casos. Por tanto,

no podemos dar reglas generales en este punto. Si el médico espera que, en el momento de la práctica de la eutanasia, el paciente va a reaccionar con dolor o expresión de miedo, es relativamente habitual administrar previamente medicación (por ejemplo, midazolam). Todo ello puede formar parte de una práctica médica adecuada. No obstante, esto no quita que todo se evalúe en cada caso específico según las circunstancias concretas de ese caso y una de las preguntas será, entre otras, con qué objeto se ha administrado la medicación previa. Para evaluar estos puntos, es muy importante una buena redacción del expediente por parte del médico.

La declaración de voluntad regulada en el art. 2, párrafo 2 de la WTL se considera la voluntad del paciente. En los casos en que el contenido de la declaración de voluntad coincida con expresiones verbales del paciente, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, esta cuestión no suscitará normalmente preguntas adicionales. Incluso si el paciente ya no puede comunicarse de una forma normal, pueden existir formas verbales o físicas de expresión del paciente que pueden interpretarse como coherentes con sus deseos anteriormente expresados. En ese caso, dichas expresiones apoyan la declaración de voluntad. Puede ser que un paciente sin capacidad de expresar la voluntad que ha redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad y que se encuentra en una situación descrita en su declaración, y se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado, no sea consciente de que se lleva a cabo la terminación de la vida. El médico debe estar alerta a las expresiones que indiquen que el paciente se opone a la terminación de la vida. Si existe una expresión así, no se puede llevar a cabo la eutanasia.

> véase también el apartado 4.4: *pacientes con demencia*

> véase también el apartado 4.6: *pacientes con afasia*

> véase también el apartado 4.7: *coma y disminución del estado de consciencia*

> véase también el apartado 4.8: *eutanasia y sedación paliativa*

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD POR ESCRITO: PUNTOS DE ATENCIÓN

- ¿Es clara la declaración de voluntad?
- ¿Ha confirmado el paciente la declaración cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad?
- ¿Puede decirse, teniendo en cuenta todas las circunstancias, que la declaración de voluntad es una expresión de la voluntad del paciente?
- ¿Existen expresiones del paciente contrarias al contenido de la declaración de voluntad?
- ¿Se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado en la medida en que lo permite la situación concreta?

4.2. PACIENTES MENORES DE EDAD

La WTL se aplica a la práctica de la eutanasia en personas a partir de los 12 años. La ley impone varios requisitos adicionales cuando se trata de menores de edad:

- en el caso de un menor de edad entre 12 y 16 años, además de la petición del paciente se exige la autorización de su(s) progenitor(es) o tutor (art. 2, párrafo 4 WTL);
- en caso de un menor de edad de 16 o 17 años, se exige que su(s) progenitor(es) o tutor participen en la adopción de la decisión; no se necesita su autorización (art. 2, párrafo 3 WTL).

En ambos casos, se aplican también por supuesto los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el apartado 3. Los requisitos legales relativos a la participación en la toma de la decisión del progenitor o progenitores o el tutor también se aplican si la petición del menor se realiza mediante una declaración escrita de voluntad.³⁸

No suelen recibirse notificaciones de eutanasia de menores entre 12 y 18 años. En el periodo 2002-2017, las CRV recibieron 8 notificaciones de ese tipo.

4.3. PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL

40

De acuerdo con la sentencia del Tribunal Supremo holandés en el caso Chabot, de 1994, al médico se le exige el mayor cuidado y atención si la petición de eutanasia proviene (en gran medida) de sufrimiento consecuencia de una enfermedad mental.³⁹ En este tipo de casos, suele tratarse de problemas psiquiátricos complejos y es necesario aportar expertos específicos.⁴⁰ 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.

Al evaluar la petición, se trata de descartar que la capacidad del paciente de formarse una opinión se haya visto afectada por la enfermedad mental. Si la capacidad de opinar del paciente con

38 El art. 2, párrafo 2 WTL menciona la edad de 16 años. Según la última parte del art. 2, párrafo 4, también pacientes entre los 12 y los 16 pueden redactar una declaración de voluntad por escrito.

39 Para ser más exactos, el Tribunal Supremo exigía el citado cuidado y atención en todos los casos en los que el sufrimiento no pudiera derivarse demostrablemente de una enfermedad o afección somática y no solo constara de dolor y pérdida de funciones físicas (Tribunal Supremo, 21 de junio de 1994, Jurisprudencia holandesa (NJ) 1994/656).

40 Véase también la Asociación Holandesa de Psiquiatría (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Directriz sobre cómo tratar la petición de ayuda al suicidio de pacientes con un trastorno psiquiátrico). Utrecht, 2009. Cuando el Código sobre la Eutanasia 2018 se envió a la imprenta, se estaba preparando una revisión de dicha directriz

relación a la petición es insuficiente, no puede hablarse de una petición voluntaria y bien meditada. El médico debe fijarse en que el paciente dé alguna señal de poder comprender información relevante, tener información sobre la enfermedad y ser coherente en sus consideraciones.

> véase también el apartado 3.2.

Cuando se trata del sufrimiento sin perspectivas de mejora y de la ausencia de otra solución razonable, debe estudiarse detenidamente si todavía existen posibilidades de tratamiento para el paciente. Ese es el caso sobre todo cuando el paciente es relativamente joven y todavía podría vivir muchos años.⁴¹ Si el médico no dispone de los conocimientos especializados para evaluar si existen alternativas, deberá solicitar información a colegas expertos. Si el paciente rechaza una alternativa razonable, entonces ya no puede hablarse de un sufrimiento sin perspectivas de mejora. Pero tampoco se trata de que el paciente deba someterse a todos los tratamientos imaginables.

> véase el apartado 3.5.

