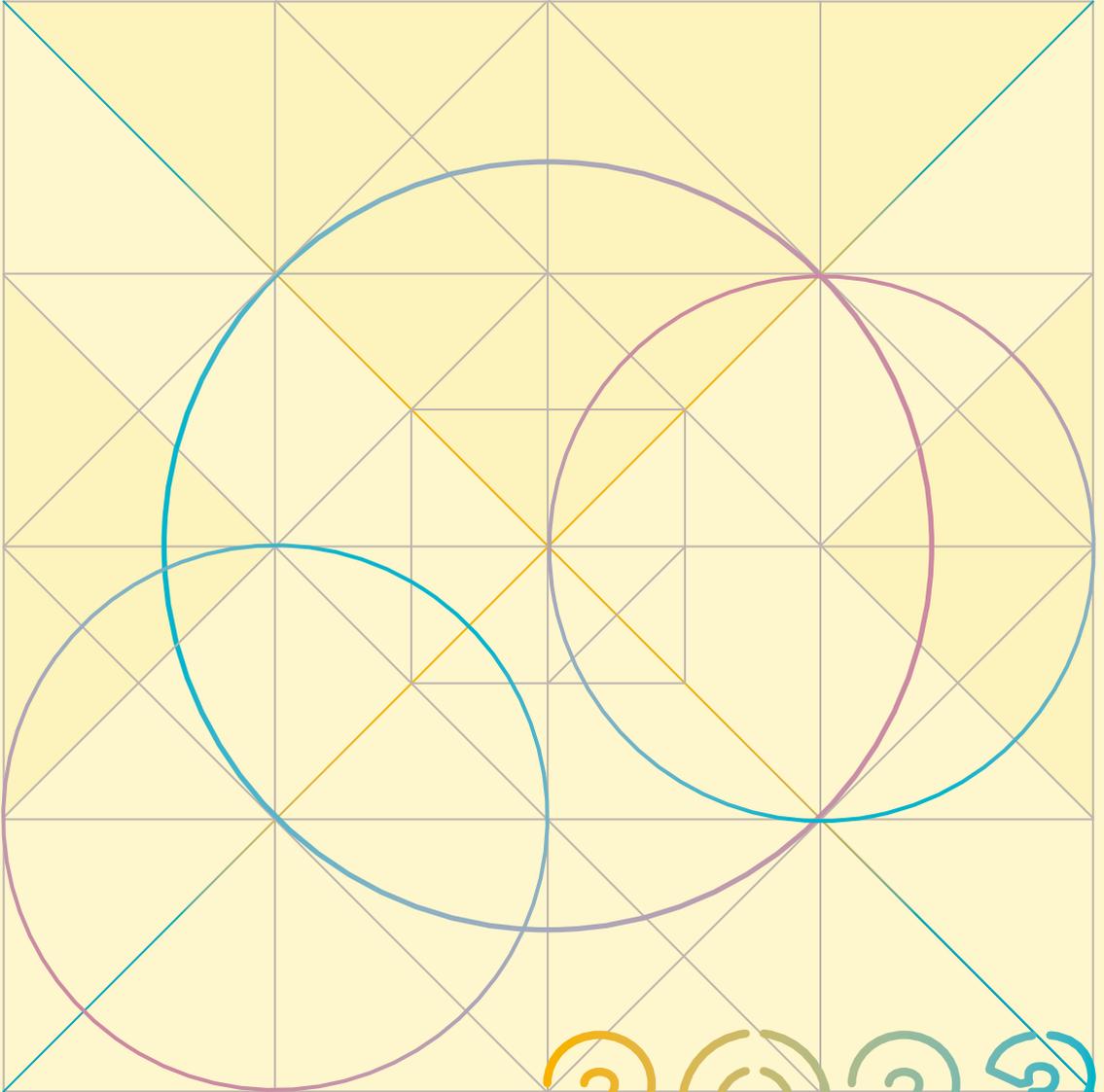


COMISIONES REGIONALES DE VERIFICACIÓN DE LA EUTANASIA



INFORME ANUAL 2023

CONTENIDO

PRÓLOGO	4
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1 CAMBIOS EN LA FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV	
1 Dictamen resumido para notificaciones de eutanasia de pacientes con una enfermedad mental	7
2 Deja de ser estándar invitar al médico a ofrecer una explicación verbal tras una eutanasia conforme a una petición escrita	10
3 Especial forma de trabajo para la realización con la diligencia de la práctica médica	11
CAPÍTULO 2 CIFRAS EN 2023	
Número de notificaciones	13
Proporción hombre - mujer	13
Proporción entre terminación de la vida a petición propia - ayuda al suicidio	13
Enfermedades	14
Enfermedades físicas frecuentes	14
Demencia	14
Enfermedades mentales	16
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	16
Otras enfermedades	18
Edad	18
Lugar de la terminación de la vida	19
Médicos encargados	19
Notificaciones al Centro Especializado de Eutanasia	19
Donación de órganos y tejidos tras la eutanasia	21
Eutanasia doble	21
No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado	23
Selección de notificaciones	23
Diversos tipos de dictámenes escritos	24
Planteamiento de preguntas escritas y verbales por parte de las CRV	24
Periodos de tramitación	25
Notificaciones en el “espacio de debate”	25
Sala de reflexión	25

1	Introducción	26
2	El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	29
2.1	Cinco ejemplos de las notificaciones más frecuentes	29
	Dictamen 2023-031 Cáncer	30
	Dictamen 2023-015 Enfermedad del sistema nervioso	31
	Dictamen 2023-013 Enfermedad pulmonar	32
	Dictamen 2023-021 Enfermedad cardiovascular	33
	Dictamen 2023-029 Combinación de enfermedades	34
2.2	Cinco ejemplos de notificaciones ordenadas según cinco requisitos de diligencia y cuidado	35
	Dictamen 2023-109 Petición voluntaria y bien meditada	36
	Dictamen 2023-120 Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	38
	Dictamen 2023-121 Inexistencia de otra solución razonable	39
	Dictamen 2023-110 Consulta	42
	Dictamen 2023-119 Realización con la diligencia de la práctica médica	44
2.3	Cuatro ejemplos de pacientes de categorías especiales	45
	Dictamen 2023-004 Enfermedad mental	46
	Dictamen 2023-043 Acumulación de enfermedades propias de la vejez	49
	Dictamen 2023-074 Paciente con demencia, con capacidad de expresar la voluntad	51
	Dictamen 2023-065 Paciente con demencia, que ya había perdido la capacidad de expresar la voluntad	52
3	El médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	55
	Consulta independiente	55
	Dictamen 2023-025	56
	Aplicación de un cuidado especial en caso de enfermedades mentales	57
	Dictamen 2023-002	58
	Dictamen 2023-038	60
	Combinación de enfermedades físicas y mentales	62
	Dictamen 2023-003	63
	Realización con la diligencia de la práctica médica	65
	Dictamen 2023-108	66
	Anexos	67

PRÓLOGO

En 2023, cumplieron 25 años las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (*Regionale Toetsingscommissies*, CRV, según sus siglas en neerlandés). El 1 de noviembre de 1998 entró en vigor el decreto de creación de las cinco comisiones, con el objetivo de garantizar la seguridad jurídica, el control social y la vigilancia de la calidad. Se incluyó expresamente como objetivo adicional distanciarse del derecho penal, para aumentar la disposición de los médicos a notificar casos de eutanasia.

Parece que las CRV han conseguido (o ayudado a conseguir) dichos objetivos. Las CRV han podido comunicar todos los años en su informe anual que la práctica de la eutanasia es muy cuidadosa. Y este año no es diferente. También llega siempre a la misma conclusión la evaluación periódica de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Ley WTL) y, con ella, la evaluación de las CRV. La disposición a notificar casos de eutanasia sigue siendo alta y el funcionamiento de las propias CRV se considera positivo. La evaluación más reciente, realizada en julio de 2023, también presenta resultados similares. La única recomendación directa dirigida a las CRV que se desprende de esa última evaluación (facilitar más información sobre los criterios internos de selección de las notificaciones) ha sido asumida y realizada.

Las CRV hacen lo que tienen que hacer: verificar dentro de plazo las notificaciones de los médicos que hayan practicado una eutanasia. Naturalmente, eso no quiere decir que no queden ambiciones o retos por conseguir. Independientemente del crecimiento continuado del número de notificaciones (en 2023 se recibió un 4 % más de notificaciones de eutanasia que el año anterior), siguen exigiendo atención constante cuestiones como la calidad y la coherencia entre los dictámenes, la dotación de personal de las CRV y la relación con los médicos encargados y los médicos SCEN (programa *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos): SCEN, según sus siglas en neerlandés). Además, las CRV invitaron a un gran número de ponentes expertos al congreso de aniversario organizado en diciembre de 2023, para obtener información sobre lo que puede traer el futuro.

En 2023, las CRV recibieron 9068 notificaciones de eutanasia. Así pues, continuó la tendencia ascendente, aunque fue menor que en 2022. En el informe anual de este año puede verse por primera vez un gráfico con la evolución del número de notificaciones por categoría. *Grosso modo*, no existen divergencias notables en cifras por categoría.

Este año se ha considerado en cinco notificaciones que no se había actuado con la diligencia y el cuidado debidos. Nuevamente, se trata de una parte muy pequeña del total. En el capítulo 3 se incluyen resúmenes de esos dictámenes. En el capítulo 1 de este informe anual se tratan algunas notificaciones en las que no se siguió la directriz de la KNMG (Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina) / KNMP (Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia) sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*, 2021). Como esas notificaciones concretas han sido evaluadas en 2024, se tratarán en el próximo informe anual.

En la segunda parte del año objeto del informe, las CRV reclutaron nueve nuevos miembros adicionales. El décimo miembro adicional se nombrará en la primera mitad de 2024. Dicha ampliación permite que las CRV puedan hacer frente al crecimiento continuado del número de notificaciones de eutanasia. Aunque no se conocen las causas exactas de dicho aumento, parece que desempeña un papel la autonomía del paciente, tanto en la elección de la eutanasia como en el momento en que se produce. En los 25 años de existencia de las CRV, ha cambiado la conciencia social sobre la autonomía del paciente en la sanidad, y ese cambio naturalmente afecta automáticamente también a la autonomía del paciente al final de su vida. La Ley WTL, concretada en el Código sobre la Eutanasia 2022, ofrece espacio para esos cambios. Es un ejemplo claro de la lenta dinámica entre la ley y la práctica, a la que dan contenido las CRV.

JEROEN RECOURT

Presidente coordinador

INTRODUCCIÓN

En este informe anual, las comisiones regionales de verificación de la eutanasia (en lo sucesivo: las CRV)¹ informan sobre su trabajo durante el pasado año natural. De esta forma, las CRV rinden cuentas a la sociedad y la política sobre la manera en que han dado contenido a su tarea legal, que incluye verificar que las notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente y de ayuda al suicidio cumplen los requisitos de diligencia y cuidado incluidos en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (en lo sucesivo, según las siglas en neerlandés: Ley WTL). En este informe anual, ambas formas de terminación de la vida se incluyen en el concepto general de eutanasia. Solo cuando sea necesario se hará una distinción entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio.

El informe tiene además como objetivo informar a los médicos y otros interesados sobre la forma en que las CRV verifican y evalúan las notificaciones de eutanasia. Por eso, el informe anual trata más adelante la casuística, incluyendo los dictámenes más frecuentes y algunos dictámenes especiales, y todas las notificaciones en las que se ha considerado que no se ha actuado con la diligencia y el cuidado debidos.

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

Con el fin de facilitar la lectura, en este informe anual se ha optado por las formas en masculino para designar de forma general a médicos o pacientes, sin concretar el género. Por lo tanto, en dicha forma debe entenderse incluido también el género femenino.

Véase el Código sobre la Eutanasia 2022 para más información sobre las líneas principales de la ley y la forma de trabajo de las comisiones, entre otros temas.

¹ Véase el anexo I para más información sobre cómo están organizadas las CRV.

CAPÍTULO 1

CAMBIOS EN LA FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV



1 DICTAMEN RESUMIDO PARA NOTIFICACIONES DE EUTANASIA DE PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL

Uno de los cambios en la forma de trabajo de las CRV en 2023 ha sido introducir un “dictamen resumido” para una parte de las notificaciones en las que la petición de eutanasia se debió al sufrimiento derivado total o parcialmente de una enfermedad mental.² Anteriormente, los dictámenes sobre este tipo de notificaciones eran detallados, y trataban los aspectos específicos del caso y las consideraciones de la comisión. Eso ya no se hace en los dictámenes resumidos. La experiencia de los últimos años ha demostrado que algunas notificaciones en esta categoría no suscitan preguntas adicionales a la comisión (al igual que las notificaciones de eutanasia en pacientes con una enfermedad física) y dejan claro que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

7

Se redactan dictámenes resumidos sobre notificaciones en las que se cumplen las siguientes tres condiciones:

- *el médico ha consultado con un psiquiatra independiente (que puede ser o no también el asesor (SCEN));*
- *tanto el médico como el psiquiatra independiente consultado por el médico y el asesor (SCEN) consultado por el médico están conformes con el diagnóstico o diagnósticos, la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a su petición de eutanasia, la ausencia de posibilidades reales de tratamiento y la inexistencia de otras soluciones razonables;*
- *en la comisión no se han planteado preguntas sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado por parte del médico.*

Si una notificación en la que se trata una petición de eutanasia derivada de un sufrimiento producido total o parcialmente por una enfermedad mental sí que plantea preguntas adicionales a la comisión o si la notificación da motivo para comunicar consideraciones específicas, deberá redactarse un dictamen detallado, tal y como se hacía

² *En esta categoría se incluyen también notificaciones sobre pacientes que padecen una enfermedad física y una enfermedad mental.*

anteriormente en las notificaciones de esta categoría. Si se trata de una única consideración, puede añadirse al texto estándar del dictamen resumido. Las notificaciones en las que la petición de eutanasia se deriva de un sufrimiento producido total o parcialmente por una enfermedad mental siguen comentándose siempre durante una reunión de la comisión.

Todos los meses se detalla en cualquier caso el contenido de un dictamen resumido sobre una notificación de eutanasia en las que la petición de eutanasia se deriva de un sufrimiento producido total o parcialmente por una enfermedad mental, para su publicación en nuestro sitio web.

