

# La eutanasia en los Países Bajos: el equilibrio entre la autonomía y la compasión

**Antina de Jong, Gert van Dijk**

## Introducción

En el marco de las conferencias sobre Cuestiones relacionadas con el fin de la vida, organizadas por la Asociación Médica Mundial (WMA) como parte de la revisión de su política acerca de la eutanasia y el suicidio con asistencia médica, nos gustaría aportar nuestra contribución al debate sobre este tema presentando una perspectiva general de la situación actual en los Países Bajos. Los artículos de Keown y Requena han subrayado los argumentos contra la despenalización de la eutanasia y el suicidio con asistencia médica, con lo que respaldan la posición actual de la WMA sobre estas cuestiones.<sup>1</sup> Queremos exponer los motivos principales por los que creemos que está justificado replantearse esta posición. Lo haremos describiendo la actual Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido (en adelante nos referiremos a ella mediante su abreviatura en neerlandés, WTL)<sup>2</sup> y los principios subyacentes. Es importante, puesto que existen conceptos erróneos acerca de la situación en los Países Bajos, que en absoluto contribuyen a que haya un debate abierto y respetuoso sobre este tema, tan complejo y controvertido. Tras presentar la situación jurídica holandesa, pondremos sobre la mesa algunos de los argumentos principales contra la eutanasia esgrimidos por Keown y Requena.

Queremos dejar claro que nuestro objetivo no es convencer a otras personas ni resolver el debate sobre la eutanasia y el suicidio con asistencia médica, sin contribuir a enriquecerlo y demostrar que es posible que haya distintos puntos de vista y que vale la pena tenerlos en cuenta.

A fin de agilizar la lectura, emplearemos el término “eutanasia” para referirnos tanto a la terminación de la vida a petición propia como al suicidio con asistencia médica. La terminación de la vida a petición propia implica la intervención de un médico para acabar con la vida de un paciente a petición expresa de éste, en caso de un sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejora.<sup>3</sup> En este caso, el médico administra una sustancia letal al paciente. En el suicidio asistido, el médico facilita al paciente una sustancia letal que éste se toma en su presencia. Abordaremos los dos métodos por separado únicamente cuando sea necesario para el debate.

## Legislación y procedimiento para la eutanasia en los Países Bajos

### Legislación

La WTL entró en vigor en 2002, tras muchas décadas de intenso debate en la sociedad y el parlamento holandeses. En realidad, la WTL no fue más que una normalización de una práctica muy enraizada y de la jurisprudencia sobre la eutanasia. Tanto los médicos de los Países Bajos como sus asociaciones profesionales se implicaron en gran medida desde el principio en la práctica y el debate en torno a la ley de eutanasia.

Los médicos recibían las peticiones de eutanasia de los pacientes para que les ayudaran a poner fin a su sufrimiento. Se resistían a estas solicitudes y, en ocasiones, concluían que la mejor forma de ayudar a sus

---

<sup>1</sup> Requena, P. *¿Por qué la Asociación Médica Mundial no debe cambiar su política sobre la eutanasia?* WMJ 2016 ;62(3):99-103. Keown, J. *Voluntary Euthanasia and Physician-assisted Suicide: Should the WMA Drop its Opposition?* WMJ 2016;62(3):103-107.

<sup>2</sup> En neerlandés: *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.*

<sup>3</sup> En neerlandés: *ondraaglijk en uitzichtloos lijden.*

pacientes era realizando la eutanasia si la petición del paciente era voluntaria y meditada. La jurisprudencia en los Países Bajos se fue creando a partir de los casos de eutanasia que fueron llevados a los tribunales y de este modo tomaron forma las actuales condiciones de diligencia debida para la eutanasia.

Entre los objetivos de la WTL se encontraba el de dotar de cobertura legal a todas las partes implicadas, garantizar la prudencia de las prácticas en relación con la eutanasia por parte de los médicos, ofrecer un marco adecuado para los médicos que deberían rendir cuentas y asegurar una mayor transparencia y escrutinio público.

Antes de que entrara en vigor la WTL, los médicos practicaban la eutanasia de forma ocasional y, si eran llevados a los tribunales por ello, se veían obligados a invocar la necesidad (fuerza mayor) debido a una situación insoportable, a circunstancias ajenas a su control o alegar otra defensa legal.<sup>4</sup> La introducción de la WTL permitió regularizar una base específica para dar inmunidad a los médicos, y sólo a estos, que aplican la eutanasia.