Consulta a asesor y experto

Con este tipo de pacientes, además del asesor regular que emite un dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados 3.2. al 3.5., el médico debe consultar siempre con un psiquiatra independiente. Dicho especialista debe evaluar principalmente si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición, o si el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y si no existen alternativas razonables. También puede ofrecer asesoramiento sobre tratamientos, a diferencia del asesor. Si el contacto con un asesor y un psiquiatra supone una carga insuperable para el paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea también psiquiatra. En ese caso, el médico debe tener en cuenta que dicho asesor no es únicamente un asesor (SCEN) que debe emitir un dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado de la letra “a” a la letra “d”, sino que también debe actuar como experto. En calidad de experto, deberá emitir un dictamen (si es necesario, basado en su propio examen) sobre aspectos específicos como la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia, el sufrimiento insoportable y las eventuales alternativas razonables.

> véase también el apartado 4.4.

41 Véase el caso 2016-41 del Informe Anual de la CRV 2016 y el caso 2016-78. Ambos casos están publicados en el sitio web de la CRV: euthanasiecommissie.nl. En ambos casos, se trataba de una mujer entre los 40-50 años y de un hombre entre los 30-40 años. En dichos casos, la comisión consideró que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Combinación de enfermedades somáticas y mentales

En el apartado anterior se trata de pacientes que hacen una petición de eutanasia por el sufrimiento que conlleva una enfermedad mental. Pero también sucede con frecuencia que el sufrimiento del paciente está ocasionado sobre todo por enfermedades somáticas y, además, el paciente tiene problemas psíquicos. Dichos problemas pueden contribuir a la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento. También en esos casos, el médico y el asesor deben considerar expresamente si la problemática psiquiátrica del paciente puede impedir que realice una petición voluntaria y bien meditada. Si el asesor no es psiquiatra, en esos casos también puede ser necesario pedir asesoramiento a un psiquiatra. Es normal encontrar un estado de ánimo pesimista en las circunstancias en que se hace una petición de eutanasia y no tiene por qué ser un signo de depresión.

PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL: PUNTOS DE ATENCIÓN

- El deseo de morir del paciente, ¿debe verse como una petición voluntaria y bien meditada o como una expresión de su enfermedad?
- ¿Se ha constatado que el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y que no existe una alternativa razonable?
- ¿Se ha consultado con un psiquiatra además del asesor, o el propio asesor es también psiquiatra?

42

4.4. PACIENTES CON DEMENCIA

También 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. A medida que progresa el cuadro clínico de los pacientes con demencia, disminuye su capacidad de expresar la voluntad. Con el transcurso del tiempo, el paciente puede ser totalmente incapaz de expresar la voluntad.

Fase inicial de la demencia

En casi todos los casos que han sido notificados hasta ahora a las comisiones, se trataba de pacientes en la fase inicial del proceso de demencia. En dicha fase, el paciente todavía suele tener suficiente conocimiento de su enfermedad y tiene capacidad para expresar su voluntad con relación a una petición de eutanasia. Generalmente, el sufrimiento de estos pacientes (además de un deterioro real de la capacidad cognitiva y de su funcionamiento) viene determinado en

parte por el miedo a un mayor deterioro y las consecuencias negativas que todo ello conlleva para (en especial) la autonomía y la dignidad del paciente (véase también el apartado 3.3.). Se trata de cómo experimentan la pérdida cada vez más patente de personalidad, de funciones y de aptitudes y la consciencia de que ese proceso solamente va a progresar. Esta perspectiva puede causar un sufrimiento grande y real.

Fase avanzada de la demencia

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 posible⁴² en casos en los que el paciente haya redactado una declaración de voluntad por escrito cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad.⁴³ Debe tratarse de una declaración clara, que sea aplicable sin ninguna duda a la situación actual.

> véanse más detalles sobre la declaración escrita de voluntad en el apartado 4.1.

El médico deberá tener en cuenta en sus consideraciones todo el cuadro clínico y todas las circunstancias específicas del caso. Se trata de interpretar el comportamiento y las expresiones del paciente, tanto durante la duración de su enfermedad como poco antes de llevar a cabo la eutanasia. En ese momento, debe ser patente que llevar a cabo la eutanasia es acorde con la anterior declaración de voluntad por escrito y que no existe ninguna contraindicación (como signos claros del paciente indicando que no quiere la terminación de la vida). Además, debe ser patente que el paciente experimenta en ese momento un sufrimiento insoportable. Tal y como se ha indicado anteriormente, al evaluar estos puntos desempeña un importante papel la declaración de voluntad. Además, se han debido cumplir todos los demás requisitos de diligencia y cuidado en la medida en que lo permita la situación concreta.

Consulta a asesor y experto

En los casos de eutanasia en fases tempranas de demencia, en general será suficiente seguir el procedimiento normal de consulta. Sí que será necesario que el diagnóstico de demencia haya sido constatado por un médico. En caso de duda acerca de la capacidad del paciente, lo lógico es que el médico solicite asesoramiento específico a un colega experto.

42 En este tipo de casos, las comisiones de verificación invitan al médico de forma estándar a que acuda a ofrecer una explicación verbal.

43 Las CRV tienen muy poca experiencia con estos casos: 3 casos en 2016 y tres casos en 2017. Por tanto, todavía está formándose una opinión clara al respecto.