EL TEXTO DEL DICTAMEN RESUMIDO:

De los documentos se desprende que la petición de eutanasia del paciente se deriva (en gran medida) del sufrimiento causado por una enfermedad mental/ enfermedades mentales, se deriva del sufrimiento causado en parte por una enfermedad o enfermedades físicas y en parte por una enfermedad o enfermedades mentales. En ese caso, el médico debe tratar la petición de eutanasia con un cuidado especial, que se refiere principalmente a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición de eutanasia, al sufrimiento sin perspectivas de mejora y a la existencia o no de otra solución razonable.

Al evaluar la petición, se trata de constatar que el médico ha descartado que la capacidad de juicio del paciente se haya visto afectada por la enfermedad o enfermedades mentales. Si la capacidad de juicio del paciente con relación a la petición es insuficiente, no puede hablarse de una petición voluntaria y bien meditada. El médico debe fijarse en que el paciente pueda comprender información relevante, que tenga conocimientos sobre su enfermedad y que sea inequívoco en sus consideraciones (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, páginas 46-47).

Cuando se trata del sufrimiento sin perspectivas de mejora y de la inexistencia de otra solución razonable, el médico debe estudiar detenidamente si todavía existen posibilidades de eliminar o aliviar el sufrimiento del paciente. Si el paciente rechaza una alternativa razonable, entonces ya no existe un sufrimiento sin perspectivas de mejora. Pero tampoco se trata de que el paciente deba someterse a todos los tratamientos e intervenciones imaginables (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, página 47).

El punto de partida de las CRV es que, en este tipo de pacientes, el médico siempre debe recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría. El objeto de recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría es que el médico pueda informarse adecuadamente y reflexionar de forma crítica sobre el convencimiento propio. Si es necesario, el psiquiatra independiente también puede asesorar sobre tratamientos. El médico será quien decida si consulta a un psiquiatra

independiente además de a un asesor (SCEN), o si consulta a un asesor (SCEN) que también sea psiquiatra (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, páginas 46-47).

(Si se consulta a un psiquiatra independiente además de a un médico SCEN:)

La comisión constata que usted ha consultado a un psiquiatra independiente, que ha examinado al paciente y que ha ofrecido su dictamen experto sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a la petición, la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento y la inexistencia de otra solución razonable.

Además, usted ha consultado a un médico SCEN independiente (también psiquiatra) en calidad de asesor. El asesor ha visitado al paciente y ha ofrecido su dictamen experto sobre los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo primero, apartados de la “a” a la “d”, de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.

(Si se combina la consulta a un psiquiatra independiente y a un médico SCEN:)

La comisión constata que usted ha consultado a un médico SCEN independiente, que también era psiquiatra, en calidad de asesor. El asesor ha visitado al paciente y ha ofrecido su dictamen experto sobre los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo primero, apartados de la “a” a la “d”, de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio. Se incluía una evaluación de la capacidad de expresar la voluntad del paciente con respecto a la petición, de la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento y de la inexistencia de otra solución razonable.

La comisión constata que tanto **[elegir lo que sea aplicable:]** usted, como el psiquiatra independiente, como el asesor consideraron que el paciente tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia, que se trataba de una petición voluntaria y bien meditada, que no existían más posibilidades reales de tratamiento y, en consecuencia, el sufrimiento del paciente no tenía perspectivas de mejora y que no existía ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encontraba el paciente.

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

2 DEJA DE SER ESTÁNDAR INVITAR AL MÉDICO A OFRECER UNA EXPLICACIÓN VERBAL TRAS UNA EUTANASIA CONFORME A UNA PETICIÓN ESCRITA

En 2017, las CRV decidieron invitar siempre al médico a ofrecer una explicación verbal durante una reunión de la comisión si comunicaba una eutanasia realizada conforme a una petición escrita (conocida también como declaración de voluntad). En este tipo de notificaciones del artículo 2, párrafo 2 de la Ley WTL, que se producían con muy poca frecuencia y con las que las CRV tenían también poca experiencia, se pedía al médico que explicara en detalle todo el procedimiento seguido.

Desde entonces, las CRV han adquirido una (más) amplia experiencia con este tipo de notificaciones de categorías especiales y existe una mayor claridad sobre la forma en que deben interpretarse los requisitos de diligencia y cuidado cuando se trata de una eutanasia conforme a una petición escrita. La experiencia de los últimos años ha enseñado que, en una parte de esas notificaciones, la información del expediente proporcionado por el médico es suficiente para que la comisión pueda emitir un dictamen. La norma actual para dichos casos es que las CRV no inviten de forma estándar al médico para que ofrezca una explicación verbal. En ocasiones puede ser necesario solicitar al médico una explicación escrita.

Debido a la naturaleza de las notificaciones en esta categoría especial, siempre se comentarán durante una reunión de la comisión. En algunas notificaciones, para evaluar si el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado no tiene sentido pedir que el médico ofrezca una explicación verbal sin que existan preguntas que la comisión desee plantear, y es excesivamente gravoso para el médico.

Todos los dictámenes sobre las notificaciones de eutanasia conforme a una petición escrita son publicados en nuestro sitio web.

3 ESPECIAL FORMA DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

En 2021 se actualizó la Directriz de la KNMG (Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Medicina) / KNMP (Real Sociedad Neerlandesa para el Fomento de la Farmacia) sobre práctica de la eutanasia y ayuda al suicidio (en lo sucesivo: la Directriz). Las CRV utilizan dicha Directriz como guía (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 36). Si un médico se aparta de las prescripciones de la Directriz, debe motivarlo suficientemente.

En el transcurso de 2023 parecía que iban a surgir diferencias entre los dictámenes de las CRV sobre casos que trataban las condiciones bajo las cuales se puede excluir la aplicación de la Directriz, si las sustancias administradas para llevar a cabo la eutanasia no surten el efecto deseado. Las notificaciones afectadas por dichas diferencias quedaron suspendidas en espera del resultado de las consultas internas.

De esa forma se evitó la desigualdad jurídica, pero también se creó un retraso de varios meses en la tramitación de algunas notificaciones. Esto es, en primer lugar, desagradable para los médicos que tuvieron que esperar mucho tiempo al dictamen de las CRV sobre su notificación. También conllevó que en enero de 2024 se considerara en dos dictámenes que no se había actuado con la diligencia y el cuidado debidos, cuando ambos dictámenes deberían haberse emitido ya en 2023 de no haberse producido el citado retraso. Finalmente, uno de los médicos que se enfrentó a dicho retraso presentó una reclamación, en parte por ese motivo.

Las consultas internas concluyeron a finales de noviembre de 2023, después de lo cual se reanudó la evaluación de las notificaciones de casos en que no se había seguido la Directriz. Las CRV están estudiando en detalle los posibles riesgos para el paciente de la administración de una segunda dosis de bloqueador neuromuscular sin necesidad de administrar nuevamente un inductor del coma y cuando transcurre un largo periodo de tiempo entre la administración de las sustancias para llevar a cabo la eutanasia. Se espera el resultado de dicho estudio en 2024. El tema se tratará en el informe anual de 2024. Por ahora, se subraya que las CRV consideran importante que los médicos encargados y los médicos SCEN conozcan el texto más reciente de la Directriz. Las CRV subrayan también que siempre es preferible actuar conforme a la Directriz. De hecho, si un paciente no reacciona o no reacciona suficientemente a la sustancia para llevar a cabo la eutanasia, debe partirse de que no se ha inyectado la sustancia en el vaso sanguíneo. Y de que esto no siempre se muestra como una hinchazón subcutánea. Esto

significa que si las sustancias administradas para llevar a cabo la eutanasia no tienen efecto, debe seguirse nuevamente todo el procedimiento, desde la colocación de una segunda vía, hasta la administración de un inductor de coma, la comprobación adecuada de una disminución suficiente de la consciencia y la administración de un bloqueador neuromuscular (véanse las páginas 15 y 17 de la Directriz).

Con ello se reduce la posibilidad de otras complicaciones en la realización y también se reduce el riesgo de que deba traerse un tercer lote de sustancias para llevar a cabo la eutanasia.

CAPÍTULO 2

CIFRAS EN 2023

2

NÚMERO DE NOTIFICACIONES

En 2023, las CRV recibieron 9068 notificaciones de eutanasia.³ Se trata del 5,4 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2023⁴ (169.363). Supone un aumento del 4 % en el número de notificaciones con respecto a 2022 (8720). A continuación se ofrece una relación general del número de notificaciones de eutanasia en las cinco comisiones regionales por separado.

Región 1: Groninga, Frisia, Drenthe e Islas BES (Bonaire, San Eustaquio y Saba) - 929 notificaciones.

Región 2: Overijssel, Güeldres, Utrecht y Flevoland - 2351 notificaciones.

Región 3: Holanda Septentrional - 1844 notificaciones.

Región 4: Holanda Meridional y Zelanda - 1763 notificaciones.

Región 5: Brabante del Norte y Limburgo - 2181 notificaciones.

PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES

Al igual que en años anteriores, la proporción de hombres y mujeres vuelve a ser prácticamente igual: 4603 hombres y 4465 mujeres (el 50,8 % y el 49,2 %, respectivamente).

13

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

En 8860 casos (97,7 %) se trató de terminación de la vida a petición del paciente y 190 notificaciones (2,1 %) se referían a ayuda al suicidio. 18 notificaciones (0,2 %) fueron una combinación de ambas. Hablamos de combinación cuando el paciente no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

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

3 Al igual que en todos los informes anuales de las CRV, varias de esas notificaciones se refieren a una eutanasia realizada en el año anterior, en este caso en 2022. Y al contrario: algunas de esas notificaciones serán evaluadas en el año 2024. Por lo demás, en las cifras anuales se han incluido notificaciones recibidas a finales de 2022, pero que ya no pudieron contarse en el anterior informe anual.

4 Fuente: Oficina Central de Estadística (Centraal Bureau voor de Statistiek: CBS), 21 de febrero de 2024, véase Fallecidos, sexo y edad, por semana | CBS.

ENFERMEDADES

ENFERMEDADES FÍSICAS FRECUENTES

8042 de las notificaciones recibidas por las CRV en 2023 (88,7 %) trataban de pacientes con:

- cáncer (5105);
- enfermedades del sistema nervioso (605), como por ejemplo, enfermedad de Parkinson, EM o ELA;
- enfermedades cardiovasculares (393);
- enfermedades pulmonares (340);
- una combinación de enfermedades (generalmente físicas) (1599).

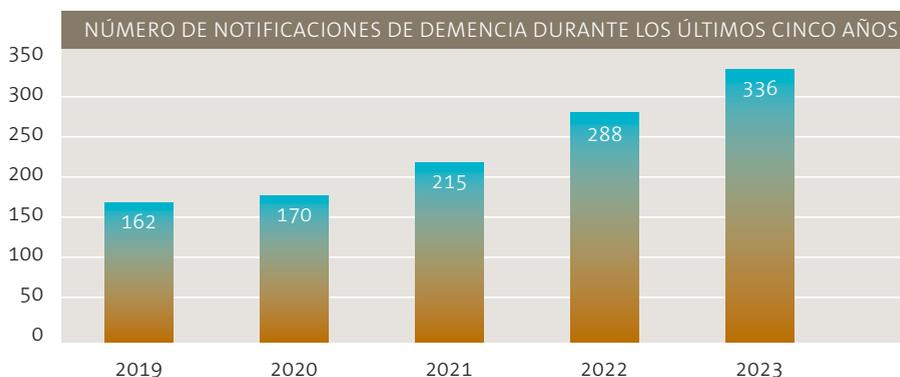
DEMENCIA

En 328 notificaciones, se llevó a cabo la eutanasia en un paciente con una forma de demencia, que todavía tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de la personalidad y de la orientación temporal y espacial. Es un ejemplo de ello la notificación 2023-074, incluida en el capítulo 3.

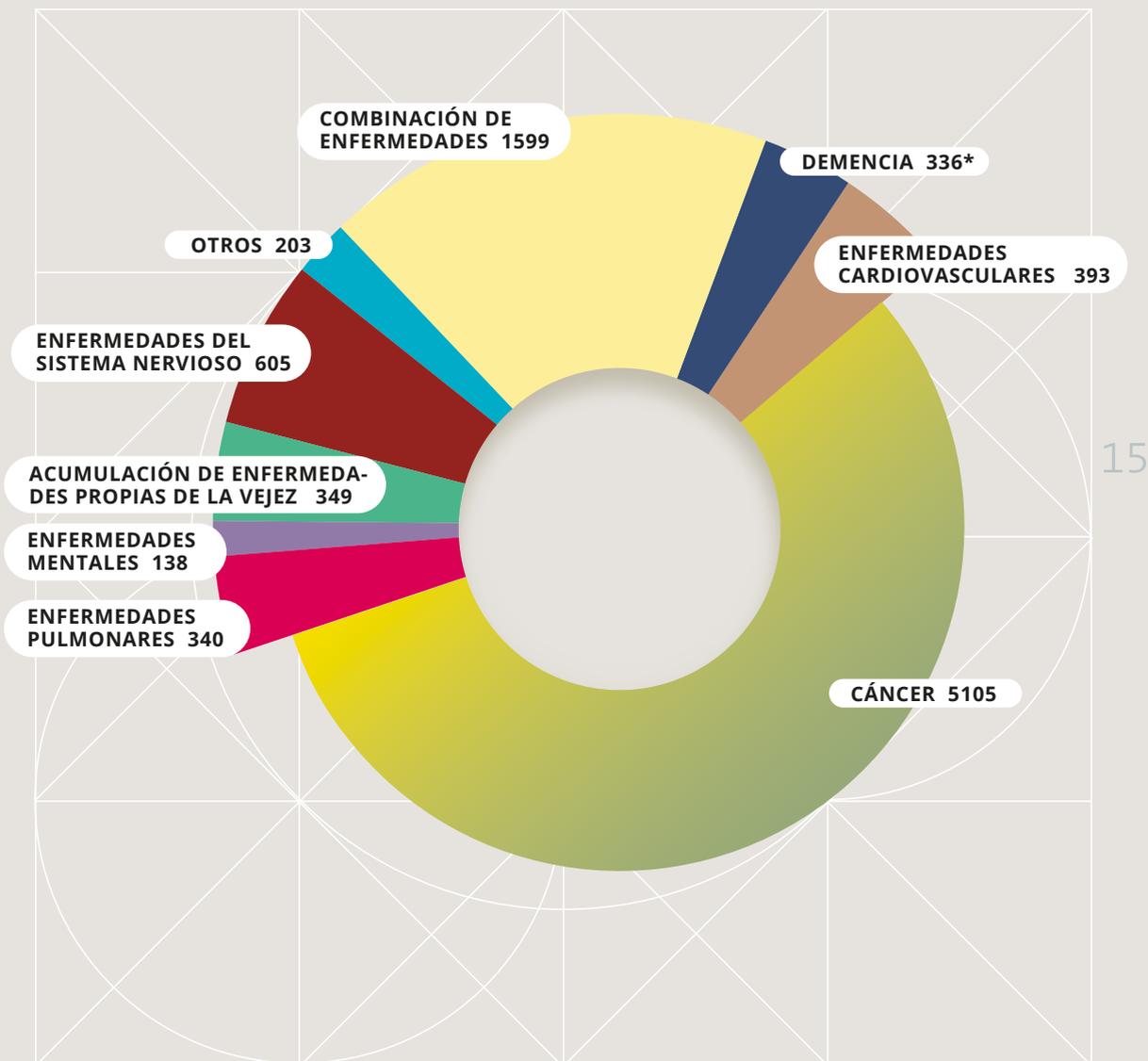
En ocho notificaciones evaluadas en 2023, se trataba de pacientes en un estado avanzado de demencia, que ya no tenían capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición, ni estaban en condiciones de comunicarse significativamente sobre su petición. Su declaración de voluntad por escrito se pudo considerar como una solicitud de eutanasia. Una de esas notificaciones (2023-065) se incluye en el capítulo 3 de este informe anual. Todas esas ocho notificaciones están publicadas en el sitio web de las CRV.