Al contrario de lo que a veces se sugiere, la WTL no implica que médicos u otros ciudadanos tengan la potestad para ofrecer la eutanasia impunemente: la eutanasia sigue siendo un delito punible conforme al Código Penal holandés (secciones 293 y 294). Cualquier persona que aplique la eutanasia, incluyendo a los médicos, puede ser castigado y se arriesga a entrar en prisión durante un máximo de 12 años o a una multa de hasta 82 000 €.<sup>5</sup>

Pese a que la eutanasia es un delito punible en los Países Bajos, la WTL ofrece inmunidad en circunstancias muy concretas. La eutanasia no es punible si es practicada por un médico que reúna las condiciones de diligencia debida de la WTL y siempre y cuando notifique el procedimiento. La WTL recoge los requisitos que se han de cumplir para invocar la exención de pena prevista por la ley. Estas condiciones son que el médico:

- a) esté absolutamente seguro de que la solicitud del paciente es voluntaria y meditada;
- b) esté absolutamente seguro de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no hay posibilidad de mejoría;
- c) haya informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas;
- d) esté absolutamente seguro, junto con el paciente, de que no hay ninguna otra solución razonable para la situación de éste;
- e) haya consultado al menos a otro médico independiente, que éste haya examinado al paciente y haya dado su dictamen por escrito en relación con los requisitos de diligencia debida a los que se hace referencia en los apartados a)–d); y
- f) haya puesto fin a una vida o prestado su asistencia al suicidio con la diligencia debida.<sup>6</sup>

Los requisitos a) y b) suelen ser los considerados más importantes, mientras que c), d), e) y f) tienen más que ver con el procedimiento.

Para poder invocar la exención de pena en virtud de la WTL es preciso cumplir los seis requisitos. Es preciso cumplirlos tanto en el caso de terminación de la vida a petición propia como en el del suicidio asistido.

---

<sup>4</sup> En neerlandés: *overmacht*, cf. sección 40 del Código Penal holandés.

<sup>5</sup> Penas válidas en septiembre de 2017, secciones 293 y 294 en conjunción con la sección 23 del Código Penal holandés.

<sup>6</sup> Sección 2 de la WTL, con las secciones 293 y 294 del Código Penal holandés.

## Procedimiento tras fallecimiento por eutanasia

De conformidad con las directrices legales, los médicos que apliquen la tienen que informar de la muerte del paciente al patólogo municipal. Se hace así en lugar de emitir un certificado de fallecimiento por causas naturales, como harían en caso contrario.

El médico que practica la eutanasia debe informar de cada caso a la Comisión Regional de Evaluación de la Eutanasia (RTE), de las que existen cinco en los Países Bajos. Las RTE tienen que estar compuestas, al menos, por un juez (quien también actúa como presidente), un médico y un experto en ética. Los miembros de las RTE son designados por los ministros de Sanidad y Justicia por un período de cuatro años y, al término del mismo, se puede prorrogar su nombramiento durante otros cuatro años.<sup>7</sup>

La RTE debe valorar si la eutanasia de la que se informa se ha llevado a cabo conforme a las condiciones descritas anteriormente. La RTE debe trasladar su dictamen motivado al médico que practicara la eutanasia. Si la RTE resuelve que la eutanasia no se efectuó conforme a las condiciones legales de diligencia debida, trasladará el caso y su dictamen a la fiscalía y a la Inspección de Sanidad. Tanto una como otra pueden adoptar otras medidas formales: la fiscalía puede tomar la decisión de llevar al médico en cuestión ante los tribunales, mientras que la Inspección de Sanidad puede incoar un procedimiento disciplinario.

### **Diez datos sobre la eutanasia en los Países Bajos**

1. La eutanasia es un delito punible en virtud del Código Penal holandés.
2. Los pacientes no tienen derecho a la eutanasia.
3. Los médicos no están obligados a practicar la eutanasia. Los médicos tienen derecho a alegar objeción de conciencia.
4. Los médicos son los únicos profesionales autorizados a aplicar la eutanasia y únicamente en circunstancias estrictamente delimitadas.
5. La eutanasia solamente puede ser llevada a cabo tras una solicitud voluntaria y meditada del propio paciente.
6. Únicamente se puede aplicar la eutanasia en caso de sufrimiento insoportable sin posibilidades de mejoría y cuando no exista ninguna alternativa razonable.
7. No es imprescindible que el paciente sufra una enfermedad terminal o que tenga una esperanza de vida limitada para cumplir los criterios de diligencia debida.
8. La eutanasia en el Derecho holandés se basa en el principio de respeto por las personas y en el principio de compasión.
9. Todos y cada uno de los casos de eutanasia son analizados por una Comisión Regional de Evaluación de la Eutanasia.
10. En 2016 se notificaron 6091 casos de eutanasia, lo que equivale a un 4 % del número total de fallecimientos.