En los casos de eutanasia en una fase más avanzada, el médico (además del asesor normal (médico SCEN) que emite un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados 3.2. a 3.5.) deberá consultar también un médico experto (como un geriatra, un especialista en medicina de mayores o un internista en medicina de mayores). Este profesional debe evaluar si el paciente todavía tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición. Si se considera que el paciente no tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a su petición, se necesitará una declaración escrita de voluntad. Además, se debe evaluar si el paciente sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora y si no existen alternativas razonables. También en esta situación, si el contacto con un asesor y un experto supone una carga insuperable para el paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea también experto en uno de dichos campos. El médico debe tener en cuenta que dicho asesor no es únicamente un asesor (SCEN) que debe emitir un dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado de la letra “a” a la letra “d”, sino que también debe actuar como experto. En calidad de experto, deberá emitir un dictamen (si es necesario, basado en su propio examen) sobre aspectos específicos como la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia, el sufrimiento insoportable y las eventuales alternativas razonables.

En la fase avanzada de la demencia, el asesor no siempre podrá hablar con el paciente. El asesor deberá emitir un dictamen partiendo de todos los demás hechos y circunstancias. El contenido de la declaración de voluntad del paciente, necesaria en esta situación, y la información adicional del médico o de la familia también pueden ser de ayuda.

> véase también el apartado 4.3.

PACIENTES CON DEMENCIA: PUNTOS DE ATENCIÓN

- ¿Está el paciente todavía en condiciones de determinar y expresar su voluntad?
- En caso negativo, ¿existe una declaración de voluntad por escrito?
- ¿Todavía puede comunicarse el paciente en el momento en que se lleve a cabo la eutanasia?
En caso negativo:
 - ¿se trata de una situación a la que se refiere sin duda alguna la declaración de voluntad?
 - ¿experimenta el paciente un sufrimiento insoportable?
 - ¿existen señales claras de que el paciente quiere terminar su vida?
- ¿Se ha consultado a otro médico experto en la materia, además de a un asesor o es el propio asesor experto en la materia?

4.5. PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las notificaciones sobre casos de eutanasia en pacientes con discapacidad intelectual son muy escasas.⁴⁴ Hay pacientes con una discapacidad intelectual (ligera) que pueden hacer una petición voluntaria y bien meditada de eutanasia, en cuyo caso también deberán cumplirse los demás requisitos de diligencia y cuidado.⁴⁵ En esos casos, deberá prestarse una atención especial a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición de eutanasia.

Consulta a asesor y experto

Además de consultar con el asesor normal que emite un dictamen sobre todos los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados del 3.2. al 3.5., en principio el médico también debe consultar con un médico experto sobre la capacidad de expresar la voluntad (como un médico especialista en personas con discapacidad intelectual). También en esta situación, si el contacto con un asesor y un experto supone una carga insuperable para el paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea asimismo experto en uno de dichos campos. El médico debe tener en cuenta que dicho asesor no es únicamente un asesor (SCEN) que debe emitir un dictamen sobre los requisitos de diligencia y cuidado de la letra “a” a la letra “d”, sino que también debe actuar como experto. En calidad de experto, deberá emitir un dictamen (si es necesario, basado en su propio examen) sobre aspectos específicos, principalmente la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia.

4.6. PACIENTES CON AFASIA

La afasia es un trastorno del lenguaje. Los pacientes con afasia tienen problemas para usar o comprender el idioma. Por lo general, un paciente con afasia puede hacer una petición voluntaria y bien meditada, pero el problema suele estar en las posibilidades de expresar verbalmente sus deseos y opiniones. En muchos casos, un paciente con afasia puede expresar de otras formas su voluntad o dar respuesta a preguntas, por ejemplo apretando la mano de alguien, o con expresiones faciales y gestos. También es una opción plantear

⁴⁴ Véase el caso 2016-03 euthanasiecommissie.nl.

⁴⁵ Véase también la Asociación de Médicos de pacientes con discapacidad intelectual (NVAVG), Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking (Decisiones médicas en torno al final de la vida con personas con una discapacidad intelectual), 2007.

preguntas cerradas y simples, que el paciente puede contestar con “sí” o “no” o mediante determinadas señales. En consecuencia, a pesar del trastorno del lenguaje que sufre el paciente, se puede obtener una imagen clara de su petición de eutanasia y de la necesaria capacidad de expresar la voluntad. Si también se cumplen los otros requisitos de diligencia y cuidado, es posible llevar a cabo una petición de eutanasia.

Si el paciente ha redactado una declaración escrita de voluntad, dicho documento puede apoyar y complementar las expresiones verbales limitadas del paciente.

4.7. COMA/DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA

Para responder a la pregunta de si es posible llevar a cabo la eutanasia cuando el paciente se encuentra en coma por motivos distintos de la sedación paliativa, o en un estado de disminución del estado de consciencia, lo importante es sobre todo el sufrimiento experimentado por el paciente.

> véase también eutanasia y sedación paliativa en el apartado 4.8.

Coma:

El sufrimiento presupone que exista consciencia. Si el paciente se encuentra en coma, esto es, en un estado sin ninguna consciencia, no puede experimentar sufrimiento.

Disminución del estado de consciencia:

Si un paciente se encuentra en una situación de disminución del estado de consciencia, no queda excluido que sufra (de forma insoportable).⁴⁶

Coma/disminución del estado de consciencia surgido antes del momento previsto de la práctica de la eutanasia

Puede surgir una situación problemática si el paciente entra en coma o disminuye notablemente su estado de consciencia antes del momento planeado para llevar a cabo la eutanasia. Esto suscita la pregunta de si es posible llevar a cabo la eutanasia en estas circunstancias.

Para darle respuesta, es necesario diferenciar entre distintas situaciones.

⁴⁶ La Escala de Coma de Glasgow (ECG) ofrece una guía para determinar (la medida de) la disminución de la consciencia (y en consecuencia, el posible sufrimiento); la ECG se incluye en la directriz de la KNMG - *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (Eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia). Utrecht, 2010.