Además, en 2023 se evaluó otra notificación en la que se practicó la eutanasia a un paciente conforme a su declaración de voluntad por escrito. El paciente en cuestión no sufría de demencia avanzada, pero no tenía capacidad de expresar su voluntad debido a un derrame cerebral.

Para los puntos de atención sobre la eutanasia en pacientes con demencia, véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 49 y siguientes.



NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES



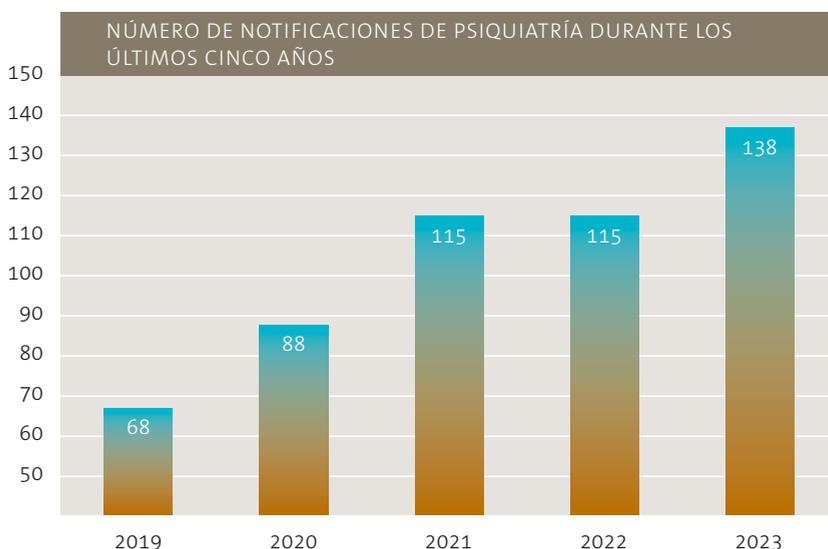
* de los cuales tenían capacidad de expresar la voluntad 328 personas y no tenían capacidad de expresar la voluntad 8 personas.

ENFERMEDADES MENTALES

En 138 notificaciones de eutanasia en 2023, el sufrimiento se derivaba (principalmente) de una o más enfermedades mentales. En 56 de esas notificaciones el médico era un psiquiatra, en 35 casos un médico de familia y en 10 casos un médico especialista (incluidos geriatras). En las otras 37 notificaciones, el médico encargado fue “otro tipo de médico”.⁵ En 70 notificaciones, el médico encargado estaba vinculado al Centro Especializado de Eutanasia (*Expertisecentrum Euthanasie*: EE según sus siglas en neerlandés).

Si un paciente solicita la eutanasia porque padece una enfermedad o enfermedades mentales, el médico debe aplicar un cuidado especial. Es un ejemplo de ello el dictamen 2023-004, incluido en el capítulo 3.

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

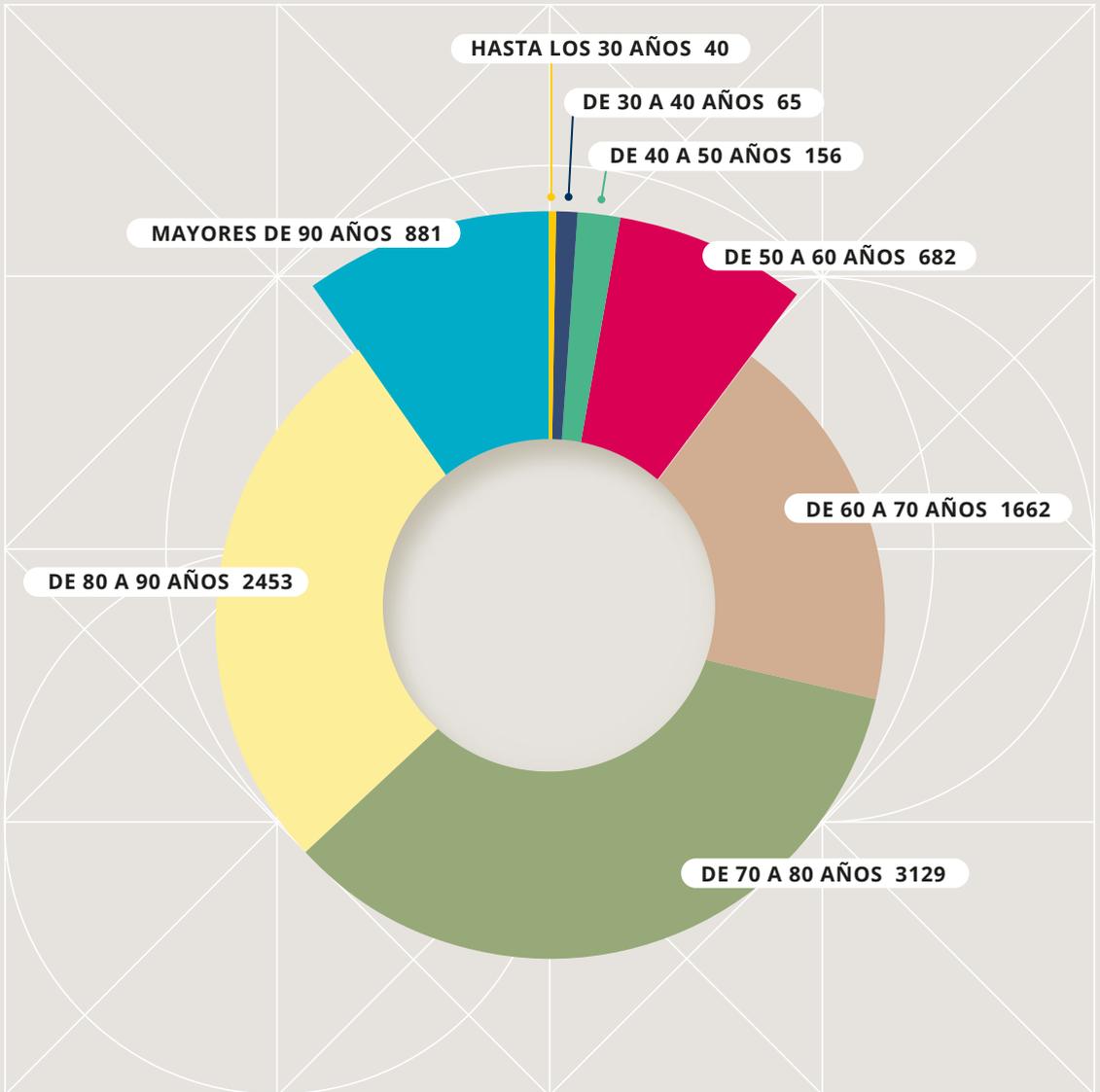


ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como mala visión y audición, (consecuencias de la) descalcificación ósea, desgaste de articulaciones, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Estas enfermedades suelen aparecer en edades avanzadas y pueden acarrear un cúmulo de síntomas que, a su vez, pueden causar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, los valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por el paciente concreto como insoportable y sin perspectivas de mejora. En 2023, las CRV

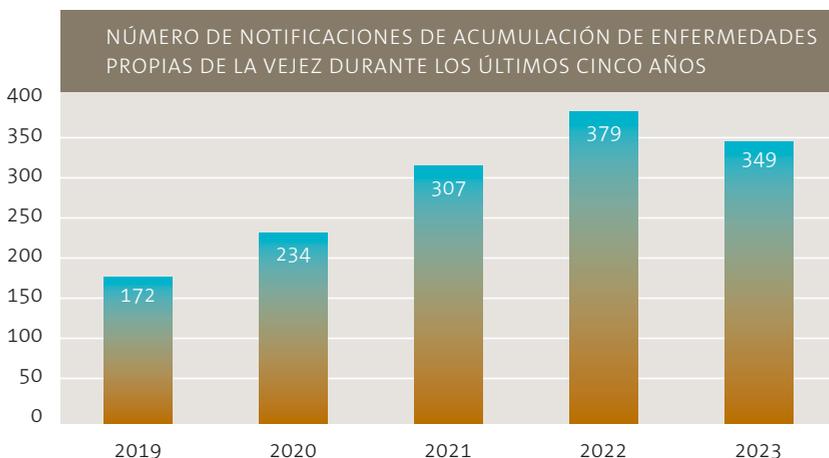
⁵ En este caso, “otro tipo de médico” puede ser, por ejemplo, un médico itinerante, un director médico, un médico no practicante, un médico en formación o un médico generalista.

EDAD



recibieron 349 notificaciones en esta categoría. En el capítulo 3 y en el sitio web se publica un ejemplo, con el número 2023-043.

Para los puntos de atención en casos de acumulación de enfermedades propias de la vejez, véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 25 y siguientes.



OTRAS ENFERMEDADES

Finalmente, las CRV también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual “otras enfermedades”. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico, una enfermedad hereditaria rara, insuficiencia renal, ceguera, fracturas graves o covid pulmonar. En 2023 se presentaron 203 notificaciones en esta categoría.

EDAD

El mayor número de notificaciones de eutanasia se produjo en personas del abanico de edades entre 70 y 80 años (3129 notificaciones), seguido de las edades entre 80 y 90 años (2453 notificaciones) y de las edades entre 60 y 70 años (1662 notificaciones).

En la categoría de edad de 50 a 60 años se recibieron 682 notificaciones. En la categoría de edad de 40 a 50 años hubo 156 notificaciones y en la categoría de 30 a 40 años 65 notificaciones. El número más bajo de notificaciones se produjo en pacientes de la categoría de edad por debajo de los 30 años (40 notificaciones).

En 2023, las CRV recibieron dos notificaciones de eutanasia de un menor, en la categoría de edad de entre 16 y 18 años.⁶ Dichas notificaciones serán evaluadas en el año 2024.

⁶ Para los puntos de atención en pacientes menores de edad, véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46.

En 12 notificaciones recibidas, los pacientes tenían más de 100 años.
El paciente de más edad tenía 104 años.

En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 105 notificaciones.
En 52 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en 22 casos se trataba de una enfermedad mental.

Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía pacientes de entre 70 y 80 años (141 notificaciones), seguido de las personas de entre 80 y 90 años (131 notificaciones).

En la categoría de psiquiatría, en 2023 se produjeron 27 notificaciones en las categorías de edades de entre 50 y 60 años y de entre 60 y 70 años.

Dentro de la categoría “acumulación de enfermedades propias de la vejez”, la mayoría de los pacientes tenían 90 años o más (224 de las 349 notificaciones).

LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

En 2023, en la mayor parte de las notificaciones el fallecimiento del paciente tuvo lugar en su propio domicilio (7151). En las demás notificaciones, el lugar de fallecimiento fue un establecimiento residencial medicalizado o una residencia para asistidos (897), un hospital de cuidados paliativos (688), un hospital (211) u otros lugares, como por ejemplo en el domicilio de familiares o en un hotel con servicios de asistencia (121).