Las RTE tienen la obligación de hacer público un informe completo sobre sus actividades y los casos estudiados cada año y enviarlo a los ministros de Sanidad y Justicia quienes, a su vez, lo presentan en el parlamento con sus observaciones. Como tal, la práctica de la eutanasia en los Países Bajos está sujeta al

---

<sup>7</sup> Capítulo III de la WTL.

escrutinio público.<sup>8</sup> De hecho, la WTL ya ha sido evaluada por comités independientes de expertos en tres ocasiones desde su entrada en vigor.<sup>9,10</sup>

## Requisitos de diligencia debida

Un médico puede, aunque no tiene la obligación, aprobar una solicitud de eutanasia si se dan todas las condiciones de diligencia debida. Vamos a analizar más en profundidad los dos criterios esenciales. Respecto a los referentes al procedimiento, solamente vamos a hablar de la obligación de consultar a otro médico independiente.

### Sufrimiento insoportable sin posibilidad de mejoría

Entre las seis condiciones de diligencia debida citados anteriormente, uno en particular ha generado mucha controversia, aquel según el cual el médico debe estar absolutamente seguro de que el sufrimiento del paciente es insoportable y de que no tiene perspectivas de mejorar. Esto no quiere decir que los demás requisitos sean simples, sino que en este artículo nos vamos a centrar en estas dos ideas: que el sufrimiento sea insoportable y que no haya expectativas de mejora. No es casualidad que estas dos condiciones se citen juntas, puesto que van íntimamente ligadas. Si un médico tiene que valorar si existen perspectivas de mejora, ha de tener en cuenta las opciones de tratamiento y atención que se pueden dar al paciente. Esto requiere un dictamen médico profesional acerca de la cuestión de si es posible que mejore el estado del paciente, en qué medida y en qué sentido; si es más probable que empeore su situación; a qué precio para el paciente se puede mejorar su estado; en qué medida son razonables y aceptables las contrapartidas para el paciente y si éstas merecen la pena en función del grado de mejoría. El médico expondrá estas cuestiones en profundidad al paciente en diversas reuniones consecutivas. Por último, el médico debe sopesarlas para valorar si es posible o probable la mejoría.

A la pregunta de si el sufrimiento es insoportable debe dar respuesta en primera instancia el paciente. El sufrimiento está provocado por la propia experiencia y dolor del paciente, por lo que corresponde a éste indicar el tipo y el grado del mismo. El sufrimiento puede adoptar diversas formas y tener múltiples causas: el hecho de que sea insoportable puede deberse (de hecho, normalmente es así) a problemas y dolencias somáticos, la mayoría de los cuales tienen su origen en tumores malignos.<sup>11</sup> Ahora bien, el sufrimiento también puede proceder de otras dimensiones, como afecciones mentales o psiquiátricas. De hecho, la insoportabilidad del sufrimiento con frecuencia es el resultado de la conjunción de las distintas dimensiones del mismo.

Si bien es el paciente quien establece si el sufrimiento es insoportable o no, esto no es en sí mismo determinante a la hora de decidir si aplicar la eutanasia o no. Como no puede ser de otra manera, la perspectiva del paciente es relevante, pero ello no conlleva que su propia valoración sea definitiva.<sup>12</sup> Por otra parte, el médico que se enfrenta a la solicitud de eutanasia debe estar seguro de que el sufrimiento es insoportable y de que no hay ninguna perspectiva de mejora para el paciente en cuestión. Así pues, la insoportabilidad del sufrimiento no se define exclusivamente por la experiencia subjetiva del paciente, sino que el médico debe ser capaz además de “comprender” o empatizar con esta forma específica de padecimiento.