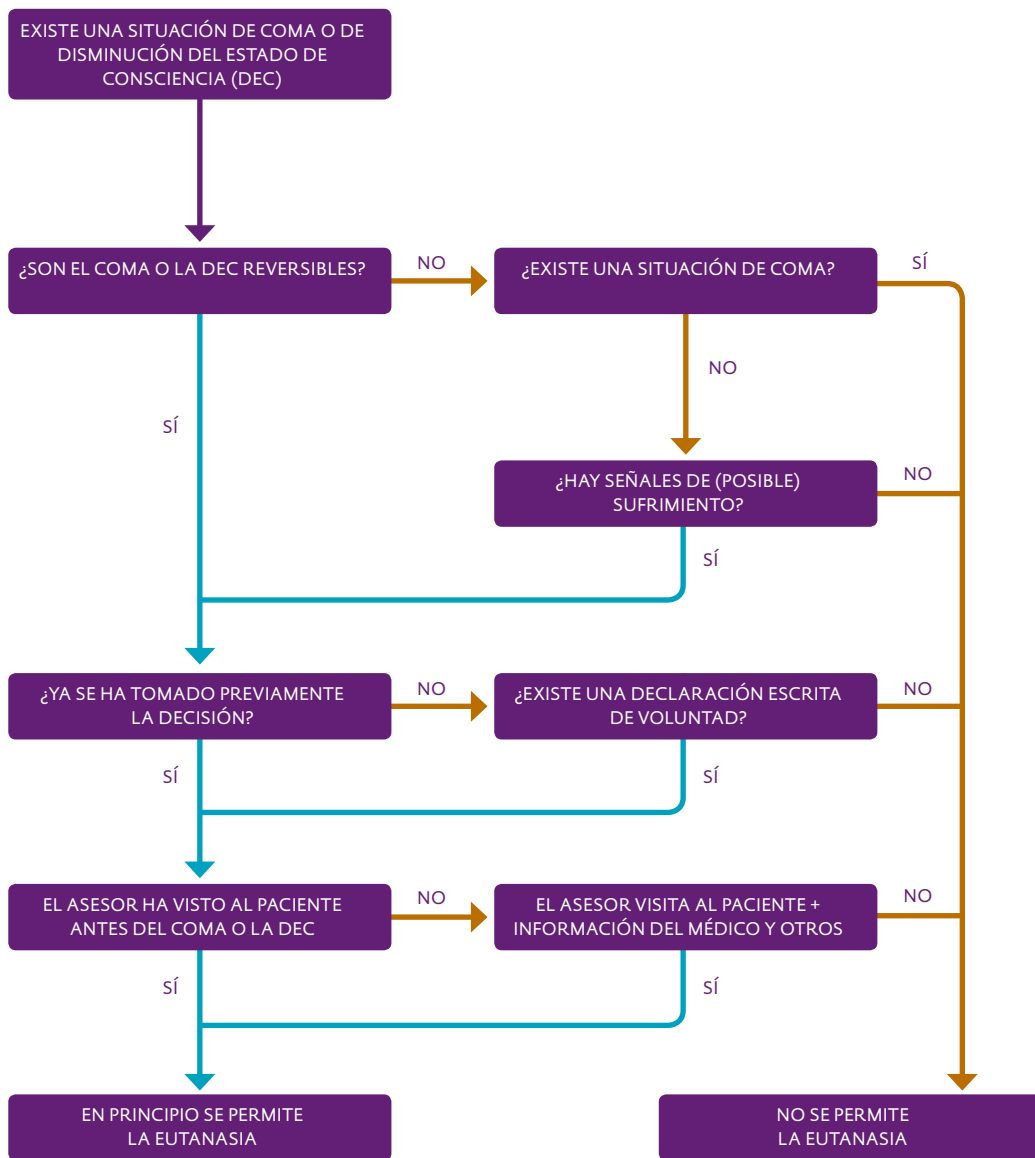
El coma/la disminución del estado de consciencia es irreversible o reversible

- El coma es irreversible (es consecuencia de la enfermedad, no hay recuperación posible).
El paciente puede entrar espontáneamente en coma en la última fase de su enfermedad. Como en esa situación ya no puede sentir dolor, la eutanasia no puede llevarse a cabo, incluso aunque el médico se declare dispuesto a hacerlo.
- la disminución del estado de consciencia es irreversible (es consecuencia de la enfermedad, no hay recuperación posible), pero existen señales de (posible) sufrimiento.
El paciente puede entrar espontáneamente en un estado de consciencia disminuida sin recuperación posible, pero con signos de (posible) sufrimiento. Nos referimos a quejidos, disnea con o sin estridor, y muecas faciales. Pueden presentarse síntomas adicionales como intranquilidad, confusión y vómito (fecal).⁴⁷ En esta situación, el médico sí que puede llevar a cabo la eutanasia. Si no existen señales de (posible) sufrimiento, no es posible la eutanasia.
- el coma o la disminución del estado de consciencia son reversibles (se han producido debido a una medicación y pueden revertirse dejando de administrar la medicación).
Si el coma o la situación de disminución del estado de consciencia no han surgido espontáneamente, sino que han sido ocasionados por medicación, podría revertirse el coma o la disminución del estado de consciencia para poder comprobar si el paciente todavía sufre. Las comisiones opinan que esto es inhumano. En esas situaciones, el médico puede llevar a cabo la eutanasia si el paciente ha solicitado anteriormente la eutanasia, tanto verbalmente como en una declaración escrita de voluntad. No es necesario revertir un coma reversible o una situación de disminución del estado de consciencia reversible (incluso sin señales de posible sufrimiento) con el único objeto de que el paciente pueda confirmar al médico o al asesor que sufre de forma insoportable.