MÉDICOS ENCARGADOS

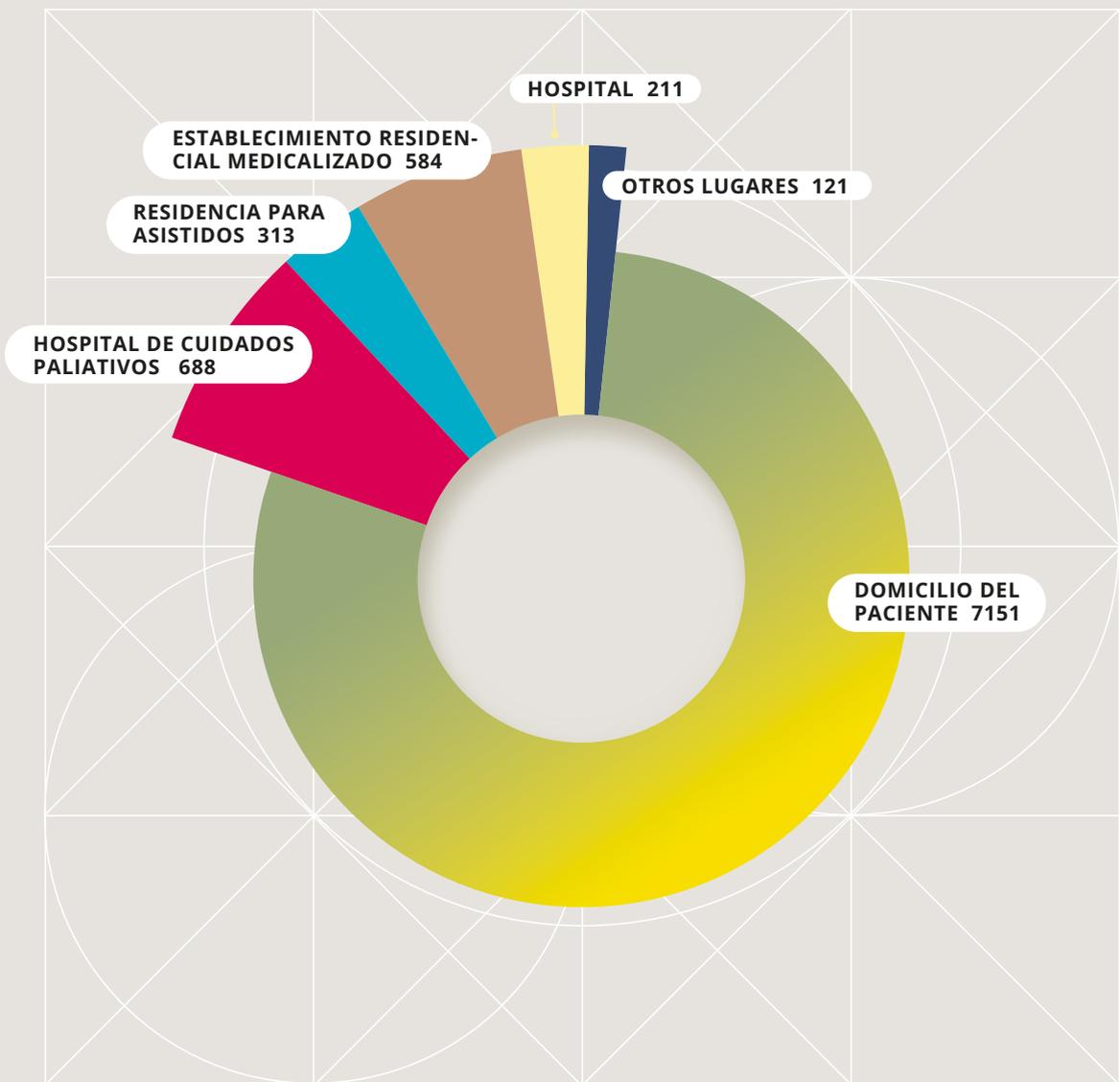
En la mayor parte de las notificaciones, el médico encargado fue el médico de familia (7249). El resto de los médicos encargados fueron: geriatras (365), psiquiatras (62), otros médicos especialistas (327) y médicos en formación (125). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (“otro tipo de médicos”, 941).⁷

NOTIFICACIONES DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE EUTANASIA

El número de notificaciones de médicos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia (EE) aumentó en 36 con respecto a 2022 (1241), alcanzando un total de 1277 (14,1 %). Suele recurrirse a los médicos del EE cuando el médico implicado en el tratamiento del paciente considera que la petición de eutanasia es demasiado complicada. También remiten regularmente pacientes al EE los médicos que se niegan a practicar eutanasia por cuestión

⁷ En este caso, “otro tipo de médicos” puede ser, por ejemplo, un médico itinerante, un director médico, un médico no practicante o un médico generalista.

LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA



de principios o que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal. Puede acudir al EE por iniciativa del médico encargado del tratamiento, a petición del propio paciente o de su familia. Alrededor de la mitad de las notificaciones en las que se llevó a cabo la eutanasia debido a una enfermedad mental provenían de un médico del EE: 70 de las 138 notificaciones (50,7 %). El porcentaje es inferior al de 2022 (65 de 115 notificaciones, el 56,5 %). 134 notificaciones de las 336 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia (39,9 %) provenían también de un médico del EE. Por lo demás, 151 de las 349 notificaciones en las que existía una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 43,3 %) provenían de médicos del EE.

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS LA EUTANASIA

La eutanasia no impide la donación de órganos y tejidos. En la Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*), la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*) describe ampliamente el procedimiento a seguir, que consta de varios pasos.⁸ Si el paciente desea donar órganos o tejidos después de su fallecimiento, la eutanasia debe tener lugar en el hospital.

En 2023, las CRV recibieron 24 notificaciones en las que se indicaba explícitamente que había existido donación de órganos o tejidos después de la eutanasia. Se trata de un aumento con respecto a las seis notificaciones que se recibieron el año anterior. No se conocen cifras exactas porque no siempre se incluye claramente en el expediente si ha existido donación de órganos y tejidos.

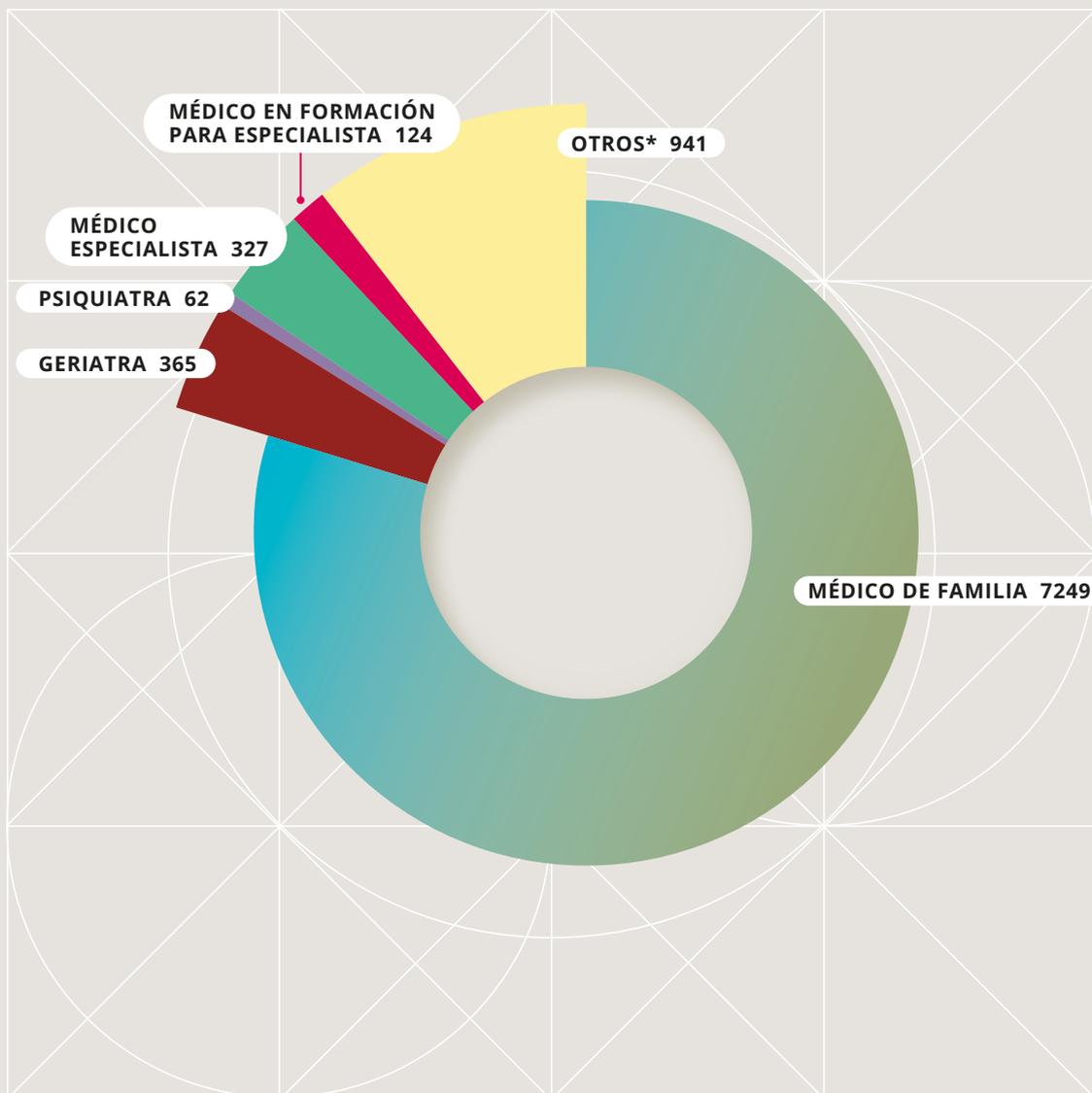
EUTANASIA DOBLE

Si ambos miembros de una pareja solicitan la realización simultánea de la eutanasia y se accede a dicha petición, las CRV la registran como eutanasia doble. En 2023 sucedió en 33 ocasiones (esto es: 66 notificaciones). Naturalmente, deben cumplirse los requisitos de diligencia y cuidado que exige la Ley WTL para cada una de las notificaciones por separado. Además, ambos miembros de la pareja deben ser visitados por un asesor diferente, para garantizar la independencia y la evaluación individual de sus peticiones⁹.

⁸ La directriz y los antecedentes y motivaciones que han llevado a su redacción pueden consultarse en el sitio web de la Fundación Neerlandesa de Trasplantes (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie* | *Nederlandse Transplantatie Stichting*).

⁹ Véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 33.

MÉDICOS COMUNICANTES



22

* por ejemplo, médicos vinculados al Centro Especializado de Eutanasia o médicos generalistas

NO CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

En cinco de los casos notificados en 2023, las CRV dictaminaron que el médico encargado no había cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley WTL. Todos esos dictámenes se incluyen en el capítulo 3. En una notificación, el asesor estaba inscrito como paciente en la consulta del médico de familia encargado, por lo que la comisión dictaminó que el asesor no podía ser considerado independiente del médico. En tres notificaciones, el médico no había aplicado el cuidado especial necesario con un paciente cuya petición estaba basada en un sufrimiento consecuencia de una enfermedad mental o de una combinación de enfermedad física y enfermedad mental. En una notificación, el médico dejó con el paciente la medicación para la realización de la eutanasia, por lo que la comisión dictaminó que la realización no se llevó a cabo con la diligencia de la práctica médica.

SELECCIÓN DE NOTIFICACIONES

Desde 2012, las CRV aplican el siguiente método de trabajo para evaluar una notificación (también puede encontrarse en los esquemas incluidos en los anexos).

Después de una primera selección a cargo del secretario de la CRV en la que califica provisionalmente cada caso como notificación “que suscita preguntas” (notificaciones VO, según sus siglas en neerlandés) o como notificación “que no suscita preguntas” (NVO), la comisión evalúa la notificación.

En 2023, los secretarios de las comisiones calificaron el 95,6 % de las notificaciones recibidas como “no suscitan preguntas” (NVO). Esas notificaciones son evaluadas digitalmente por la comisión, tal y como puede verse en el esquema 1, del anexo 2. La comisión dictamina si la notificación realmente no suscita preguntas o si, al contrario del dictamen provisional del secretario, considera que sí plantea determinadas preguntas.

En el último caso, la comisión cambia la calificación del caso a “notificación que suscita preguntas” y se comenta en la reunión. En 2023, esto sucedió con 65 notificaciones. La ruta que se sigue en ese caso puede verse en el esquema 3, del anexo 2.

El 4,4 % de todas las notificaciones recibidas fue calificado directamente como “suscitan preguntas” (VO, véase el esquema 2, del anexo 2), por ejemplo porque existía una enfermedad mental, una demencia avanzada, un paciente menor de edad o porque surgieron preguntas sobre la práctica de la eutanasia o porque el expediente facilitado por el médico encargado no contenía suficiente información para llegar a un dictamen.

DIVERSOS TIPOS DE DICTÁMENES ESCRITOS

Si una notificación no suscita ni una sola pregunta (notificación NVO), el médico recibe siempre un dictamen resumido en el que se indica que la comisión dictamina, partiendo de la notificación, que el médico ha cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado.

Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas (NVO) en las que el médico recibió un dictamen resumido, se incluyen en el capítulo 3 los dictámenes 2023-031, 2023-015, 2023-013, 2023-021 y 2023-029. En este informe anual se describen resumidamente las notificaciones en cuestión. En el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.nl) se detalla y publica de esa forma una parte de las notificaciones NVO. En el dictamen resumido que se envía al médico no se incluye un resumen como el mencionado.

Si se trata de un caso que suscita preguntas (VO), la comisión comenta la notificación en una reunión, y se redacta un dictamen escrito detallado. En dicho dictamen, la comisión explica qué aspectos de la notificación han suscitado preguntas y en qué consideraciones se basa para decidir que “se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado” o que “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”.

Desde este año, existe también un nuevo tipo de dictamen resumido, que se emite para una parte de las notificaciones en las que la petición de eutanasia del paciente se debió a un sufrimiento derivado total o parcialmente de una enfermedad mental. Esto ya se ha explicado en el capítulo 1. En 2023 se enviaron 122 de estos dictámenes resumidos al médico.

PLANTEAMIENTO DE PREGUNTAS ESCRITAS Y VERBALES POR PARTE DE LAS CRV

En algunos casos, los informes y los anexos que presentan el médico y el asesor no proporcionan suficiente claridad a la comisión para poder evaluar la notificación. En ese caso, la comisión puede decidir que es necesario pedir una explicación más detallada al médico o al asesor.

A raíz de sus reuniones, la comisión solicitó una explicación escrita detallada al médico en 21 notificaciones.

En 16 notificaciones, la comisión invitó al médico, y en un único caso también al asesor, para que respondieran verbalmente a las preguntas de la comisión durante la siguiente reunión (después de, en su caso, haber planteado al médico preguntas por escrito). Esto incluye las cinco notificaciones mencionadas en las que la comisión encargada consideró finalmente que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Cuando se trata de preguntas sencillas que se refieren a los hechos, también se plantean por teléfono o por correo electrónico.

PERIODOS DE TRAMITACIÓN

El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y su evaluación fue en 2023 de una media de 31 días. Esto entra dentro del plazo máximo de seis semanas fijado en el artículo 9, párrafo primero de la Ley WTL. El periodo de tramitación también ha descendido este año con respecto a 2022 (entonces la media estuvo en 34 días).

NOTIFICACIONES EN EL “ESPACIO DE DEBATE” DE LAS CRV

Las comisiones se consultan mutuamente de forma intensiva sobre notificaciones complejas, en las que se considera conveniente que expresen su punto de vista todos los miembros de la comisión y los secretarios. La práctica habitual en esos casos es que, cuando una comisión considera que una notificación no cumple los requisitos de diligencia y cuidado, presenta a todos los demás miembros de la comisión el dictamen propuesto, acompañado del expediente digital correspondiente, en un llamado “espacio de debate”. Siguen esa ruta de forma automática las notificaciones sobre casos de eutanasia practicada a un paciente sin capacidad de expresar su voluntad, que se basan en su declaración de voluntad por escrito. Después de conocer las reacciones y sopesar las consideraciones planteadas, la comisión redacta un dictamen definitivo.

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

En 2023, se subieron al espacio de debate 26 notificaciones. Incluyen las notificaciones evaluadas como “no se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado”. En algunos casos, los dictámenes se comentaron también posteriormente en las reuniones de presidentes, médicos o expertos en ética.