---

<sup>8</sup> Estos informes se pueden consultar en la página web de las RTE: [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

<sup>9</sup> Estas evaluaciones se pueden consultar en [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

<sup>10</sup> Para más información sobre la WTL, entre también en: [www.knmg.nl/eutanasia-netherlands](http://www.knmg.nl/eutanasia-netherlands)

<sup>11</sup> KNMG 2011. Documento expositivo: el papel del médico en la terminación voluntaria de la vida.

[www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/eutanasia-in-the-netherlands.htm](http://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/eutanasia-in-the-netherlands.htm) RTE (2017). Informe anual 2016. [www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2016/april/12/jaarverslag-2016](http://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2016/april/12/jaarverslag-2016).

<sup>12</sup> Den Hartogh, G. Euthanasia: Reflections on the Dutch Discussion. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000; October:174-187. doi: 10.1111/j.1749-6632.2000.tb05170.x.

[www.researchgate.net/publication/12283297\\_Euthanasia\\_Reflections\\_on\\_the\\_Dutch\\_Discussion](http://www.researchgate.net/publication/12283297_Euthanasia_Reflections_on_the_Dutch_Discussion).

### **Solicitud voluntaria y meditada del paciente**

Otra condición muy importante es que la solicitud de eutanasia por parte del paciente sea voluntaria y bien meditada. Según la emplea Keown, la expresión “eutanasia voluntaria” (EV) resulta extraña y confusa en relación con la situación en los Países Bajos, ya que da pie a pensar que existe la eutanasia involuntaria. No es así, al menos en los Países Bajos, donde la eutanasia solamente se puede practicar cuando hay una solicitud explícita, ponderada y voluntaria presentada por el propio paciente. Esta petición debe ser planteada por una persona competente, por lo que también es necesario valorar la competencia del paciente.

El Derecho holandés prevé que las personas mayores de 16 años pueden tomar sus propias decisiones en materia de salud, incluyendo la solicitud de eutanasia. Aun así, sea cual sea la edad, debe quedar claro que la petición de esa persona es voluntaria y meditada.

Los aspectos de la voluntariedad y el hecho de que esté bien sopesada la petición se deben evaluar con especial atención en pacientes con demencia o enfermedad psiquiátrica, ya que su estado puede influir sobre ambas cosas. Asimismo, en estos casos también cobra especial relevancia la cuestión de si hay expectativas de mejora, puesto que puede resultar más complicado establecer un juicio de valor. Habida cuenta de la complejidad de estos casos, se recomienda a los médicos ser muy cautelosos y prestar especial atención a la hora de abordar una petición de eutanasia de pacientes con demencia o enfermedad psiquiátrica.

El Derecho holandés también reconoce la llamada directiva anticipada como expresión válida de la solicitud voluntaria y meditada de una persona. Una directiva anticipada es una declaración escrita acerca de la voluntad de una persona sobre tratamientos médicos o, en el caso que nos ocupa, las circunstancias en las que dicha persona solicita la eutanasia. Esta declaración se puede realizar para asegurarse de que se conozca la petición voluntaria y meditada de uno y que se lleve a cabo en el caso de que sea incapaz de comunicársela a un médico más adelante. No obstante, la directiva anticipada no garantiza en modo alguno que se lleve a cabo la eutanasia si se dan las circunstancias que se describen en ella. El médico tendrá que determinar de todos modos que la situación concreta conlleva un sufrimiento insoportable para el paciente y que no hay posibilidad de mejora, y para llegar a esta conclusión deberá tener el máximo cuidado. Por poner un ejemplo, el mero hecho de afirmar que el paciente solicita la eutanasia cuando sea inevitable su traslado a una residencia de ancianos no es suficiente para que se conceda la petición. Por consiguiente, la afirmación que a veces se escucha de que en este tipo de casos los pacientes con demencia reciben la eutanasia sin su intervención y consentimiento, o incluso de que sus parientes así se lo solicitan al médico, no reflejan lo estipulado por el Derecho holandés y la práctica. En realidad, los médicos son muy reacios a conceder una petición de eutanasia si no pueden mantener una comunicación adecuada con el paciente. La eutanasia en estos casos sigue generando una gran controversia y rara vez se lleva a cabo.

### **Consulta a un médico independiente**

Una de las condiciones más importantes en cuanto al procedimiento para la eutanasia es que al menos otro médico independiente examine al paciente y emita un dictamen por escrito sobre los criterios de diligencia debida relativos a la eutanasia.