Coma/disminución del estado de consciencia surgidos antes o después de la consulta

- el coma reversible o la disminución del estado de consciencia se producen antes de mantener la consulta.
El paciente también puede entrar en una situación de disminución del estado de consciencia o de coma reversible antes de que el asesor haya podido verlo. En ese caso, el asesor ya no puede comunicarse con el

⁴⁷ Véase la directriz de la KNMG, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (Eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia). Utrecht, 2010, p. 28



paciente y deberá basar su dictamen sobre la petición en información del médico y, en su caso, en una declaración escrita de voluntad, en el informe médico y en información facilitada por otros. El asesor deberá basar su dictamen sobre el sufrimiento del paciente en su propia observación, en el historial del paciente y en la información verbal del médico, pero también en información de otros, como cartas de especialistas o información de allegados o cuidadores. En esta situación, no se necesita una declaración escrita de voluntad.

- el coma reversible o la disminución del estado de consciencia se producen después de mantener la consulta. Si el asesor ha visitado al paciente y se ha podido comunicar con él antes de producirse la situación de disminución del estado de consciencia o de coma reversible, en principio no es necesario volver a consultar al asesor después de que se produzca cualquiera de estas situaciones. Incluso si el paciente no está en situación de expresarse en el momento en que se lleve a cabo la eutanasia, tampoco en esta situación se necesita una declaración escrita de voluntad.⁴⁸

Coma/disminución del estado de consciencia surgido sin tener prevista la práctica de la eutanasia

Un paciente también puede entrar en coma o en una situación de disminución del estado de consciencia antes de que haya concluido el proceso previo a la eutanasia entre el médico y el paciente, o incluso antes de comenzar dicho proceso. Para poder llevar a cabo la eutanasia es necesario en cualquier caso que exista una declaración escrita de voluntad redactada por el paciente. El asesor deberá visitar al paciente. También en este caso deberá basar su dictamen en la información del médico, el historial médico y la información de otros. Y si se trata de un estado irreversible de disminución de consciencia, también deberán existir señales de (posible) sufrimiento.

> véanse también apartado 3.6. y apartado 4.1.

⁴⁸ Véase también la directriz de la KNMG, *Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn* (Eutanasia en casos de disminución del estado de consciencia). Utrecht, 2010.

COMA/DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA: PUNTOS DE ATENCIÓN

- Coma/disminución del estado de consciencia poco antes de la eutanasia ya decidida:
 - ¿Ha constatado el médico el coma o (la medida de) la disminución del estado de consciencia? ¿Con ayuda de la ECG?
 - ¿Se trata de un coma reversible o una disminución del estado de consciencia reversible?
 - En caso de una disminución irreversible del estado de consciencia, ¿existen señales de (posible) sufrimiento?
 - Si el asesor no ha visto al paciente antes de producirse la disminución del estado de consciencia o el coma reversible, ¿tiene suficiente información para emitir un dictamen?
- Coma/disminución del estado de consciencia surgido sin tener prevista la práctica de la eutanasia:
 - Además de los puntos de atención mencionados: ¿existe una declaración escrita de voluntad?

4.8. EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

50

La eutanasia y la sedación paliativa son dos formas distintas de terminar o reducir el sufrimiento insoportable del paciente. En la eutanasia, esto se hace mediante la terminación de la vida y en la sedación paliativa se lleva a cabo induciendo en el paciente una disminución del estado de consciencia hasta el momento de la muerte. Al contrario de la eutanasia, la sedación paliativa forma parte de los actos médicos normales, aunque sí deben cumplirse condiciones especiales. Una de las condiciones es que la expectativa de vida sea de dos semanas o menos.⁴⁹

Los pacientes que se encuentran en una situación de sufrimiento insoportable puede hacer una petición de eutanasia, pero también pueden optar por la sedación paliativa. Algunos pacientes no son partidarios de la eutanasia y para ellos puede ser una buena alternativa la sedación paliativa. Otros pacientes desean estar lúcidos hasta el último momento y por eso rechazan la sedación paliativa. El paciente puede concluir que la sedación paliativa no es “otra solución razonable” para él. Rechazar la sedación paliativa tampoco es ningún impedimento para llevar a cabo una petición de eutanasia.

> véase también el apartado 3.5.

49 Véase la directriz de la KNMG Palliatieve sedatie (Sedación paliativa). Utrecht, 2009.

También puede suceder que el paciente realice una petición “condicional” de eutanasia. En estos casos, se aplica en primera instancia la sedación paliativa, pero se acuerda que si se producen determinadas circunstancias, se proceda a llevar a cabo la terminación de la vida. Podemos pensar, por ejemplo, en:

- la situación en que el fallecimiento no se produce en el plazo deseado por el paciente;⁵⁰
- la situación en que el paciente sigue mostrando señales de sufrimiento, a pesar de haber reducido su estado de consciencia. Las comisiones consideran muy importante que el propio paciente haya indicado previamente al médico las circunstancias en las que debe dejar de aplicarse (con su consentimiento) la sedación paliativa y desea que se acceda a su petición de eutanasia. En este tipo de situaciones, el médico también debe determinar en qué momento es conveniente avisar al asesor, en principio antes de comenzar la sedación paliativa.

También puede suceder que se acuerde llevar a cabo una petición de eutanasia del paciente, pero que antes se aplique una sedación. Puede producirse una situación así cuando los síntomas del paciente empeoran repentinamente, pero todavía no es posible llevar a cabo la eutanasia, por ejemplo porque el médico está ausente y su sustituto no puede o no quiere llevar a cabo la eutanasia o porque el médico todavía no dispone de las sustancias necesarias para llevarla a cabo.