SALA DE REFLEXIÓN

La reunión de los presidentes solicitó en 2023 a la sala de reflexión que estudiara la cuestión de si debería modificarse el marco de verificación en el Código sobre la Eutanasia 2022, con respecto a una petición de eutanasia derivada de un sufrimiento que sea consecuencia de una combinación de una enfermedad física y una enfermedad mental (apartado 4.3). Se espera recibir el asesoramiento correspondiente de la sala de reflexión en 2024.

CAPÍTULO 3

CASUÍSTICA

3

1 INTRODUCCIÓN

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

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

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

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

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

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

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

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

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

A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos de diligencia y cuidado. Tratamos (a) la voluntariedad y la consideración

dada a la petición, (b) el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, (d) la convicción conjunta de que no existe otra solución razonable, (e) la consulta independiente y (f) la diligencia y el cuidado médico debidos en la realización de la eutanasia.

Hay un requisito concreto de diligencia y cuidado que no se trata expresamente en este lugar: la información al paciente sobre sus perspectivas (c). Dicho requisito está estrechamente relacionado con otros requisitos de diligencia y cuidado, principalmente con el requisito de que el médico esté convencido de que existe una petición voluntaria y bien meditada. Eso solo puede darse si el paciente ha sido informado de su estado de salud y de sus perspectivas.

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

En el apartado 3 se tratan las notificaciones en las que las CRV dictaminaron que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado, que en el último año fueron un total de cinco.

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

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

2.1 CINCO EJEMPLOS DE LAS NOTIFICACIONES MÁS FRECUENTES

Tal y como se desprende del capítulo 2, una gran parte de las eutanasias se llevan a cabo en pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares o una combinación de enfermedades. Sirvan como ejemplo las siguientes cinco notificaciones, todas ellas notificaciones que no suscitan preguntas (NVO) o que han sido evaluadas digitalmente por las comisiones. Estos dictámenes ofrecen una imagen de la naturaleza de las notificaciones más frecuentes que reciben las CRV.

El primer dictamen incluye la descripción más completa, con el fin de mostrar que las comisiones examinan todos los requisitos de diligencia y cuidado. En los otros dictámenes se presta atención sobre todo al sufrimiento, a menos que existiera alguna particularidad en el campo de alguno de los demás requisitos de diligencia y cuidado.

CÁNCER

Forma rara de cáncer, mucho dolor por herida abierta

A una mujer de entre cuarenta y cincuenta años se le diagnosticó unos dos años antes de su fallecimiento un carcinoma orofaríngeo (cáncer en la boca/garganta). Los tratamientos no habían obtenido suficiente resultado. El cáncer se había extendido y ya no era posible la curación.

La mujer tenía una herida abierta en su cuello, de crecimiento rápido, que le producía mucho dolor. En los momentos en que estaba en condiciones de comer, era frecuente que la comida saliera por la herida. Esto hacía que la mujer perdiera peso y fuerzas con rapidez y que siempre tuviera hambre. Además, la mujer tenía dificultades para hablar. Consideraba que su existencia no era digna.

La mujer había hablado anteriormente con el médico sobre eutanasia y más de una semana antes del fallecimiento pidió al médico que llevara a cabo la terminación de la vida.

Según el médico, existía una petición voluntaria y bien meditada. El médico estaba también convencido de que el sufrimiento era insostenible para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían más posibilidades aceptables de aliviar su sufrimiento. Del expediente se desprende además que el médico había informado a la mujer sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

El médico consultó a un médico SCEN independiente, en calidad de asesor, que visitó a la mujer cuatro días antes del fallecimiento. El asesor llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

El médico llevó a cabo seguidamente la eutanasia con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendadas en la Directriz sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio de la KNMG/KNMP de 2021.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-031.

ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

Enfermedad cerebral rara, dependiente de cuidados

Una mujer de entre setenta y ochenta años de edad comenzó a sufrir problemas neurodegenerativos varios años antes del fallecimiento. Alrededor de un año antes del fallecimiento, se le diagnosticó Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP). Se trata de una enfermedad del cerebro con síntomas similares a los de la enfermedad de Parkinson, en la que los pacientes pueden experimentar problemas de equilibrio, pensamiento y movimiento.

La mujer sufría caídas con regularidad. También tenía problemas de habla y problemas para tragar, que aumentaban progresivamente. La mujer era totalmente dependiente de los cuidados que recibía en el establecimiento residencial medicalizado en el que estaba ingresada. Para ella, la situación era insoportable.

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

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-015.

ENFERMEDAD PULMONAR

Enfermedad pulmonar rara, Centro Especializado de Eutanasia, deseo actual de eutanasia

A una mujer de entre ochenta y noventa años de edad se le diagnosticó linfangioleiomiomatosis (LAM) unos nueve años antes del fallecimiento. Esta enfermedad produce cicatrices en los pulmones, que dañan el tejido pulmonar. Poco antes del fallecimiento, el cuadro clínico era comparable con el de la EPOC grave.

La mujer tenía constantes dificultades para respirar, que se agravaban progresivamente. Dependía de la administración de oxígeno extra. Debido a su enfermedad, la mujer era dependiente y su mundo cada vez era más reducido. Esto era para ella insoportable, dado que había sido siempre una mujer independiente.

La mujer no sentía ninguna conexión con su médico de familia y se dirigió al Centro Especializado de Eutanasia (EE). Desde el momento en que se puso en contacto con el centro la mujer expresó regularmente su deseo de eutanasia, pero también indicó frecuentemente que consideraba que su sufrimiento todavía era soportable y que todavía no quería que se llevara a cabo la terminación de la vida. Durante un periodo de tres años, la mujer mantuvo otras dieciocho conversaciones con el médico. Algo más de un mes antes del fallecimiento, la mujer pidió al médico que procediera a la terminación de su vida.

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

El médico consultó con un médico SCEN independiente, en calidad de asesor. El asesor visitó a la mujer tres veces, debido a sus cambios de opinión sobre su deseo de eutanasia. La última visita tuvo lugar más de una semana antes del fallecimiento. El asesor llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-013.

Trombosis en la arteria cerebral, imposibilidad de hablar

Un hombre de entre cincuenta y sesenta años sufrió una trombosis (un coágulo de sangre) en una de sus arterias cerebrales, varios meses antes del fallecimiento. La trombosis causó una parálisis de las cuatro extremidades. Tras una rehabilitación, el hombre siguió teniendo un lado de su cuerpo paralizado.

El hombre, que siempre había sido autónomo, pasó a ser totalmente dependiente de otros. Ya no podía hablar y desarrolló un trastorno de la deglución, que suponía un peligro de atragantamiento. El hombre tenía una cánula de traqueotomía, que es un tubito que debe colocarse en la tráquea para poder respirar adecuadamente. La cánula debía ser aspirada varias veces al día. Ya no podía comer y beber por sí solo. Además, el hombre sentía vergüenza de las fuertes emociones que podían presentarse repentinamente debido a su enfermedad.

Según el médico, existía una petición voluntaria y bien meditada. Aunque el hombre ya no podía hablar, sí que podía comunicarse bien con gestos, movimientos de la cabeza, señalando y con un dispositivo informático con voz. Todo ello le permitía expresar su petición claramente.

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

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-021.

COMBINACIÓN DE ENFERMEDADES

Adicción al alcohol, diversas enfermedades físicas, psiquiatra independiente

Un hombre de entre cuarenta y cincuenta años era alcohólico desde su juventud. Los ingresos en una clínica de desintoxicación no le ayudaron. Su adicción se consideraba no tratable y le causaba un deterioro físico. El hombre tenía pancreatitis crónica y poco antes del fallecimiento se agravaron repentinamente sus problemas pulmonares. Existían sospechas firmes de EPOC y polineuropatía (dolor y problemas con el movimiento y la sensibilidad, por afectación de los nervios).

El hombre había adelgazado mucho debido a sus enfermedades. También estaba físicamente muy débil y tenía frecuentemente dificultad respiratoria. Tenía muy poca energía y ya no podía salir a la calle. Pasaba sus días sobre todo en la cama o en su silla. El hombre sufría también dolor crónico y era incontinente, algo que encontraba muy desagradable.

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

El médico consultó con un psiquiatra independiente, que concluyó que en el momento de la evaluación no existía un estado depresivo, maniaco o psicótico que pudiera influir en el deseo de eutanasia del hombre. El psiquiatra independiente consideró que el hombre tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a la petición de eutanasia. El asesor consultado (el médico SCEN) también compartía esa opinión.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-029.

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

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

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

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

En determinadas situaciones se pueden plantear preguntas especiales sobre este requisito de diligencia y cuidado. En la notificación siguiente se plantea la pregunta de si el paciente había solicitado realmente la realización de la eutanasia. No se puede aceptar una petición de eutanasia realizada por un tercero en nombre del paciente. En todos los casos debe quedar claro que la petición ha sido expresada por el propio paciente (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 21).

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

Carcinoma en la cabeza del páncreas, apoderado, explicación verbal del médico

A una mujer de entre setenta y ochenta años se le diagnosticó cáncer de páncreas dos años y medio antes de su fallecimiento. Medio año antes del fallecimiento, el cáncer regresó, con metástasis en el hígado. No existía curación posible.

Unos cuatro meses antes del fallecimiento, la mujer habló por primera vez con el médico sobre eutanasia. En las conversaciones siguientes, ambos hablaron frecuentemente sobre la cuestión. Poco antes del fallecimiento, la mujer todavía no había realizado una petición real. Esperaba entrar en coma, para no tener que tomar ninguna decisión sobre el final de su vida.

En el informe, el médico había indicado que se había solicitado que se llevara a cabo la terminación de la vida “por mediación de la pareja apoderada”, y también indicó: “Dejando expresamente la decisión a la pareja”. Para la comisión no estaba claro lo que había sucedido exactamente en el breve periodo anterior al fallecimiento y decidió pedir una explicación al médico.

El médico declaró que la mujer se enfrentaba a sentimientos contrapuestos sobre su petición de eutanasia. Pensaba siempre más en sus allegados que en ella misma. También fue posponiendo su petición debido a vacaciones y cumpleaños de sus hijos y nietos. La mujer no quería que su fallecimiento influyera en eventos festivos. La mujer también encontraba siempre algo positivo cada día, algo que le daba fuerzas para continuar un poco más. El día de la eutanasia, el médico le preguntó a la mujer si quería y podía seguir viviendo. Entonces la mujer sacudió la cabeza. Cuando el médico preguntó a la mujer si quería morir, afirmó con la cabeza. La mujer estaba totalmente agotada y a veces estaba aturdida por la medicación. Seguidamente, el médico, sabiendo que la mujer quería morir, coordinó el momento de la realización con la pareja de la mujer.

Para la comisión quedó claro que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer. La mujer había hablado con el médico varias veces durante un largo periodo sobre su deseo de eutanasia cuando llegara el momento, y era plenamente consciente de la situación. A pesar de que, en el último momento, la mujer ya no estaba en condiciones de expresar bien su petición, pudo confirmar su petición y el médico pudo concluir que existía una petición actual de eutanasia. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

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

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

Aunque los requisitos de diligencia y cuidado relativos (b) al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora y (d) a la inexistencia de otra solución razonable están interrelacionados y, en consecuencia, suelen evaluarse conjuntamente, a continuación se comentarán los requisitos en dictámenes separados. El primer dictamen se centra en la falta de perspectivas de mejora y en el sufrimiento insoportable y el segundo dictamen se centra en el convencimiento conjunto del médico y el paciente de que no existe otra solución razonable.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

Fractura de cadera, breve plazo de tiempo entre la petición y el fallecimiento

Un hombre de entre noventa y cien años de edad vivía de forma autónoma hasta que sufrió una caída y se rompió la cadera. El hombre comentó con el cirujano las posibilidades de una eventual operación de cadera. Se había informado sobre las posibilidades de operación y, teniendo en cuenta las experiencias que conocía de su entorno y su edad y vulnerabilidad, no quería una operación de cadera. Después de un breve ingreso hospitalario, el hombre fue trasladado a un hospital de cuidados paliativos. En dicho establecimiento, el hombre pidió inmediatamente al médico la eutanasia. El médico estuvo dispuesto a ayudar al hombre.

Del expediente se desprende que entre el momento de la caída y el fallecimiento solo transcurrieron dos semanas. Por ello, la comisión se preguntó, entre otras cosas, si el médico pudo tener suficiente seguridad sobre la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento, dado que el hombre todavía no se había tomado tiempo para acostumbrarse a la nueva situación. El médico describió que la vida del hombre hasta la caída era aceptable y que todavía funcionaba de forma autónoma. Su rotura de cadera le obligaría a perder mucha independencia. Además, la posibilidad de volver a caminar y de ser nuevamente autónomo era muy pequeña. El hombre quiso terminar con su vida prácticamente inmediatamente después de la caída, pero no tuvo éxito en su intento. El médico indicó que, a pesar del corto periodo de tiempo entre la caída y su petición, el hombre estaba seguro de que quería morir lo antes posible.

La comisión constató que el hombre siempre había llevado una vida independiente. Con el transcurso de los años había aumentado su dificultad de movimientos, pero todavía disfrutaba de su vida y su autonomía. Después de su caída y de la rotura de la cadera, el hombre perdió totalmente su independencia. Sufrió por su creciente dependencia de otros. La comisión concluyó que el hombre ya no podía dar un contenido satisfactorio a su vida, debido a dicha limitación.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-120.

INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

El médico de familia todavía veía posibilidades de tratamiento, ingreso en establecimiento residencial medicalizado

Una mujer de entre setenta y ochenta años de edad sufría varias enfermedades físicas. Tenía dolor como consecuencia de la poliartrosis (desgaste de las articulaciones) y dolor de estómago debido a la fibromialgia (dolor en el tejido conjuntivo y los músculos). También tenía colapso de vértebras consecuencia de la osteoporosis (descalcificación ósea) y picores graves por eccemas. Todos esos síntomas habían agotado a la mujer y había dejado de cuidarse. La mujer había tenido siempre una vida social activa, pero ahora no era ni una sombra de sí misma.

De los datos de la notificación se desprende que el médico de familia de la mujer no estaba totalmente convencido de que no existiera ninguna otra solución razonable para el sufrimiento de la mujer. También consideraba que la mujer expresaba el sufrimiento de forma cambiante. Para el médico, eso era motivo para no llevar a cabo la petición de eutanasia. La mujer se dirigió a un médico del Centro Especializado de Eutanasia.