Teniendo en cuenta el hecho de que los médicos casi nunca se enfrentan a casos de muerte con asistencia médica y que puede que incluso no cuenten con demasiada experiencia en consultar situaciones en las que un paciente haya solicitado la eutanasia, la Real Asociación Médica Holandesa (KNMG), ya en 1997, creó una red de médicos expertos e independientes a quienes pudieran consultar sus colegas en relación con cuestiones sobre la muerte con asistencia médica o para valorar de forma preliminar una solicitud de eutanasia. Los médicos de esta red, a la que se conoce como médicos SCEN

,<sup>13</sup> trabajan de conformidad con la ley y con las directrices de la KNMG y están sujetos a una formación continua por la que van acumulando conocimientos y experiencia de forma sistemática. El programa SCEN está financiado por el gobierno para preservar el interés vital de salvaguardar la calidad de la consulta con un médico independiente en el procedimiento de eutanasia. En 2017 hay unos 650 médicos con certificación SCEN que se ocupan de estas consultas además de su práctica médica. Los médicos SCEN solamente ofrecen información; pueden dar asistencia o responder a una consulta, pero en ningún caso llevarán a cabo la eutanasia. Ésta seguirá siendo siempre responsabilidad del médico encargado del tratamiento.

## Justificación de la eutanasia

En el próximo apartado vamos a revisar brevemente los argumentos principales contra la eutanasia aducidos por Requena y Keown.<sup>14</sup> Ni que decir tiene que los ensayos de ambos autores merecen un análisis más exhaustivo, pero creemos que los dos próximos congresos de la WMA ofrecen un marco más adecuado para ello; no sólo porque pueden dar lugar a sesiones más en profundidad, sino porque pueden propiciar un debate más amplio y la búsqueda de soluciones apropiadas para las serias cuestiones que plantea la asistencia para el final de la vida.

### Los principios de respeto por las personas/la autonomía y de compasión

Como bien apunta Keown, la defensa de la eutanasia se puede fundamentar en dos principios básicos: el de respeto por las personas o la autonomía y el de compasión. A nuestro modo de ver, el respeto por las personas se deriva de una noción del individuo como ente autónomo<sup>15</sup>, con “derecho a tener su propia opinión, a tomar decisiones y adoptar medidas de acuerdo con sus valores y creencias personales”.<sup>16</sup> Por consiguiente, el respeto por las personas se puede entender también como el respeto a su autonomía.

El requisito previsto por la WTL, que establece que la eutanasia solamente se puede llevar a cabo tras una solicitud voluntaria y meditada del propio paciente, tiene por objeto garantizar que dicha petición sea una decisión autónoma. Como tal, garantiza asimismo que si se presenta una solicitud involuntaria, influenciado o apremiado por otras personas, por ejemplo, ya sean parientes o por las expectativas implícitas de la sociedad, ésta no se concederá.

Es importante distinguir entre la voluntariedad externa e interna. Por voluntariedad externa se entiende que el paciente no se encuentra sometido a presión para solicitar la eutanasia. A fin de garantizar que sea así, tanto el médico como el médico independiente al que se consulta hablarán con el paciente en privado, sin la presencia de ningún pariente. La voluntariedad interna conlleva que los pacientes deben ser capaces de comprender la información acerca de su situación y pronóstico, considerar las alternativas y valorar las implicaciones de su decisión.

La gente no puede ser completamente autónoma, en el sentido de que no se vean influidos por los demás, por la cultura o la sociedad. Sabemos que una persona no vive flotando en un vacío social, sino que las relaciones personales y su entorno cultural, social y político ejercen una gran influencia. Aun así, las personas se pueden seguir considerando autónomas en tanto en cuanto cuentan con la capacidad y la posibilidad de decidir su forma de actuar sin verse coaccionados en modo alguno, a partir de su juicio personal de la situación y de las opciones de que disponen. Si se quiere garantizar esta autonomía en el caso de la eutanasia, es preciso asegurarse de que cualquier persona pueda acceder a la atención

---

<sup>13</sup> SCEN es la sigla de “Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland”, que se puede traducir por Asistencia y Consulta en materia de Eutanasia en los Países Bajos.

<sup>14</sup> Requena, P. *The Role of Physicians Fighting Children Trafficking and Illegal Adoptions*. WMJ 2016; 62(3):99-103. Keown, J. *Voluntary Euthanasia and Physician-assisted Suicide: Should the WMA Drop its Opposition?* WMJ 2016; 62(3):103-107.