En ese caso, se induce al paciente una disminución del estado de consciencia y, en consecuencia, ya no está en condiciones de repetir o confirmar su petición de eutanasia inmediatamente antes de que esta se lleve a cabo. La eutanasia es posible si el paciente, antes de la sedación, ha confirmado que solicita la eutanasia y que únicamente desea la sedación para superar el periodo necesario hasta el momento en que sea posible llevar a cabo la eutanasia, pero también si se trata de una situación que el paciente ya ha definido anteriormente (verbalmente o en una declaración escrita de voluntad) como una situación en la que pediría que se llevase a cabo su anterior petición de eutanasia. Las comisiones opinan que también en estos casos sería inhumano despertar al paciente con el único objeto de que confirme al médico o al asesor su sufrimiento insoportable.

⁵⁰ En ese caso, se puede plantear que ya no existe permiso del paciente para continuar con la sedación paliativa. Se trata además de la autorización mencionada en la Ley sobre el acuerdo de tratamiento médico (art.450, párrafo 1, del Libro 7 del Código Civil).

4.9. “VIDA AGOTADA”

Tal y como se desprende del historial de la tramitación parlamentaria de la ley, con la expresión “vida agotada” (también conocido como “cansancio vital”) se hace referencia a la situación de las personas que han llegado generalmente a una edad avanzada y que, sin tener desde el punto de vista médico una enfermedad o afección que conlleve un sufrimiento grave, han decidido que el valor de su vida ha disminuido de tal forma que prefieren morir a seguir viviendo. Desde hace años existe una amplia discusión social sobre la “vida agotada”. Dicha discusión trata la pregunta de si también podría ser posible la eutanasia en esos casos.⁵¹ En la actualidad, no es posible. Tal y como se desprende de la jurisprudencia y del historial de la tramitación parlamentaria de la ley, es necesario que el sufrimiento insoportable del paciente tenga un fundamento médico (véase también el apartado 3.3.). No obstante, no se exige que exista una enfermedad que amenace la vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez puede conllevar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.⁵²

> véase más información sobre la acumulación de enfermedades propias de la vejez, apartado 3.3.

4.10. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS LA EUTANASIA ⁵³

La WTL no trata lo que se puede hacer con el cuerpo después de la eutanasia y, en consecuencia, no impide la donación de órganos y tejidos. No obstante, un procedimiento planificado de donación no puede influir en los requisitos de diligencia y cuidado del procedimiento de eutanasia.

Formalmente, la donación es independiente del procedimiento de eutanasia, pero tiene influencia sobre algunas cuestiones de dicho procedimiento. Por ejemplo, en muchas ocasiones es necesario que la eutanasia tenga lugar en un hospital para hacer una donación de órganos. En otros casos, como la donación de tejidos, el cuerpo normalmente será trasladado al hospital después de la eutanasia.

El médico que se enfrenta a esta combinación de eutanasia y donación debe comentar con el paciente su deseo de donar sus órganos.

51 Véase al respecto el informe de la Comisión Schnabel, *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* (Vida agotada. Sobre ayuda al suicidio para personas que consideran su vida agotada), La Haya, enero de 2016, así como la reacción del Gabinete y la visión sobre la vida agotada, carta al Congreso, 12 de octubre de 2016.

52 Véase también KNMG, *De rol van de arts bij het zelfgekozen leuenseinde* (El papel del médico en la terminación voluntaria de la vida). Utrecht, 2011, p. 21-23.

53 *Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* (Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia), Fundación Holandesa de Trasplantes (Nederlandse Transplantatie Stichting), noviembre de 2017.

Después, debe comentar en detalle el procedimiento con el hospital o, en su caso, con el coordinador de trasplantes, antes de que se lleve a cabo la eutanasia. Seguidamente, debe informar al paciente y a sus allegados sobre el procedimiento que se va a seguir. Se ha redactado un manual sobre esta cuestión que puede ayudar al médico en su toma de decisiones.

Puede facilitarlo el coordinador de trasplantes del hospital universitario de la región.⁵⁴

4.11. REQUISITOS QUE NO IMPONE LA LEY

Existen malentendidos sobre los criterios y condiciones vigentes para los casos de eutanasia. De las notificaciones recibidas por las comisiones se desprende que en ocasiones los médicos y asesores imponen requisitos que no se mencionan en la WTL. Los requisitos que exige la ley se han comentado y explicado anteriormente en este documento. En este apartado se explica qué requisitos no impone la ley. En resumen:

- No se exige que el paciente padezca una enfermedad que amenace su vida (véanse apartados 2.1. y 3.3.);
- No se exige que el paciente se encuentre en fase de agonía (véase apartado 2.2.);
- No se exige que exista una relación de tratamiento entre el médico y el paciente (véase apartado 3.1.);
- No se exige que el paciente haga una petición escrita de eutanasia, además de una petición verbal (véase apartado 3.2.);
- La petición del paciente debe ser bien meditada, pero en principio no tiene por qué ser duradera (véase apartado 3.2.);
- Para acceder a una petición de eutanasia no se necesita ninguna “autorización” del asesor (véase apartado 3.6.);
- La evaluación de la capacidad de expresar la voluntad de un paciente no debe ser realizada en todos los casos por un médico experto en la materia, sino únicamente cuando existe una duda razonable sobre dicha capacidad (véanse también apartados 4.2. a 4.5.);
- La sedación paliativa no se considera “otra solución razonable” en el sentido del art. 2, párrafo 1, letra d, WTL (véase apartado 4.8.);
- Normalmente es deseable y lógico implicar a la familia en una petición de eutanasia, pero no es obligatorio, ni tampoco lo es que la familia deba estar conforme con la eutanasia.⁵⁵