El médico habló cuatro veces con la mujer y, durante esas conversaciones, ella repitió varias veces su petición. El médico había hablado con la mujer de otras soluciones que había propuesto el médico de familia, a saber: el ingreso en un establecimiento residencial medicalizado o el tratamiento del picor. En principio, mudarse a un establecimiento residencial medicalizado le pareció buena idea a la mujer, pero ahora ya no tenía energía para mudarse. Así que no existía para ella ninguna otra solución razonable. Además, el dolor y el picor seguirían presentes, y esos síntomas ya estaban siendo supervisados y tratados con medicación de forma óptima.

El médico consultó a un psiquiatra independiente, porque tenía dudas sobre la existencia de un trastorno de la personalidad. El psiquiatra independiente concluyó que no existía una problemática psiquiátrica grave. La mujer sí que mostraba rasgos de un trastorno de personalidad por evitación, por lo que le resultaba más difícil afrontar sus síntomas físicos. Pero la mujer no quería un tratamiento para aprender a aceptar mejor esa situación. El psiquiatra concluyó además que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia.

Para la comisión quedó claro que la petición de la mujer estaba basada en sus síntomas físicos y que dichos síntomas ocasionaban un sufrimiento extra porque la mujer tenía dificultad para afrontarlo. Según la comisión, el médico había motivado claramente por qué llegó a la conclusión de que no

existía ninguna otra solución razonable. También apoyaron la postura del médico el asesor independiente (médico SCEN) y el psiquiatra independiente. Por ello, la comisión dictaminó que el médico y la mujer pudieron llegar conjuntamente al convencimiento de que no existía ninguna otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-121.

CONSULTA

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

La Ley WTL se refiere al asesor como un “médico independiente”. En este contexto, independiente significa que el asesor esté en condiciones de emitir un dictamen propio. Se trata además de la independencia con respecto al médico y al paciente. Por eso es importante que el asesor y el médico traten en sus informes su relación mutua y que el asesor trate en su informe su relación con el paciente. 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 (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 32-33).

Profesional encargado recientemente (también) del tratamiento, independencia asesor-paciente

Un hombre de entre sesenta y setenta años de edad mostraba un trastorno del espectro autista, un trastorno bipolar y depresiones recurrentes. Además, tenía síntomas físicos constantes. El hombre había sido supervisado y tratado ampliamente durante años. Por ejemplo, se sometió a más de cien sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC).

El médico acudió a un médico SCEN que también era psiquiatra, en calidad de asesor. Dicho profesional había visto al hombre regularmente para las sesiones de TEC, en el periodo entre diez años y tres años antes del fallecimiento. En su informe, el asesor indicó que nunca había tenido una relación terapéutica real con el hombre y que su parte en el tratamiento estaba sobre todo limitada a un “papel técnico”. El hombre nunca había estado en la consulta del asesor y el asesor no lo había visto nunca en una situación distinta que tumbado en la cama de un hospital. El asesor tampoco fue nunca corresponsable de la indicación y la evaluación del tratamiento de TEC. El asesor no sabía nada de la biografía y la situación del hombre.

La comisión constató que, en el periodo entre diez años y tres años antes del fallecimiento del hombre, el asesor compartió la responsabilidad de la aplicación de la TEC y también fue responsable del tratamiento de las eventuales complicaciones durante la TEC e inmediatamente después. La comisión constató que, en consecuencia, el asesor había estado también encargado del tratamiento del hombre durante dicho periodo. El papel del asesor como coencargado del tratamiento se había limitado a aplicar un tratamiento médico que se ofrecía en el marco de un plan de tratamiento más amplio. Tres años antes del fallecimiento se interrumpió la aplicación de la TEC, debido a los efectos insuficientes y a graves problemas de memoria del hombre. Desde entonces, el asesor no había estado de ninguna forma implicado en el tratamiento del hombre.

Por ello, la comisión llegó a la conclusión de que no existía una relación terapéutica reciente e intensiva entre el asesor y el hombre y que, en consecuencia, el asesor estaba a suficiente distancia para poder llegar a un dictamen independiente. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-110.

REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

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

REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Notificación que no suscita preguntas (NVO), la vía no estaba bien colocada, el procedimiento se realiza íntegramente de nuevo

Una mujer de entre setenta y ochenta años tenía cáncer de páncreas con metástasis. No existía curación posible. La terminación de la vida se desarrolló con ciertas complicaciones. Del formulario de notificación del médico se desprende lo siguiente:

En la mañana del día que se llevó a cabo la terminación de la vida, distintos profesionales sanitarios intentaron varias veces colocar una vía a la mujer. Tras no conseguirlo en varias ocasiones, se decidió finalmente colocar una vía en el hospital, con ayuda de un ecógrafo. Se procedió a colocar la vía de esa manera y la mujer pudo regresar a casa. La eutanasia estaba planeada para el final de la tarde.

Durante la realización de la eutanasia, se administró sin problemas y sin dolor la lidocaína (un analgésico), seguida de un inductor del coma. El médico también pudo enjuagar la vía con una solución salina, sin ningún problema. No obstante, después de administrar la sustancia inductora del coma, la mujer seguía consciente. Aunque no existían señales claras al respecto, el médico sospechó que la vía no estaba bien colocada, porque la mujer no entraba en estado de coma. El médico se puso en contacto con urgencias del hospital y con el anestesista de guardia, para comentar la situación. Ambos acordaron colocar nuevamente una vía en el hospital.

Seguidamente, la mujer fue trasladada en ambulancia al hospital. Allí se le colocó una “vía continua”, con ayuda de un ecógrafo, para aumentar al máximo las posibilidades de que la vía permaneciera bien colocada.

El médico gestionó en el hospital una dosis de emergencia extra de las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, con el fin de tener nuevamente a su disposición una primera dosis y una dosis de emergencia. El médico volvió a seguir nuevamente todo el procedimiento en casa de la mujer. Esta vez, la administración del inductor del coma seguido del bloqueador neuromuscular se desarrollaron sin problemas. La mujer falleció en paz.

La comisión constató que el médico interrumpió la realización de la eutanasia después de haber concluido que la vía no funcionaba bien. El médico actuó de forma adecuada y conforme a la Directriz, encargándose de que se colocara una nueva vía. Seguidamente, el médico llevó a cabo nuevamente todo el procedimiento. El médico obtuvo el asesoramiento de un anestesista sobre los mejores pasos subsiguientes. Durante la realización, el médico mantuvo la calma y asistió a la mujer y a sus allegados. Según la comisión, el médico también había cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

2.3. CUATRO EJEMPLOS DE PACIENTES DE CATEGORÍAS ESPECIALES

A continuación se detallan cuatro dictámenes sobre pacientes de categorías especiales. La primera notificación se refiere a un paciente con una enfermedad mental, la segunda notificación trata de un paciente con una acumulación de enfermedades propias de la vejez. Las notificaciones tercera y cuarta relatan casos de pacientes con demencia.

ENFERMEDAD MENTAL

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

Notificación que suscita preguntas (VO), trastorno obsesivo compulsivo, sin alternativas razonables

Una mujer de entre dieciocho y treinta años sufría desde que era muy joven un trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Dicho trastorno obsesivo compulsivo se manifestaba en fobia a los gérmenes y perfeccionismo, y también contribuyó al surgimiento de un trastorno alimenticio. Un año antes del fallecimiento se constataron también en la mujer rasgos de un trastorno del espectro autista.

Debido a sus enfermedades mentales, la mujer tenía dificultad para dar contenido a su vida y no podía disfrutar de actividades. Nunca podía cumplir los exigentes requisitos de perfección que se imponía debido al TOC y se castigaba por ello autolesionándose. La mujer tenía dificultades para procesar lo que le sucedía en la vida cotidiana y tenía problemas para establecer y mantener contactos sociales. La mujer sufría por la enorme presión que sentía constantemente y no quería seguir sufriendo.

El médico constató que la mujer era consciente de su enfermedad y la comprendía y que conocía sus perspectivas y las consecuencias de su deseo de eutanasia. El psiquiatra independiente consultado por el médico y el asesor (médico SCEN) concluyeron también que la mujer tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su petición de eutanasia.

Del expediente se desprende que la mujer se había sometido a muchos tratamientos psiquiátricos durante la mayor parte de su vida. Dichos tratamientos no pudieron interrumpir sus pensamientos y actos compulsivos y tampoco ofrecían ninguna perspectiva. El psiquiatra independiente concluyó que tanto los tratamientos destinados a reducir los síntomas como la atención de apoyo que recibió no habían podido reducir la forma en que la mujer experimentaba el sufrimiento. Al contrario, los síntomas solo habían empeorado con el paso del tiempo y debido a los distintos intentos de tratamiento. Según el psiquiatra independiente, ya no había más posibilidades de tratamiento. El asesor consultado compartía esa opinión.

Debido a la juventud de la mujer, el médico había comentado la petición de eutanasia en unas consultas morales y también había consultado ampliamente con varios terapeutas. De todo ello se desprendió que todavía existía la posibilidad de aplicar un tratamiento de estimulación cerebral profunda (DBS). Se estudió si dicho tratamiento podía ser una opción razonable para la mujer. Se constató que la mujer ya no podía conseguir la motivación necesaria para pasar por ese tratamiento largo e intensivo.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-004.

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 potencialmente mortal. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo) pueden ocasionar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. Una suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan pueden ocasionar sufrimiento. Para estos pacientes, el sufrimiento y su consideración como insoportable también van aparejados con cuestiones como la biografía, la personalidad y el umbral de aguante (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 25).

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

Notificación que no suscita preguntas (NVO), edad 100+, varias enfermedades, trastornos del estado de ánimo

Una mujer de más de 100 años de edad sufría varias enfermedades propias de la vejez. Tenía hipertensión, que le producía problemas en los vasos sanguíneos y los riñones. También padecía de sordera acompañada de zumbido en los oídos (acúfenos) y visión reducida. La mujer dormía mal y estaba continuamente cansada. La mujer tenía muchas dificultades para moverse. Pudo funcionar autónomamente hasta una edad avanzada, pero, pero desde hacía poco tiempo había pasado a ser dependiente del cuidado de otros para sus actos cotidianos. También experimentó un deterioro cognitivo y su comprensión se redujo. Esto le ocasionaba ansiedad y desarrolló sentimientos de pesimismo y tristeza.

Un mes y medio antes del fallecimiento, la mujer habló por primera vez con el médico de la terminación de la vida. En esa ocasión ya pidió inmediatamente la eutanasia. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. El médico consultó a un psiquiatra independiente, para que evaluara los síntomas de pesimismo y tristeza de la mujer. El psiquiatra concluyó que esos síntomas habían surgido por el estado físico en que se encontraba la mujer. No existía depresión. También apoyó esa postura el asesor independiente (médico SCEN).

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

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-043.

DEMENCIA

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

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

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

En cualquier caso, la declaración de voluntad por escrito debe incluir, como mínimo, que el paciente solicita la eutanasia si se encuentra en una situación en la que ya no pueda expresar su voluntad. Si el paciente también desea que accedan a su petición aunque no exista un sufrimiento insoportable consecuencia de un padecimiento físico, de la declaración de voluntad por escrito deberá desprenderse también que el paciente considera insoportable su sufrimiento (esperado) en dicha situación y que ese es el motivo de su petición (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, página 42).

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

PACIENTE CON DEMENCIA, CON CAPACIDAD DE EXPRESAR LA VOLUNTAD

Notificación que no suscita preguntas (NVO), enfermedad de Alzheimer, donación de órganos

A un hombre de entre sesenta y setenta años se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer unos meses antes del fallecimiento. La memoria del hombre se deterioró rápidamente. También era cada vez más torpe y se enfadaba con rapidez. El miedo a tener que ser ingresado en un establecimiento residencial medicalizado dominaba su vida. Por eso no quería de ningún modo solicitar la eutanasia demasiado tarde.

El hombre habló con el médico por primera vez de la terminación de la vida casi un año antes del fallecimiento. Un mes y medio antes del fallecimiento, pidió al médico que llevara a cabo la eutanasia.

Según el médico, a pesar de su demencia, el hombre tenía una idea y un conocimiento suficientemente claros de su enfermedad y no existía ninguna duda sobre la voluntariedad y la reflexión dada a su petición de eutanasia. El médico también estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora. Ya no había más posibilidades aceptables de aliviar su sufrimiento. Además, el médico había informado al hombre suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

El médico consultó a un médico SCEN independiente, en calidad de asesor, que visitó al hombre alrededor de un mes antes del fallecimiento. El asesor llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. El hombre había indicado que quería donar sus órganos después del fallecimiento. Por consiguiente, la eutanasia se llevó a cabo en el hospital. Durante la realización de la eutanasia, el médico siguió también la Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*) de julio de 2023, redactada por la Fundación neerlandesa de Trasplantes.

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

Puede encontrarse en el sitio web con el número 2023-074.

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

Notificación que suscita preguntas (VO), enfermedad de Alzheimer, declaración de voluntad por escrito, Centro Especializado de Eutanasia, ingreso en unidad de régimen cerrado

Unos diez años antes del fallecimiento de un hombre de entre ochenta y noventa años, se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo con una autorización judicial, residía en una unidad de régimen cerrado de un complejo de viviendas asistidas, porque ya no podía residir en su casa debido a su enfermedad. Después de que al hombre se le diagnosticara la demencia, redactó una declaración de voluntad por escrito y la comentó con su médico de familia. El hombre actualizó dicha declaración de voluntad por escrito ocho años y cinco años antes del fallecimiento.

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

Cuando el hombre redactó su declaración de voluntad por escrito después de que se le hubiera diagnosticado Alzheimer, tenía capacidad de expresar la voluntad con respecto a su deseo de eutanasia. La declaración de voluntad fue redactada voluntariamente, estaba bien meditada y fue comentada con el médico de familia y con los allegados. La declaración de voluntad también fue actualizada dos veces en los años siguientes.

En su declaración de voluntad, el hombre había indicado que no quería llegar a una situación en la que perdiera su dignidad personal, sufriera sin perspectivas de mejora o de forma insoportable o se pudiera prever un mayor deterioro personal. El hombre escribió además con sus propias palabras que deseaba la eutanasia en caso de demencia si era incontinente, si debía ser ingresado en un establecimiento residencial medicalizado, si se volvía agresivo, si ya no reconocía a sus seres queridos, si entraba en situación de coma, si sufría un derrame cerebral, si ya no podía comer, beber o respirar por sí solo, si ya no podía actuar por sí solo, leer o ver la televisión y si estaba constantemente angustiado.