<sup>15</sup> Dworkin, G. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

<sup>16</sup> Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press Inc, 2009.

médica y paliativa adecuada, especialmente aquéllas que se puedan considerar más vulnerables. La eutanasia no se debe presentar como opción si no está garantizada una atención sanitaria apropiada y, en especial, una atención adecuada para enfermos terminales. No obstante, la preocupación por la población vulnerable no constituye un argumento válido en sí mismo para oponerse a la eutanasia. Pero sí es una razón importante para asegurarse de que se observen las condiciones de diligencia debida para la eutanasia. Eso es precisamente lo que exige el principio de respeto por las personas y la autonomía. Por este motivo, nunca se concede una solicitud de eutanasia así como así. En primer lugar, los médicos valorarán (tienen la obligación de hacerlo) exhaustivamente si es posible aliviar el sufrimiento por otros medios y si existen otras opciones de tratamiento médico o de otro tipo que puedan conseguir resultados. En este sentido, la eutanasia será siempre el último recurso para el paciente tras habersele ofrecido una atención terminal adecuada.

Y es que la gente tiene derecho a vivir. Muchos tratados internacionales y la legislación de multitud de países así lo atestiguan. Ahora bien, el derecho de las personas a la vida no implica que también tengan la obligación de seguir viviendo, sean cuales sean las circunstancias e independientemente de su opinión u opción autónoma a este respecto. En varios países, el suicidio o el intento de suicidio es un delito punible. En otros no lo es, como en los Países Bajos, ya que prevalece la tesis de que cada persona tiene el derecho fundamental a terminar con su vida. Es más, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha reconocido legalmente el derecho de toda persona competente a optar por evitar lo que dicha persona considere un final indigno y angustioso para su vida y a decidir los medios y el momento para poner fin a su vida.<sup>17</sup> Esto no significa, lógicamente, que una persona tiene derecho a que le ayuden otras, incluyendo a los médicos, en el momento de morir. Un médico nunca puede invocar la sola petición de un paciente para justificar sus propias acciones, ya sean médicas o de otro tipo, ya que ello entraría en conflicto con su obligación de ofrecer la debida atención. El Derecho holandés así lo reconoce de forma específica en el caso de la eutanasia mediante la condición de que el médico debe estar absolutamente seguro de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene posibilidad de mejoría.

Es precisamente en este punto donde entra en juego el principio de compasión. Si una persona padece un sufrimiento intolerable sin perspectivas de mejora y no hay ninguna alternativa, se puede considerar un acto de compasión ayudarla a terminar con su sufrimiento, aunque ello acarree poner fin a su vida por petición explícita suya.<sup>18</sup> Desde este punto de vista, el principio de compasión no entra en conflicto con el de respeto por la autonomía. Todo lo contrario, en esta situación es plenamente conforme al principio de respeto por las personas o la autonomía. Como tal, creemos que la norma principal por la que un “médico no debe matar” a la que hace referencia Requena es un principio razonable que se puede invalidar en circunstancias concretas si otros principios, como el de compasión y el de respeto por la autonomía, así lo requieren. En situaciones específicas, la norma básica según la cual los médicos no deben matar puede entrar en conflicto con el principio de compasión. En tales casos, se encuentran en una encrucijada de obligaciones contradictorias y son situaciones difíciles de resolver.

De hecho, la primera norma de la medicina es no causar daño (no maleficencia). Sin embargo, en casos excepcionales, puede hacer más daño el hecho de prolongar un sufrimiento insoportable que conceder una petición voluntaria y meditada de una persona competente para poner fin a su sufrimiento mediante la eutanasia (como acto piadoso de beneficencia).

### **La importancia de una atención adecuada, accesible y asequible para el final de la vida**

Tanto Requena como Keown afirman que la legalización de la eutanasia no sólo es contraria, sino que podría suponer una amenaza para la atención adecuada para el final de la vida, incluyendo la asistencia paliativa. Nosotros no acertamos a comprender en qué sentido son incompatibles la

---

<sup>17</sup> ECHR 31322/07, Haas vs. Suiza; ECHR 2346/02, Pretty vs. Reino Unido. Disponible en la página web del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: <https://hudoc.echr.coe.int>.