54 Más información: transplantatiestichting.nl (buscar orgaan-en-weefsel-donatie-na-euthanasie).

55 Esto es distinto cuando se trata de pacientes menores de edad, véase el apartado 4.2.

5 REFERENCIAS ÚTILES

5.1. SITIO WEB DE LAS COMISIONES

El sitio web de las comisiones es euthanasiecommissie.nl. Allí puede encontrarse información adicional sobre la forma de trabajo de las comisiones. En el sitio también puede consultarse una selección de los dictámenes de las comisiones y sus informes anuales conjuntos. En los informes anuales también se incluyen descripciones de casos. En el sitio web pueden encontrarse también:

- el modelo de formulario para la notificación del médico al forense municipal;
- el modelo del informe que debe adjuntar el médico con la notificación;
- el modelo de formulario para la notificación del forense municipal a la comisión;
- el reglamento de reclamaciones

5.2. PROGRAMA SCEN

El programa SCEN de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) desempeña un importante papel para las consultas independientes sobre los requisitos de diligencia y cuidado (véase apartado 3.6.). La amplia mayoría de las consultas las lleva a cabo un médico que ha seguido una formación SCEN. Si desea más información, consulte SCEN.nl.

5.3. EVALUACIONES DE LA LEY WTL

Hasta ahora, la WTL ha sido evaluada tres veces. Los informes de dichas evaluaciones fueron publicados en 2007, 2012 y 2017. Pueden consultarse los informes en zonmw.nl:

- Informe de evaluación 2007: Buscar palabras clave (en neerlandés): *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding.*
- Informe de evaluación 2012: Buscar palabras clave (en neerlandés): *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding.*
- Informe de evaluación 2017: Buscar palabras clave (en neerlandés): *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, hulp bij zelfdoding.*

5.4. NORMAS POLÍTICAS DEL MINISTERIO FISCAL

Las notificaciones de eutanasia que, según las comisiones, no cumplen uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado se envían al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: IGJ*), actualmente en constitución. El enfoque del Ministerio Fiscal en casos de este tipo se explica en el documento *Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake actieve levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)* (Indicaciones sobre decisiones de procesamiento en casos de terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia y ayuda al suicidio)); wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

ANEXO

DISPOSICIONES LEGALES RELEVANTES

Boletín Oficial del Estado Holandés (*Staatsblad*) 2001, n.º. 194
Ley del 12 de abril de 2001, de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales.¹

LEY DE VERIFICACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y AYUDA AL SUICIDIO (WTL)

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

Artículo 1

En esta ley se entenderá por:

- a. nuestros ministros: los ministros de Justicia y de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b. ayuda al suicidio: ayudar deliberadamente a otra persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal (*Wetboek van Strafrecht*);
- c. el médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado ayuda al suicidio;
- d. el asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar ayuda al suicidio;
- e. los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del Libro 7 del Código Civil;
- f. la comisión: una comisión regional de verificación como las mencionadas en el artículo 3;
- g. inspector regional: inspector regional de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública (*Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid*);

¹ Véase para su tramitación en el Parlamento: Documentos parlamentarios II 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Diario de Sesiones II 2000/2001, págs. 2001-2072; 2107-2139; 2202-2223; 2233-2260; 2372-2375. Documentos parlamentarios I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (reimpres.); 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Diario de Sesiones I 2000/2001, véase sesión de fecha 10 de abril de 2001.

CAPÍTULO II. REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

Artículo 2

1. Los requisitos de diligencia y cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, que implican que el médico:
 - a. ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
 - b. ha llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y sin perspectivas de mejora;
 - c. ha informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sobre sus perspectivas de futuro;
 - d. ha 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. ha consultado al menos con otro médico independiente que también ha visto al paciente y ha emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados *a* al *d*, y
 - f. ha 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.
2. El médico podrá atender la petición de un paciente que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto, antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración escrita que contiene una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de diligencia y cuidado a los que se refiere el párrafo primero.
3. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de ayuda al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor haya(n) participado en la toma de la decisión.
4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años, y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de ayuda al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con la ayuda al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

CAPÍTULO III. COMISIONES REGIONALES DE VERIFICACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DE LA AYUDA AL SUICIDIO

Apartado 1. Creación, composición y nombramiento

Artículo 3

1. Existen comisiones regionales para la verificación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y la ayuda al suicidio, a las que se refieren, respectivamente, el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal.
2. Una comisión estará compuesta por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto. También formarán parte de esta comisión los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas en la primera frase.

Artículo 4

1. El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados por nuestros ministros para un periodo de seis años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de seis años.
2. Cada comisión tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán nombrados por nuestros ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones de la comisión.
3. En todo lo relativo a su trabajo para la comisión, el secretario únicamente deberá rendir cuentas ante dicha comisión.

Apartado 2. Cese

Artículo 5

El presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán solicitar siempre el cese a nuestros ministros.

Artículo 6

El presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser cesados por nuestros ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundada.

Apartado 3. Remuneración

Artículo 7

El presidente, los miembros y los miembros suplentes percibirán dietas y el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento conforme al actual baremo oficial, lo anterior en la medida en que no se conceda por otro concepto una remuneración del Tesoro Público en concepto de los citados gastos.

Apartado 4. Tareas y competencias

Artículo 8

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo segundo de la Ley reguladora de los funerales, la comisión evaluará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o la ayuda al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2.
2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito o verbalmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder evaluar convenientemente la actuación del médico.
3. La comisión podrá pedir información al forense municipal, al asesor o a los asistentes sociales pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder evaluar adecuadamente la actuación del médico.

Artículo 9

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe mencionado en el artículo 8, párrafo primero.
2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:
 - a. en caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2; o
 - b. en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase, de la Ley reguladora de los funerales.La comisión comunicará dicha circunstancia al médico.
3. El plazo citado en el párrafo primero podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas.
La comisión comunicará dicha circunstancia al médico.
4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación verbal al médico sobre su dictamen. Dicha explicación verbal podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

Artículo 10

La comisión está obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que necesite:

- 1°. para poder evaluar la actuación del médico en un caso como el referido en el artículo 9, párrafo segundo; o
 - 2°. para una investigación penal.
- Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico.