El hombre acudió al Centro Especializado de Eutanasia (EE). Durante las primeras tres conversaciones con el equipo del EE, la capacidad de expresar la voluntad del hombre fue cambiante. El médico concluyó que en ese momento no existía un sufrimiento insoportable y que todavía no existía un deseo actual de eutanasia. Unos meses después, alrededor de tres meses antes del fallecimiento, el hombre habló por cuarta vez con el médico, por petición de su esposa. Después se mantuvieron todavía cinco conversaciones. Durante dichas conversaciones, el hombre ya no tenía capacidad de expresar la voluntad.

El estado mental y físico del hombre se deterioró rápidamente en el complejo de viviendas asistidas. Conjuntamente con la esposa del hombre, sus hijos y

otros médicos implicados, el médico llegó a la conclusión de que se daban las circunstancias que había descrito el hombre en su declaración de voluntad por escrito. El hombre se había mostrado varias veces agresivo con las personas que lo rodeaban. También estaba intranquilo, confuso y frustrado porque ya no podía manejar la situación. Frecuentemente no reconocía a las personas que le rodeaban, ya no era posible una comunicación significativa y su memoria se deterioraba con rapidez.

La comisión constató que en el momento de la realización de la eutanasia se daban las circunstancias que el hombre había descrito como sufrimiento insoportable en su declaración de voluntad por escrito.

La comisión también concluyó que la declaración de voluntad del hombre cumplía los dos elementos esenciales. De la declaración de voluntad se desprende que el hombre quería la eutanasia si llegaba a ser incapaz de expresar su voluntad debido a la demencia y, además, el sufrimiento derivado de la demencia era el motivo de su petición.

La comisión constató además que el médico, durante las visitas al hombre, no había sido testigo de ninguna expresión verbal o comportamiento que fueran contrarios a su petición de eutanasia (las conocidas como “contraindicaciones”).

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

Por lo que se refiere al sufrimiento insoportable, la comisión consideró que el médico lo había estudiado cuidadosamente durante las conversaciones. El hombre se mostraba muy intranquilo, visiblemente frustrado y dijo en varias ocasiones que no quería seguir viviendo. Era agresivo y podía golpear a otros sin previo aviso. Recibía medicación para ello, pero le ocasionaba caídas frecuentes. Además, el hombre ya no podía comer y beber por sí solo, ni funcionar autónomamente. Ya no reconocía a sus allegados y cuando se daba cuenta de que estaba perdiendo la memoria se mostraba triste, frustrado e impotente. El médico consideró que la situación del hombre era humillante y que su sufrimiento era patentemente insoportable. También compartían esa opinión otros médicos implicados, el experto independiente y el asesor. El sufrimiento insoportable actual tenía su origen en la intranquilidad y el enfado que presentaba el hombre debido a la enfermedad.

Durante la primera visita del médico, el hombre tenía todavía (parcialmente) capacidad de expresar la voluntad, pero en las últimas conversaciones ya no tenía capacidad de expresar su voluntad. Por ello, el médico no pudo hablar detenidamente con el hombre sobre otras soluciones razonables. El hombre había indicado que era consciente de que su situación solo iba a empeorar, al igual que su hermano y hermana, que también sufrieron la enfermedad de Alzheimer. El hombre podía esbozar una imagen real de la evolución de la enfermedad. Cuando todavía tenía su capacidad íntegra de expresar la

voluntad, ya había hablado de todo ello con su médico de familia, los médicos que le trataban y sus allegados. En lo relativo al sufrimiento y la inexistencia de otra solución razonable, el médico se basó en sus propias observaciones, en informes de otros médicos que trataban al hombre y en conversaciones con ellos. El experto independiente y el asesor también llegaron a la conclusión de que ya no existían otras alternativas razonables para mitigar el sufrimiento del hombre. No existían más posibilidades de aliviar humanamente los ataques de ira y la intranquilidad del hombre.

INFORMACIÓN FACILITADA SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS PERSPECTIVAS

Del expediente se desprendía que, en torno al momento del diagnóstico y la redacción de su declaración de voluntad por escrito, el hombre fue ampliamente informado por los médicos que le trataban sobre su enfermedad y sus perspectivas. Durante ese periodo, el hombre todavía tenía capacidad de expresar la voluntad y sabía bien lo que implicaba la enfermedad. También lo había visto en su hermano y hermana. Cuando el médico se implicó en la situación, el hombre todavía tenía momentos con capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia. La comisión dictaminó que, en el momento de redactar su declaración de voluntad, el hombre era consciente de su cuadro clínico y del desarrollo de la enfermedad.

CONSULTA

El asesor consultado, un psiquiatra, habló con el médico y estudió toda la información relevante, incluida la declaración de voluntad. El asesor visitó al hombre, pero en ese momento ya no era posible mantener con él una comunicación significativa, y habló con su esposa. Concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

El médico consultó como experto independiente a un geriatra que visitó al hombre e intentó mantener con él una conversación. El experto independiente habló además con varias personas implicadas, estudió toda la información y llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

REALIZACIÓN

Debido al comportamiento intranquilo del hombre y a las posibles expresiones de enfado, frustración y agresión física, todos los implicados optaron de común acuerdo por administrar al hombre una medicación tranquilizante antes de la realización. El hombre se durmió con la medicación. Seguidamente, el médico realizó la eutanasia conforme a la Directriz, en presencia de la esposa y los hijos del hombre.

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

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

En el periodo recogido en este informe anual, las CRV solo llegaron en cinco ocasiones al dictamen de que el médico no había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado al llevar a cabo la eutanasia. En un caso se trató del requisito de diligencia y cuidado relativo a la consulta, dos notificaciones trataban sobre el cuidado especial que debe aplicarse si la petición de eutanasia se basa (en gran medida) en el sufrimiento consecuencia de una enfermedad mental, una notificación trataba una combinación de enfermedades físicas y una enfermedad mental, en la cual debía haberse aplicado también un cuidado especial, y una notificación se refería a la realización sin la diligencia de la práctica médica. Pueden leer los dictámenes a continuación y su versión más extendida se puede encontrar en el sitio web.

CONSULTA CON UN ASESOR INDEPENDIENTE

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

En la siguiente notificación no existió una consulta independiente, porque el asesor consultado estaba inscrito como paciente en la consulta del médico encargado.

En esta notificación, el médico consultó con un médico SCEN en calidad de asesor. El médico escribe lo siguiente en su informe sobre la independencia del asesor: *“Únicamente conozco al asesor como paciente inscrito en mi consulta y no supe que era médico SCEN hasta el momento del contacto a través de dicha organización”*. El asesor escribió en su informe: *“Conozco al médico desde hace 1 año porque es mi propio médico de familia. Lo he visto únicamente 1 vez. Me considero en condiciones de emitir un dictamen independiente y profesional.”*

Durante la explicación verbal ante la comisión se desprendió que el médico y el asesor habían entrado en contacto a través del calendario de turnos de los médicos SCEN. Durante el contacto telefónico entre el médico y el asesor, ambos eran conscientes de que el asesor estaba inscrito como paciente de la consulta del médico desde hacía un año. Se habían visto brevemente en una ocasión, en la consulta del médico, durante una conversación de toma de contacto inicial. Cuando hablaron, llegaron a la conclusión de que eso no suponía un obstáculo para la consulta.

El médico y el asesor declararon que no conocían el texto del Código sobre la Eutanasia 2022, del que se desprende que un asesor que sea paciente del médico encargado no puede actuar como asesor independiente. El médico y el asesor no eran conscientes de que debía haberse consultado con otro asesor.

La comisión considera que no es deseable que se encargue de la consulta un médico que esté inscrito como paciente del médico encargado de la eutanasia. El médico sabía que el asesor estaba inscrito en su consulta como paciente. A pesar de que solo había visto al asesor una vez en una conversación de toma de contacto, debería haber consultado con otro asesor para garantizar la independencia entre ellos.

La comisión dictaminó que, en este caso, no existió una consulta con un médico independiente. El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

APLICACIÓN DE UN CUIDADO ESPECIAL EN CASO DE ENFERMEDADES MENTALES

Si una petición de eutanasia se deriva (en gran medida) del sufrimiento que causa una enfermedad mental, se pide al médico que aplique un cuidado especial. Dicho cuidado especial se refiere principalmente a la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a su petición, al sufrimiento sin perspectivas de mejora y a la existencia o no de otra solución razonable. El punto de partida de las CRV es que, en este tipo de pacientes, el médico siempre debe recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría. El objeto de recurrir a los conocimientos de un experto en psiquiatría es que el médico pueda informarse adecuadamente y reflexionar de forma crítica sobre el convencimiento propio (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46-47).

En la siguiente notificación no se cumplió el requisito de la consulta con un psiquiatra independiente. Por tanto, el médico no aplicó el cuidado especial que exigen estas situaciones.

Esta notificación se refiere a una mujer de entre setenta y ochenta años de edad, con problemas de acúfenos. Los síntomas fueron estudiados por varios médicos, sin encontrar una causa física clara. En el pasado, la mujer fue tratada por un síndrome de estrés post traumático (SEPT); los síntomas se habían reducido pero no habían desaparecido. Unos meses antes del fallecimiento, la mujer tuvo un intento de suicidio y comenzó a ser tratada por un psiquiatra. El psiquiatra constató que la mujer padecía un trastorno de síntomas somáticos y un trastorno depresivo. Por consejo del psiquiatra, la mujer fue remitida a un centro de audiolología y a la consulta sobre acúfenos de un hospital universitario. Allí se constató que existía una pérdida auditiva neurosensorial (daños en el oído interno), pero se concluyó que no había ninguna indicación de ayuda específica porque ya se ofrecía supervisión psiquiátrica. Además del zumbido en los oídos, la mujer también tenía palpitaciones y sensación de aturdimiento. Los diversos tratamientos aplicados desde salud mental (GGZ) no tuvieron ningún efecto en los síntomas de la mujer. El psiquiatra que la trataba concluyó que ya no había otras opciones de tratamiento.

El médico consultó con un médico SCEN independiente en calidad de asesor, que no tenía conocimientos especializados de psiquiatría. El médico no consultó con un psiquiatra independiente.

Durante la explicación verbal ante la comisión, el médico declaró que recurrir a los conocimientos psiquiátricos especializados casi nunca se traducían en unas perspectivas diferentes. No quería someter a la mujer a la molestia innecesaria de un examen porque, según él, no había opciones reales de tratamiento para mitigar el sufrimiento. Además, el médico indicó que un examen a cargo de un psiquiatra independiente habría supuesto una carga excesiva para la mujer. Lo único que la mujer todavía quería era terminar con su sufrimiento a través de la eutanasia. El médico consideró que se trataba de una buena razón para no consultar con un experto en psiquiatría. El médico también consideró que no era necesario consultar con un psiquiatra independiente porque, según él, los acúfenos suelen considerarse una enfermedad somática, en gran parte incomprendida.

Según la comisión, el médico debería haber actuado con un cuidado especial, porque un trastorno de síntomas somáticos debe considerarse una enfermedad mental (a pesar de que pueda tener un origen físico). Además, al no consultar con un experto en psiquiatría, el médico no pudo responder suficientemente a los trastornos del estado de ánimo de la mujer, a su reciente intento de suicidio y a los síntomas todavía existentes de SEPT. La explicación que dio el médico de por qué no había recurrido a un experto en

psiquiatría no convenció a la comisión. El médico tampoco había preguntado a la mujer si estaba abierta a mantener una conversación con un psiquiatra independiente. La comisión no estaba convencida de que pedir el dictamen de un psiquiatra independiente hubiera supuesto una carga desproporcionada para la mujer en este caso.

Como el médico no consultó con un psiquiatra independiente, la comisión dictaminó que el médico no había fundamentado suficientemente su convicción de que la petición de la mujer era voluntaria y bien meditada, que su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y que no existía otra solución razonable para la situación. El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

En la siguiente notificación, el médico sí que consultó con un psiquiatra independiente, pero este no evaluó la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento y la inexistencia de otra solución razonable. Además, tampoco existió un diagnóstico claro.

DICTAMEN 2023-038

Esta notificación se refiere a una mujer de entre sesenta y setenta años, que desde muy joven sufría trastornos del estado de ánimo. Según la mujer, más de cincuenta años antes del fallecimiento se le diagnosticó una depresión para la cual siguió muchos tratamientos, incluidos medicación e ingreso en una clínica psiquiátrica. No existía documentación sobre dicho diagnóstico y sobre los tratamientos, dado que tuvieron lugar hace mucho tiempo. Además de los trastornos del estado de ánimo, la mujer sufrió unos cincuenta años antes del fallecimiento una lesión cerebral adquirida (LCA), que tuvo como consecuencias cansancio, lentitud y una disminución de la concentración.

Según el médico, que era el médico de familia de la mujer, la petición de eutanasia de la mujer se debía al sufrimiento consecuencia de sus trastornos del estado de ánimo. El médico conocía a la mujer desde hacía años y se refería a los síntomas como una depresión crónica. El médico estaba convencido de que, teniendo en cuenta la enfermedad mental de la mujer, debía obtener asesoramiento psiquiátrico experto consultando a un psiquiatra independiente. El médico quería descartar que la enfermedad mental de la mujer influyera en la capacidad de expresar la voluntad al respecto.

El psiquiatra independiente concluyó que, durante la visita a la mujer, no pareció tener una actitud pesimista o una depresión que influyera en la capacidad de expresar la voluntad. El psiquiatra consultado solo se pronunció en su informe sobre la capacidad de expresar la voluntad de la mujer, y no entró en la pregunta de si su sufrimiento no tenía perspectivas de mejora o si existían alternativas razonables. En su informe también faltaba un diagnóstico psiquiátrico claro y no confirmó el diagnóstico emitido por el médico.

El médico consultó con un médico SCEN independiente en calidad de asesor y este concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. No obstante, el asesor no tenía suficientes conocimientos en el campo de la psiquiatría.

Durante la explicación verbal, el médico declaró que había estado implicado durante años en el tratamiento de la mujer y que la mujer venía expresando

un deseo de morir desde hacía años. Según el médico, era claro para todo el mundo que la mujer sufría una depresión crónica intratable, pero no podía indicar quién la había diagnosticado ni el tratamiento que había seguido. La mujer había rechazado los tratamientos propuestos por el médico.

Como el psiquiatra independiente consultado no había establecido ningún diagnóstico en su informe y solo se había tratado la capacidad de expresar la voluntad de la mujer, la comisión concluyó que el médico no reflexionó de forma suficientemente crítica sobre su propio convencimiento. La comisión dictaminó que el médico no había podido fundamentar suficientemente que existía una petición bien meditada y que el sufrimiento no tenía perspectivas de mejora. El médico tampoco pudo fundamentar suficientemente que no existían otras soluciones razonables para la situación en que se encontraba la mujer y el médico no había podido informar suficientemente a la mujer sobre sus perspectivas.

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

COMBINACIÓN DE ENFERMEDADES FÍSICAS Y MENTALES

El médico también debe aplicar un cuidado especial a las peticiones de eutanasia si existe una combinación de enfermedades físicas y mentales. Si la enfermedad mental contribuye a la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento, el médico debe consultar con un psiquiatra independiente que evalúe si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad sobre la petición, si el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y si no existe ninguna otra solución razonable (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 46-47).

En esta notificación, el médico se había hecho cargo del trayecto de eutanasia de otro médico, que había consultado a un geriatra como experto independiente. Dicho experto había aconsejado que se consultara a un psiquiatra y un neurólogo. El médico encargado hizo caso omiso del asesoramiento del geriatra, sin motivarlo suficientemente.

Esta notificación trata de una mujer de entre setenta y ochenta años de edad, que sufría de epilepsia focal (ataques epilépticos en una parte del cerebro), posiblemente derivada de hemorragias cerebrales. Pero tampoco se excluyó un trastorno de conversión (tensión psíquica que el cerebro convierte en síntomas físicos). Además, la mujer tenía dolor y un trastorno de la marcha.

Anteriormente, estuvieron implicados dos médicos en el trayecto de la eutanasia de la mujer, que se habían sucedido en un breve espacio de tiempo debido a circunstancias privadas. El primer médico implicado en el caso había dudado sobre el fundamento médico, la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento, en qué medida una parte de los síntomas de la mujer tenían un origen psíquico y si todavía existían opciones de tratamiento. Por ello se consultó con un geriatra en calidad de experto independiente. El geriatra aconsejó que la mujer fuera examinada por un psiquiatra debido a sus trastornos del estado de ánimo, y para que evaluara la capacidad de expresar la voluntad. El geriatra aconsejó también que examinara a la mujer un neurólogo, en relación con los ataques inusuales de epilepsia focal, la disminución de fuerza en la parte izquierda de su cuerpo y los problemas de movilidad.

El segundo médico estuvo implicado en el caso un breve periodo de tiempo y transmitió el caso al médico encargado, debido a circunstancias privadas. El médico encargado solo habló con la mujer una vez sobre el contenido de su petición de eutanasia. No siguió los dos consejos del experto consultado anteriormente.

Durante la explicación verbal ante la comisión, el médico declaró que, en su opinión, los consejos del geriatra eran innecesarios. A pesar de que únicamente había mantenido una conversación con la mujer, estaba convencido de que la petición de la mujer no tenía nada que ver con una enfermedad mental. El médico tampoco quería someter a la mujer a la carga innecesaria de exámenes adicionales. El médico sí que hizo un intento de contactar con el neurólogo de la mujer, pero este estaba de vacaciones y el médico ya no intentó contactar nuevamente con él. El médico indicó que, en la práctica, recurrir a un experto independiente en psiquiatría no se traducía prácticamente nunca en nuevas posibilidades de tratamiento o en otras formas de mitigar el sufrimiento. El médico alegó que tenía experiencia laboral como geriatra desde hacía muchos años y que consideraba los ataques de la mujer totalmente como epilepsia focal y no ocasionados (parcialmente) por una enfermedad mental.

Tanto el médico implicado en el caso como el geriatra independiente habían dudado de si la petición de eutanasia de la mujer se derivaba de una enfermedad mental. Por eso eran aconsejables un examen y un asesoramiento adicionales a cargo de un psiquiatra y un neurólogo. El médico no siguió ese consejo y no motivó suficientemente esa decisión. La comisión tampoco estaba convencida de que un nuevo examen hubiera sido excesivamente gravoso para la mujer.

Según la comisión, el médico no pudo reflexionar suficientemente de forma crítica sobre su propio convencimiento con respecto a la capacidad de expresar la voluntad de la mujer, la posible causa psíquica de una parte de los síntomas y las posibles opciones de tratamiento, dado que había hecho caso omiso al consejo de consultar con un neurólogo y un psiquiatra sobre esta cuestión. En consecuencia, el médico no pudo llegar suficientemente al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada, de que el sufrimiento no tenía perspectivas de mejora y de que no existía otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. El médico no aplicó el cuidado especial que exigen estas situaciones.

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

REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Para verificar la diligencia de la práctica médica en la terminación de la vida, las CRV aplican como guía la Directriz de la KNMG/KNMP sobre la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio de 2021. En la Directriz (página 50) se indica que el farmacéutico da instrucciones al médico sobre la forma segura de guardar las sustancias para llevar a cabo la eutanasia (la medicación que se administra) entre el momento de la entrega y el de la realización.

El médico no puede dejar con el paciente las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, antes de la realización de la eutanasia. El motivo es que debe evitarse que el paciente u otras personas puedan administrar o ingerir las sustancias sin que esté presente el médico (véase el Código sobre la Eutanasia 2022, p. 37).

En esta notificación, el médico dejó las sustancias para llevar a cabo la eutanasia con el paciente y su familia, porque la realización de la eutanasia se pospuso a un momento posterior ese mismo día.

Esta notificación trata de un hombre de entre cuarenta y cincuenta años de edad, que sufría un cáncer renal con metástasis. No existía curación posible.

El médico dejó en la vivienda del hombre las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, antes de llevarla a cabo. El médico había recogido las sustancias en la farmacia. En el momento acordado, acudió con las sustancias a donde estaba el hombre y le colocó una vía. El hombre quiso posponer la eutanasia a un momento posterior del mismo día, porque un familiar suyo estaba de camino hacia él para poder despedirse, y podía llegar en cualquier momento. El médico y el hombre acordaron esperar a realizar la eutanasia hasta que el familiar en cuestión hubiera podido despedirse. El médico regresó a su consulta y esperaba regresar rápidamente al lugar donde se encontraba el hombre. De común acuerdo con la familia del hombre, el médico decidió dejar en la casa del hombre las sustancias para llevar a cabo la eutanasia, dentro de una caja sellada.

Durante la explicación verbal ante la comisión, el médico contó que era consciente de que no había necesidad de dejar en la casa del hombre las sustancias para llevar a cabo la eutanasia. El médico podía y debía haberse llevado las sustancias, que estaban listas para ser utilizadas. En su decisión, el médico tuvo en cuenta que esperaba regresar rápidamente a casa del hombre y la confianza del médico en el hombre y en su familia, pero él mismo reconoció a posteriori que no eran buenas razones.

Por ello, la comisión concluyó que el médico no tenía un buen motivo para dejar en la casa del hombre las sustancias para llevar a cabo la eutanasia. Al dejar las sustancias allí, el médico había asumido el riesgo de que el hombre o su familia hubieran administrado las sustancias al hombre (o a otros) en ausencia del médico. La comisión consideró que el médico no había llevado a cabo la eutanasia con la diligencia de la práctica médica. El médico sí que cumplió los demás requisitos de diligencia y cuidado.

ANEXO I

LA ORGANIZACIÓN

Las CRV se dividen en cinco regiones. En cada región se cuenta en cualquier caso con tres juristas, que también ocupan el cargo de presidente. Uno de ellos actúa de presidente regional. Cada región cuenta también con tres médicos y tres expertos en cuestiones éticas. Debido al número creciente de notificaciones, el año pasado las CRV aumentaron el número de miembros, de común acuerdo con los ministerios de Sanidad, Bienestar y Deporte (VWS) y Justicia y Seguridad (J&V). El 1 de enero de 2024, las CRV estaban formadas por 53 miembros.

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

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

El presidente coordinador de las CRV preside las consultas que celebran los presidentes para fijar la política, en las cuales siempre está presente un representante de los médicos y de los expertos en ética. Las CRV están asistidas por una secretaría que tiene unos 20 empleados. La secretaría está formada por el secretario general, secretarios (juristas) y facilitadores de procesos (empleados administrativos). Los secretarios tienen un voto consultivo en las reuniones de las comisiones. El secretario general se encarga de la coordinación de los secretarios (en cuanto al contenido de su trabajo).

ESQUEMAS DE LA RUTA DE CASOS QUE SUSCITAN PREGUNTAS (VO)/QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS (NVO) ESQUEMAS 1, 2 Y 3

DIAGRAMA 1

95,6% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS)



DIAGRAMA 2

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

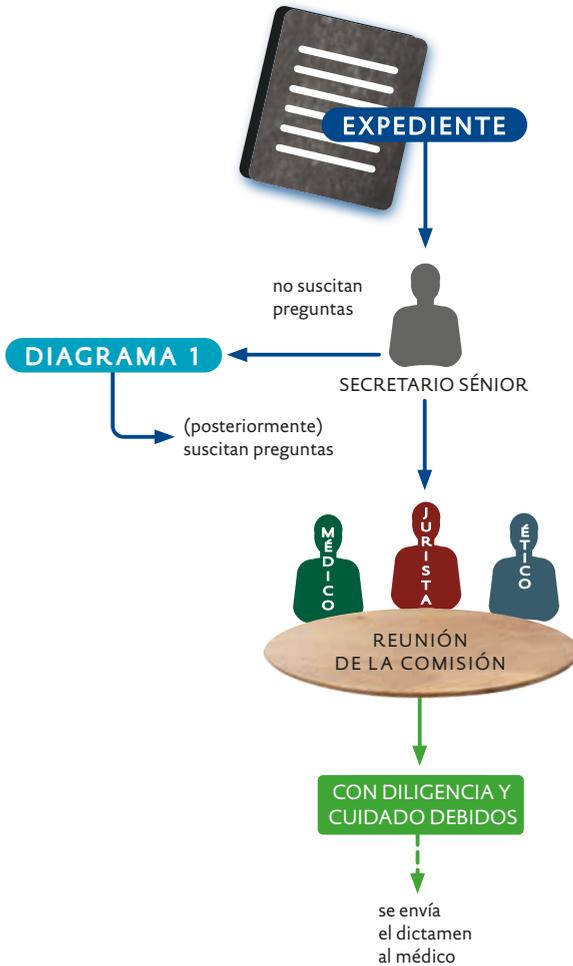
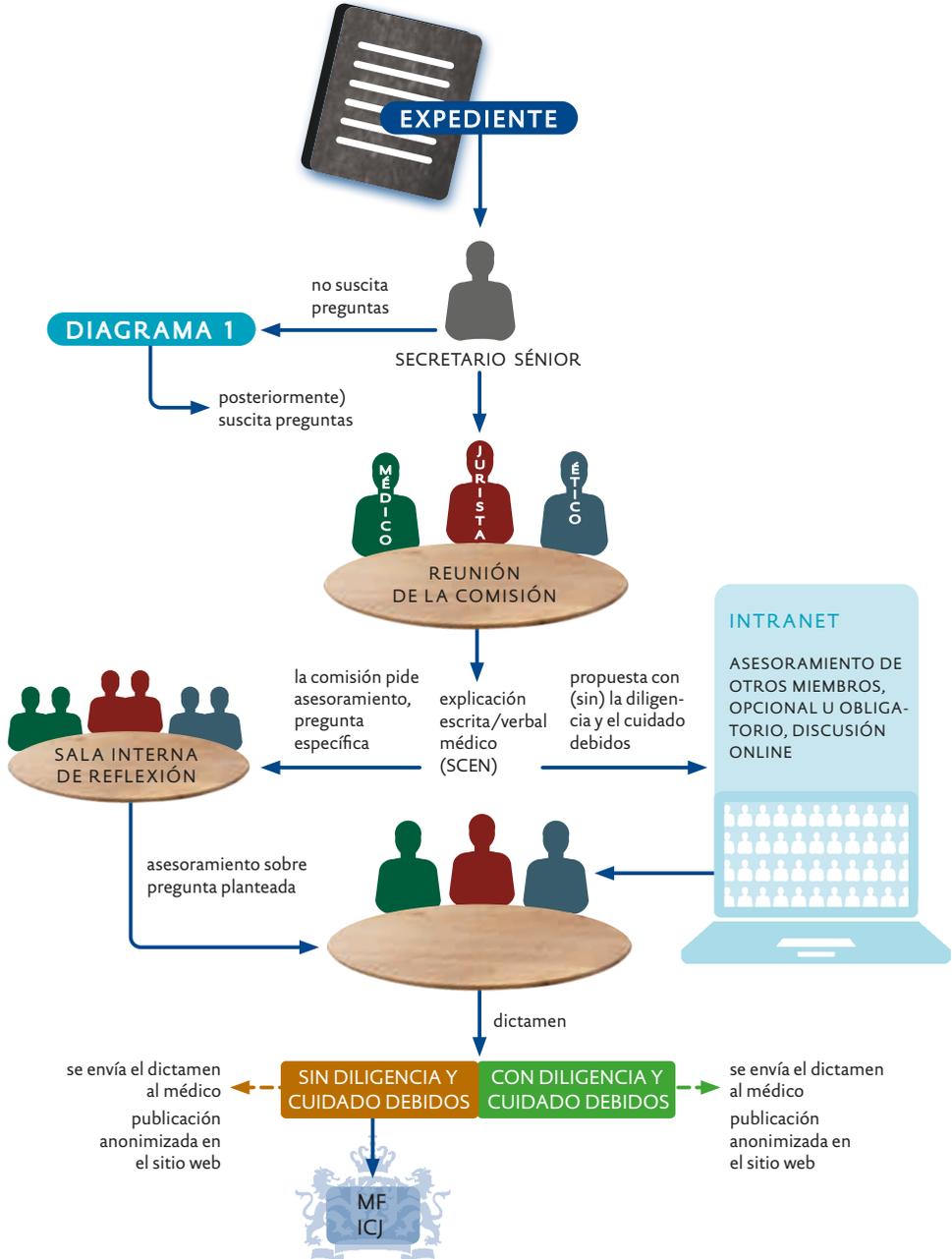


DIAGRAMA 3

<1% DE LAS NOTIFICACIONES
(RUTA DE UN CASO QUE NO SUSCITA PREGUNTAS A UN CASO QUE
(POSTERIORMENTE) SUSCITA PREGUNTAS)



COLOFÓN

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

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

abril de 2024