<sup>18</sup> Den Hartogh, G. *Euthanasia: Reflections on the Dutch Discussion*. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000; October:174-187. doi: 10.1111/j.1749-6632.2000.tb05170.x.

legalización de la eutanasia con un cuidado apropiado de los enfermos terminales. Es esencial que se ofrezca una atención adecuada para el fin de la vida a todos los pacientes que la precisen, así como que, si es necesario, ésta sea procurada por médicos. La necesidad y la posibilidad de hacerlo no se contradice en modo alguno con la opción de la eutanasia. Más aún, en determinadas circunstancias, la eutanasia se debe contemplar como un medio en sí mismo de ofrecer una atención adecuada, basado en los principios de respeto por la autonomía y de compasión. Esto no significa que la eutanasia se deba considerar una intervención terapéutica o equiparar a la “atención sanitaria normal”. No es ninguna de las dos cosas. De hecho, precisamente porque no es parte de la asistencia médica ordinaria, la eutanasia sigue siendo un delito punible conforme al Código Penal holandés. De esta forma, el Derecho holandés reconoce el carácter tan específico de la eutanasia. Afirmar lo contrario no se ajusta a la situación real de los Países Bajos, ni desde el punto de vista jurídico ni en cuanto a la experiencia de los médicos y el público en general de este país, tal y como pone de manifiesto la reciente tercera evaluación de la WTL.<sup>19</sup> Esto se hace evidente también a partir del hecho de que la eutanasia no es un derecho que asiste a los pacientes y que los médicos bajo ninguna circunstancia están obligados a conceder una petición de eutanasia.

Nadie duda de la importancia de la atención para el final de la vida y no vemos motivos por los que dicha atención no pueda coexistir con la posibilidad de la eutanasia. Así pues, no estamos de acuerdo con la conclusión de Requena, según la cual la eutanasia menoscabará la relación médico-paciente y la “confianza en que el médico trabaja de forma incondicional por la salud y el bienestar del paciente”. La opción de aplicar la eutanasia no tiene por qué socavar esta confianza ni la relación con el médico. Así lo refleja también la tercera evaluación de la WTL, que concluye que tanto la población en general como los médicos apoyan el marco normativo y la práctica de la eutanasia actuales: todas las partes están satisfechas con el contenido de la ley y su funcionamiento.<sup>20</sup>

La naturaleza de la relación médico-paciente también está sujeta al principio de respeto por la autonomía. Esto significa que el médico ha de considerar (no seguir a ciegas) la opinión del paciente en lo relativo a lo que de verdad constituye una buena asistencia para su propia salud y bienestar. Hacer caso omiso del paciente en este sentido constituiría una falta de respeto por su autonomía. Desde esta perspectiva, la relación médico-paciente puede verse fortalecida si los pacientes saben que pueden confiar en que el médico no los obligue a seguir un tratamiento en contra de sus deseos y de su decisión autónoma. Asimismo, la relación médico-paciente puede resultar reforzada si el paciente sabe que, de producirse la situación, el médico aceptará y probablemente secundará su solicitud de eutanasia.

### **Argumentos en terreno resbaladizo**

Por último, queremos reflexionar sobre el argumento tan “resbaladizo” esgrimido por ambos analistas. El punto esencial de este argumento es que en cuanto se permita la eutanasia, incluso en condiciones muy determinadas, es sólo cuestión de tiempo que en el futuro estas condiciones se relajen y que acaben degenerando en una forma totalmente abyecta de eutanasia, como puede ser la de matar a la gente involuntariamente. Este argumento tiene dos versiones: la primera asegura que dar el primer paso (permitir la eutanasia en unas condiciones concretas) en la práctica llevará inevitablemente a otro y otro paso (y así sucesivamente), ya que cada paso surge necesariamente del anterior. La otra versión es que si se aprueba la eutanasia en determinadas condiciones, por lógica se tendrá que autorizar también en otras. En ambas versiones del argumento, la conclusión que se puede extraer es que si se justifica la eutanasia en determinadas condiciones, es inevitable (por razones prácticas o por lógica) que se acabe justificando también en otras condiciones, lo que tendría consecuencias imprevistas y no deseadas.

---

<sup>19</sup> Onwuteaka-Philipsen, B. et al. *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. La Haya: ZonMw, 2017. <https://publicaties.zonmw.nl/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/>

<sup>20</sup> *Ibidem*.



Rechazamos ambas versiones de este argumento tan resbaladizo. Autorizar la eutanasia en las condiciones recogidas en la WTL no lleva necesariamente a una práctica degenerada de la misma (permitida por la ley o no) que acabe con el asesinato involuntario de personas, ya sea de forma aleatoria o porque se las considere vulnerables o discapacitadas, por ejemplo. Realizar esta afirmación es obviar que en el procedimiento de eutanasia todos los pasos de la secuencia se pueden y deben tomar conscientemente tras una minuciosa valoración de los intereses y principios en juego y solamente si el siguiente paso se puede justificar ética y jurídicamente. Dicho de otra forma, el argumento ignora el hecho de que hay diferencia entre el primero y los siguientes pasos y que, a la hora de darlos, se produce una transición de A a B que requiere una decisión explícita. Esto va en contra de la presuposición de que las transiciones en la práctica o la regulación de la eutanasia son bastante laxas.

La práctica y la normativa en los Países Bajos por las que se rige la eutanasia, tal y como se describen anteriormente, tienen como fin último garantizar que se conozcan y puedan investigar y juzgar todos y cada uno de los casos de eutanasia. La práctica de la eutanasia en los Países Bajos es transparente para todas las partes interesadas, dentro o fuera del país, gracias a la publicación de informes anuales desde las RTE y a la evaluación de la WTL, que ya ha pasado por tres exámenes hasta la fecha. Esto propicia una reflexión crítica sobre la práctica y la regulación de la eutanasia y permite pedir cuentas a las personas responsables. El riesgo de consecuencias no deseadas no es un argumento para prohibir completamente la eutanasia, sino para supervisar y evaluar exhaustivamente esta práctica, y es precisamente por ello que la situación holandesa se somete a un control y a una valoración estrictos cada cinco años.

Es más, quienes aducen el argumento resbaladizo para oponerse a la eutanasia suelen pasar por alto que esta postura también puede acarrear consecuencias imprevistas. El rechazo categórico a la eutanasia por sus posibles (que no necesarias) consecuencias conlleva privar al paciente de la posibilidad de hacer una petición voluntaria y meditada de eutanasia si se encuentran en una situación de sufrimiento insostenible sin posibilidad de mejoría. A nuestro modo de ver, esto es incompatible con el principio de respeto por la autonomía y obvia el hecho de que el principio de compasión puede hacer necesario que los médicos concedan dicha solicitud de eutanasia.

## Conclusión

La eutanasia constituye una cuestión compleja y controvertida y nos complace el hecho de que los miembros de la WMA estén dispuestos a hablar sobre ella. En este ensayo hemos presentado la situación actual de la eutanasia en los Países Bajos, tanto en sus aspectos jurídicos como en la práctica. También hemos explicado por qué creemos que la eutanasia se puede justificar desde un punto de vista ético y que un médico, en determinadas y estrictas circunstancias, puede actuar éticamente a la hora de practicarla. En última instancia, esta postura se basa en el principio de respeto por la autonomía y el principio de compasión. Es importante definir y controlar bien las condiciones en las que se pueda llevar a cabo la eutanasia dentro de la legalidad, para así descartar posibles abusos y prácticas no deseadas.

Autorizar la eutanasia no implica eliminar la necesidad de una atención eficaz, accesible y asequible para el final de la vida. Más bien al contrario, una de las principales condiciones éticas para la eutanasia es que exista una atención adecuada para el final de la vida, a fin de que la persona pueda tomar una decisión verdaderamente autónoma, voluntaria y meditada a la hora de solicitar la eutanasia. A nuestro juicio, la eutanasia se debe considerar un parámetro posible de la asistencia para el final de la vida, en absoluto enfrentado a ésta.

Confiamos en que los próximos congresos de la WMA sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida se caractericen por el respeto a la diversidad de opiniones que pueden presentar los distintos miembros de la WMA en estos temas tan complejos. Estamos seguros de que plantearán la oportunidad de mantener un debate en profundidad y un proceso abierto y útil de revisión de la política de la WMA en cuanto a la eutanasia y el suicidio con asistencia médica.

Antina de Jong, PhD LLM  
Consultora sobre legislación médica y bioética  
Real Asociación Médica Holandesa (KNMG)  
Correo electrónico: [a.de.jong@fed.knmg.nl](mailto:a.de.jong@fed.knmg.nl)

Gert van Dijk, MA  
Consultor de bioética  
Real Asociación Médica Holandesa (KNMG)  
Centro Médico Erasmus de Róterdam  
Correo electrónico: [g.van.dijk@fed.knmg.nl](mailto:g.van.dijk@fed.knmg.nl)