Apartado 6. Método de trabajo

Artículo 11

La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su evaluación. Nuestros ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante reglamento ministerial.

Artículo 12

1. Un dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.
2. Un dictamen solo podrá ser aprobado por la comisión si todos los miembros de la comisión han participado en la votación.

Artículo 13

Los presidentes de las comisiones regionales de verificación se reunirán por lo menos dos veces al año para tratar el método de trabajo y el funcionamiento de las comisiones. A dicha reunión se invitará a un representante de la Fiscalía General del Estado y a un representante de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública.

Apartado 7. Secreto y abstención

Artículo 14

Los miembros y los miembros suplentes de la comisión están obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en el desempeño de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlos o que su tarea exija la realización de un comunicado.

Artículo 15

Un miembro de la comisión que ocupe su puesto en la misma con el fin de tratar un asunto concreto, deberá abstenerse y podrá ser recusado en el caso de que se produzcan hechos o circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

Artículo 16

Un miembro, un miembro suplente y el secretario de la comisión se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar ayuda al suicidio.

Apartado 8. Informes

Artículo 17

1. Una vez al año, antes del 1 de abril, las comisiones presentarán a nuestros ministros un informe común del trabajo realizado en el pasado año natural. Nuestros ministros facilitarán un modelo de informe mediante reglamento ministerial.
2. En el informe del trabajo realizado que se menciona en el párrafo primero se indicarán en cualquier caso:
 - a. el número de casos de terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales haya emitido un dictamen la comisión;
 - b. la naturaleza de esos casos;
 - c. los dictámenes y las consideraciones en que se han basado.

Artículo 18

Con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, nuestros ministros entregarán anualmente un informe sobre el funcionamiento de las comisiones, partiendo del informe del trabajo realizado mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

Artículo 19

1. A propuesta de nuestros ministros y mediante decreto legislativo, se establecerán reglas sobre las comisiones con respecto a:
 - a. su número y competencias relativas;
 - b. su lugar de domicilio.
2. En virtud de, o mediante decreto legislativo, nuestros ministros podrán establecer reglas adicionales sobre las comisiones en lo relativo a:
 - a. sus dimensiones y su composición;
 - b. su método de trabajo y la presentación de informes.

CAPÍTULO IIIA. BONAIRE, SINT EUSTATIUS Y SABA

Artículo 19a

Esta ley también se aplicará a las entidades públicas de Bonaire. Sint Eustatius y Saba, teniendo en cuenta lo establecido en este capítulo.

Artículo 19b

1. Para la aplicación de:
 - el artículo 1, letra b, en lugar de “artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal”, se leerá: artículo 307, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal de BES.
 - el artículo 1, letra f, en lugar de “una comisión regional de verificación como las mencionadas en el artículo 3”, se leerá: una comisión como las mencionadas en el artículo 19c.
 - el artículo 2, párrafo primero, encabezamiento, en lugar de “artículo 293, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal”, se leerá: artículo 306, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal de BES.
 - artículo 8, párrafo primero, en lugar de “artículo 7, párrafo segundo de la Ley reguladora de los funerales”, se leerá: artículo 1, párrafo tercero de la Ley de declaraciones de fallecimiento (*Wet verklaringen van overlijden*) de BES.
 - artículo 8, párrafo tercero, desaparece: o a los asistentes sociales pertinentes.
 - artículo 9, párrafo segundo, encabezamiento, en lugar de “la Fiscalía General del Estado”, se leerá: el fiscal general.
2. No se aplicará el artículo 1, letra e.

Artículo 19c

A diferencia del artículo 3, párrafo primero, existirá una comisión que designarán nuestros ministros y que tendrá competencia para verificar las notificaciones de casos de terminación de la vida a petición propia y de ayuda al suicidio, mencionados respectivamente en el artículo 306, párrafo segundo, y en el artículo 307, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal de BES.

Artículo 19b

En la reunión mencionada en el artículo 13, participará el presidente de la comisión, mencionada en el artículo 19c. También participarán el fiscal general o un representante que designe dicho fiscal y un representante de la Inspección de la Salud Pública.

CÓDIGO PENAL

Artículo 293

1. El que cause deliberadamente la muerte de otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con una pena de prisión de un máximo de doce años o con multa de quinta categoría.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo primero no será constitutivo de delito si lo lleva a cabo un médico que además debe cumplir los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio y debe comunicarlo al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo, de la Ley reguladora de los funerales.

Artículo 294

1. El que de forma intencionada induzca a otro a cometer suicidio, será castigado, si se produce dicho suicidio, con una pena de prisión de un máximo de tres años o una multa de cuarta categoría.
2. El que de forma intencionada preste ayuda a otro para cometer suicidio o le facilite los medios necesarios para ese fin, será castigado, si se produce dicho suicidio, con una pena de prisión de un máximo de tres años o una multa de cuarta categoría. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

LEY REGULADORA DE LOS FUNERALES

Artículo 7

1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción, si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.
2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o de ayuda al suicidio, tal y como se menciona, respectivamente, en el artículo 293, párrafo segundo y en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal, el médico que trate al paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente de la causa de la muerte al forense municipal o a uno de los forenses municipales, mediante la cumplimentación de un formulario.
Además del formulario de notificación, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.
3. Si se produce cualquier otro caso diferente de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a la expedición de un certificado de defunción, lo comunicará inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales, mediante la cumplimentación de un formulario.

COLOFÓN

Título recomendado:
Código sobre la eutanasia 2018

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

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

abril de 2018

COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE