



La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda, y sus precedentes*

Prof. Dr. Peter J. P. Tak

Universidad de Nijmegen, Holanda

I. Introducción

En abril del año 2001 el Parlamento holandés aprobó la Ley de interrupción de la vida mediante solicitud y de ayuda al suicidio. La ley ha sido objeto de un buen número de artículos y contribuciones en periódicos extranjeros y ha sido gravemente criticada. Mucho de lo que se ha escrito sobre ella era equivocado o tendencioso en relación con los hechos tanto en su presentación como en su argumentación. Se ha llegado a decir que la ley ha proporcionado materialmente “licencia para matar” y que “legaliza la finalización de la vida a petición”¹. Un portavoz del “Holy see” calificó la ley de “violación de la dignidad humana”, y otro portavoz del Comité sobre la Eutanasia del Consejo de Europa estimó que la ley entraba en conflicto con la Convención Europea de los Derechos Humanos². ¿Son ciertas estas críticas? ¿Ha ido el Parlamento holandés demasiado lejos aprobando esta ley?

Durante más de cuarenta años el tema de la eutanasia³ ha sido objeto de una amplia discusión pública y científica. Efectivamente, el tema merece toda esta atención porque incide sobre un gran número de valores y normas fundamentales. No se puede negar que a lo largo de las últimas décadas el Derecho penal y la penalización de la eutanasia han ido echando más leña al fuego al debate público sobre la eutanasia. La norma introducida por el legislador holandés en el ar-

tículo 293 del código penal de 1886 que reza “no se podrá interrumpir la vida a petición” aparece formulada en los tiempos modernos de un modo excesivamente simple para que se aplique sin establecer diferenciaciones.

La intención de este artículo es la de arrojar luz sobre los parámetros del debate público sobre la finalización de la vida a petición de la jurisprudencia del Tribunal Supremo holandés sobre la eutanasia y del contenido de la Ley de interrupción de la vida mediante solicitud y de ayuda al suicidio del 2001.

II. Prolegómenos

Para ofrecer una perspectiva correcta de los problemas relativos a la finalización de la vida a petición, es importante aportar, en primer lugar, algunas informaciones sobre el contexto demográfico y médico-sociológico de la cuestión.

El desarrollo demográfico de Holanda muestra que su población es cada vez de mayor edad. El porcentaje de ancianos se ha incrementado considerablemente a lo largo de las últimas décadas y continuará haciéndolo en un futuro próximo debido al progreso del desarrollo médico-técnico. Hace veinticinco años, el número de personas de sesenta y cinco años o mayores —edad de jubilación en Holanda— ascendía a un 11% de la población sobre un total de 13,5 millones, es decir:

* Traducción del original inglés de María José Pifarré de Moner, Universidad de Castilla-La Mancha.

1. Ver *Die Welt*, 28 de noviembre 2000, y *Le Monde*, 30 de noviembre 2000.

2. *Frankfurter Allgemeine*, 30 de noviembre 2000.

3. Utilizo la palabra eutanasia como equivalente del término legal: interrupción de la vida a petición expresa del paciente.

635.756 hombres y 878.558 mujeres. En el año 2000 ascendía ya a un 13,6% sobre 15,8 millones de habitantes, es decir: 879.600 hombres y 1.272.900 mujeres. Estas cifras demuestran que no sólo se ha incrementado el porcentaje de ancianos, sino que lo que realmente se ha incrementado es la cifra absoluta de ellos. Esto es aún más cierto en el caso de personas muy ancianas, entendiendo por tales aquéllas mayores de 85 años (en el año 2000 eran 58.300 hombres y 167.400 mujeres).

Especialmente entre los muy ancianos cabe esperar razonablemente que el problema de eutanasia sea objeto de atención, porque la posibilidad de padecer males graves que pongan en peligro su vida —y por tanto de solicitar que ésta le sea interrumpida— pueden incrementarse.

Un segundo factor del debate sobre la eutanasia es la considerable mejora de las técnicas y avances médicos que permiten la aplicación de tratamientos de preservación de la vida. Esto ocurre tanto con el principio como en el final de la vida. Las posibilidades médicas de mantener en vida a pacientes con enfermedades letales o a bebés prematuros o recién nacidos con graves deficiencias ha aumentado considerablemente en la última década. Por este motivo, los médicos se encuentran cada vez más a menudo frente a la pregunta de si deben continuar o comenzar con un tratamiento en ciertos casos de este tipo.

Un tercer factor importante reviste un carácter médico-sociológico. Holanda tiene un sistema de medicina primaria que prevé un médico de cabecera (MC) y la asistencia de enfermería en casa. Hay MC en cada distrito que prestan sus servicios tanto a domicilio como en el centro de salud. Prácticamente todos los habitantes de Holanda (99,4%) disponen de un seguro médico y tienen asegurada la cobertura de gastos por larga enfermedad. No existe por tanto ningún estímulo que lleve a los hospitales, médicos o sanatorios a no seguir tratando a sus pacientes. Y es más, el derecho subjetivo del paciente a recibir cuidados en base a su seguro va más allá del presupuesto y demás acuerdos financieros⁴. Todo el mundo tiene derecho a la libre elección de su MC. El MC es el médico con el que el paciente tiene más contacto, y con mucha frecuencia la relación MC-paciente se mantiene durante muchos años.

El MC ejerce la medicina primaria. Cuando es necesario acudir a un especialista, el paciente se pone en contacto con su MC, que le dirigirá a la consulta

del especialista, generalmente dentro del mismo hospital. En consecuencia, el número de contactos con el especialista es menor y menos frecuente.

Precisamente debido a este contacto frecuente entre MC y paciente —que en caso de enfermedades prolongadas en las que la ayuda del especialista (ya no es necesaria se desarrolla a lo largo de un dilatado período de tiempo y es de gran intensidad— la confianza entre ambos se incrementa. De ahí puede resultar que se confíe en él para administrar cuidados terminales. Hay que añadir que en la mitad de los 130.000 decesos anuales, el MC es el médico directamente implicado en la enfermedad. Muchos pacientes mueren en casa (40%) o el sanatorio (16%).

Mientras tanto, la discusión sobre la eutanasia ya no incide únicamente sobre los casos de eutanasia clásica —finalización de la vida por parte del médico a petición expresa del paciente— sino también sobre casos especiales tales como recién nacidos con graves discapacidades, pacientes gravemente dementes o pacientes en situaciones vegetativas irreversibles⁵. Estos casos van más allá de la eutanasia en el sentido (jurídico-penal) estricto de la palabra: interrupción de la vida a petición expresa del paciente.

III. ¿Legislación o jurisprudencia?

Hasta la entrada en vigor de la ley del 2001, los aspectos legales relacionados con el problema de la eutanasia los han tratado en su mayor parte los tribunales y no por el poder legislativo. Esta afirmación reclama, sin embargo, algunas explicaciones adicionales. El sistema legal holandés se basa en el concepto de separación de poderes tal como la expresó Montesquieu en su famoso libro *De l'Esprit des Lois* (El Espíritu de las Leyes).

Esta doctrina de la separación de poderes es conocida como la *Trias Política* y ha construido un sistema de controles y equilibrios dirigidos a evitar que uno de los poderes del Estado disfrute de un poder absoluto. La *Trias Política* significa la existencia separada, pero relacionada, del poder legislativo, del ejecutivo y del judicial. En una estricta separación de poderes, el poder legislativo determina las normas con rango de ley. El poder judicial administra Justicia, aplica las leyes parlamentarias y controla al legislativo. El poder judicial juega un papel modesto en la creación de normas, porque es la boca por la que habla el poder

4. V. G. v. d. Wal, R.J.M. DILLMANN, *Euthanasia in the Netherlands*, *British Medical Journal* (308) 1994, pp. 1346-1349.

5. J.P. ORLOWSKY, M.D.L. SMITH, J. VAN ZWIENEN, *Pediatric Euthanasia*, *American Journal on Disabled Children*, 1992, 146 (12), pp. 1440-1446.

legislativo. La doctrina de la separación de poderes establece la supremacía de la ley parlamentaria. En su tarea de administrar Justicia, el poder judicial no puede formular reglas de obligatoriedad general, sino que únicamente puede emitir decisiones que sólo serán obligatorias para las partes en conflicto. Sin embargo, la vida social es tan compleja y dinámica que el poder legislativo no tiene capacidad para ofrecer normas parlamentarias para todas las cuestiones legales que surgen en la vida diaria. Si no existe una ley parlamentaria que ofrezca una solución a una cuestión legal que se haya planteado ante un Tribunal, éste tendrá que dar una solución, y de este modo contribuye a la creación de normas jurídicas. Esta ley formada en los tribunales —como opuesta a la ley parlamentaria— no es el resultado de un proceso legislativo que tenga lugar en el seno de una institución democráticamente elegida (Parlamento), ya que los jueces no son elegidos, sino que son designados de por vida por el Gobierno.

Especialmente cuando se trata de cuestiones controvertidas, el legislativo omite con mucha frecuencia la creación de nuevas leyes. El motivo es que precisamente por la naturaleza controvertida de la materia, el Parlamento no consigue llegar a un acuerdo entre los varios partidos políticos. Ejemplo obvia de ello es lo ocurrido con la eutanasia.

Desde el principio de la década de los ochenta ha habido intentos de reformar esa ley y de establecer una legislación en la que, cuando concurriesen los requisitos mencionados en tal ley, la eutanasia quedara descriminalizada o despenalizada. No obtuvieron la necesaria mayoría en el Parlamento ni el Proyecto de ley por el que se determinaban aquellos supuestos que no quedaban clasificados como interrupción de la vida mediando solicitud y que por tanto continuarían siendo punibles⁶, ni el Proyecto de ley en que la interrupción de la vida mediando solicitud —llevada a cabo dentro del marco de la cuidadosa ayuda médica en una situación de emergencia sin esperanza— podía justificarse⁷, así como tampoco otras propuestas⁸.

Durante la década de los ochenta, mientras estaban en tramitación varios Proyectos de ley en materia de finalización de la vida mediando solicitud en el Parlamento, no existía ningún tipo de estándares legales que los médicos pudieran cumplir a fin de evitar ser procesados penalmente por finalización de la vida a petición del paciente. Los tribunales penales tuvieron que procesar a médicos que habían llevado a cabo interrupciones de

vida a petición del paciente con regularidad. En el juicio se tenía que determinar si estos casos constituían infracciones penales por las que los médicos tuvieran que ser condenados. Debido a la ausencia de una regulación legal, los tribunales inferiores, y en última instancia el Tribunal Supremo, desarrollaron estándares para la finalización de la vida a petición del paciente legítima.

De este modo la jurisprudencia (del Tribunal Supremo) se convirtió en guía de los médicos que debían enfrentarse al problema de la interrupción de la vida a petición del paciente. Pudieron hacerlo porque la jurisprudencia del Tribunal Supremo viene adoptada por los tribunales inferiores como regla. Mediante esta experiencia podemos observar el fenómeno mediante el cual el poder judicial actúa *de facto* como sustituto del legislativo.

IV. La jurisprudencia (del Tribunal Supremo) en materia de eutanasia

Hay una serie de procedimientos judiciales en materia de eutanasia que han sido discutidos desde los años setenta.

El debate público sobre la interrupción de la vida mediando solicitud comenzó en 1973 y se consagró mediante el caso Postma del Juzgado de Distrito de Leeuwarden⁹. Una médico fue procesada por finalización de la vida de su madre a petición de ésta. La madre era de avanzada edad y sufría físicamente de modo insoportable. El Tribunal condenó a la médico a la simbólica pena de una semana de inhabilitación. El Tribunal formuló tres condiciones que, de concurrir, llevan a la impunidad del médico:

a. Que médicamente, el paciente se considere enfermo incurable.

b. Que esté sufriendo, física o psicológicamente, de modo insoportable o de modo grave.

c. Que el paciente haya expresado previamente, de modo oral o escrito, su voluntad explícita de que se interrumpa su vida y que se le libere del sufrimiento.

Once años más tarde, el Tribunal de Distrito de Rotterdam (caso Wertheim) perfiló más esas condiciones. En este caso, un amigo prestó ayuda al suicidio a una mujer de 67 años que se creía enferma de cáncer. A pesar de ello, la autopsia mostró que esa creencia era incorrecta. El Tribunal condenó al autor a seis meses de prisión y formuló dos requisitos adicionales para considerar la impunidad:

6. Documentación Parlamentaria, período legislativo 1987-1988, núm. 20382.

7. Documentación Parlamentaria, período legislativo 1983-1984, núm. 18331

8. Por ejemplo, Documentación Parlamentaria, período legislativo 1985-1986, núm. 19359.

9. Tribunal del Distrito de Leeuwarden, 21 de febrero 1973, NJ 1973, núm. 183.

- la finalización de la vida mediando solicitud sólo la puede llevar a cabo un médico,

- el médico debe informar a fondo al paciente sobre sus perspectivas de salud y sobre alternativas viables a la finalización de la vida a petición¹⁰.

En 1983, el Tribunal del Distrito de Alkmaar¹¹ absolvió a un médico que puso fin a la vida de una mujer minusválida a petición de ésta (caso Schoonheim). En segunda instancia, el Tribunal Supremo afirmó que la finalización de la vida llevada a cabo por el médico según consideraciones médicas objetivas, se podría considerar como un estado de necesidad debido a una colisión de deberes, y por ello, podría resultar justificada¹². Cuando lleva a cabo una eutanasia, el médico se confronta con dos deberes en conflicto: el deber profesional de actuar conforme a criterios médicos objetivos, las normas de la ética médica y su experiencia, por un lado, y su deber como ciudadano de obedecer la ley penal, por el otro.

En la valoración de si es aplicable la circunstancia del estado de necesidad, el Tribunal Supremo considera que son importantes las siguientes cuestiones:

1. ¿Hasta qué punto hay que temer, según criterios médico-profesionales, un progresivo deterioro y una ulterior agravación de un sufrimiento insoportable?

2. ¿Existe la posibilidad de que en poco tiempo no se vaya a ser posible al paciente morir en un modo digno?

3. ¿Queda algún otro medio de aliviar el sufrimiento?

La respuesta a las preguntas 1 y 3 es un no expreso, y a la pregunta 2 un sí motivado, e implican que la eutanasia llevada a cabo por un médico de acuerdo con objetivos criterios médicos puede considerarse un caso de estado de necesidad.

El estado de necesidad está prevista como circunstancia eximente genérica, y se encuentra regulada en el artículo 40 del Código penal: "El que cometa un acto delictivo al que se haya visto forzado por la necesidad, no será castigado". En un principio se entendía que el artículo 40 del Código penal albergaba un estado de necesidad exculpante. El estado de necesidad tiene virtualidad exculpante en situaciones que afecten a la persona, cuando ésta razonablemente no pudiera resistirla. En este caso no nos hallamos ante un caso de *vis absoluta*, sino de *vis relativa*, ya que es posible resistir la situación, pero no se puede esperar del au-

tor que lo haga porque ello sería forzar en exceso la responsabilidad penal. Dado que es posible resistir la situación, la conducta continúa siendo antijurídica, pero no existe culpabilidad moral.

Además, también se puede dar situaciones en que la persona tenga que elegir entre dos posibilidades. Una implica violar la ley penal, y la otra conllevaría para él o para otras personas un mal de tal magnitud que podría justificar la infracción de la ley penal. En este caso no es la tensión mental la que exculpa al autor, si no la necesidad de cometer un acto delictivo para conseguir una finalidad justificada. En este caso, nos hallamos ante un conflicto de deberes y de intereses. Si el autor se decide en favor del interés objetivamente mayor y en detrimento del otro, su comportamiento estará justificado. El interés protegido deberá ser de una importancia mayor que el interés afectado por la comisión del acto delictivo (el llamado principio de proporcionalidad). Además, también se requiere que esa finalidad no se pudiera conseguir por otros medios no penalmente ilícitos o menos ilícitos (requisito de subsidiariedad).

El estado de necesidad exculpante es aplicable cuando el autor, viéndose forzado a actuar en circunstancias excepcionales, elige lo que se habría podido esperar de cualquier persona en esas circunstancias.

De este modo, el estado de necesidad puede tener efectos tanto exculpantes en virtud de la presión ejercida por las circunstancias, como justificantes en virtud de una colisión de deberes o conflicto de intereses. En el caso de la finalización de la vida a petición, es posible que el médico pondere cuidadosamente los deberes e intereses que entran en conflicto según las normas ético-médicas y la experiencia que se supone que posee. Al hacerlo, su decisión estará objetivamente justificada considerando las circunstancias especiales.

A raíz de esta sentencia de 1984, los médicos supieron que la finalización de la vida mediando solicitud que esté médicamente indicada podría estar justificada en virtud de un estado de necesidad.

En la segunda sentencia importante en materia de eutanasia, el Tribunal Supremo rechazó la posibilidad de que el médico que lleva a cabo la interrupción de una vida mediando solicitud pudiera ver además exculpada su conducta por la presión de las circunstancias¹³. El Tribunal Su-

10. Tribunal del Distrito de Rotterdam, 24 de noviembre 1984, NJ 1985, núm. 63.

11. Tribunal del Distrito de Alkmaar, 10 de mayo de 1983, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1983, p. 29.

12. HR 12 noviembre 1984, NJ 1985, núm. 106 (caso SCHOONHEIM).

13. HR 21 octubre 1986, NJ 1987, núm. 607.

premo no aceptó la circunstancia eximente por estado de necesidad exculpante basándose en la teoría de la posición de garante. El punto central de esta teoría es que las personas que desarrollan ciertas profesiones, en particular los médicos, en caso que en general pudiera ser considerado como estado de necesidad exculpante no deben ceder ante las circunstancias especiales que lo generan. De este modo, el médico, en el ámbito de su relación médica con el paciente, no puede dejarse afectar por sus sentimientos personales hacia ese paciente¹⁴. Esta sentencia es también importante porque el Tribunal rechazó la *exceptio medica*. El Tribunal Supremo rechazó de forma muy explícita el argumento de que el artículo 293 del código penal no era aplicable al médico que actúa profesionalmente de acuerdo con la *lex artis*. La aceptación de la *exceptio medica* habría implicado que un médico que lleve a cabo una finalización de la vida mediando solicitud de acuerdo con la *lex artis* estaría siempre exento de pena porque el artículo 293 CP no le sería aplicable. En su argumentación el Tribunal Supremo se refirió a la interpretación histórica del artículo 293 CP, que muestra que el argumento de que la *exceptio medica* no es aplicable al caso de eutanasia no está bien fundamentada.

Ambas sentencias del Tribunal Supremo se refieren a casos de interrupción de la vida en pacientes grave e incurablemente enfermos que habían manifestado no querer seguir viviendo y que además experimentaban dolores insostenibles. Es estos casos, existía un progresivo deterioro físico sin perspectivas positivas.

La tercera decisión del Tribunal Supremo en materia de interrupción de la vida a petición, conocida como el caso Chabot¹⁵, trató de una finalización de la vida a petición de un paciente que no sufría una incurable enfermedad física, sino de un trastorno psiquiátrico. Se trataba de una mujer de cincuenta años que había perdido a sus dos hijos en el lapso de tiempo de pocos años; uno de ellos se suicidó, y el otro murió de un tumor maligno. La mujer se había divorciado debido al grave problema de alcoholismo de su marido, y por los malos tratos que éste le infería. Su desesperación tras la muerte de sus hijos, la escalada de violencia en su matrimonio y sus tendencias suicidas le llevaron a ingresar en un hospital psiquiátrico. El tratamiento psiquiátrico no dio resultado. Protagonizó un intento fallido de suicidio. Al final, encontró un psiquiatra que puso fin a su vida tras numerosas y profundas conversaciones con ella y

tras haber consultado con otros expertos. El psiquiatra llegó a la conclusión de que ningún tratamiento existente daría resultado.

Esta tercera decisión en materia de eutanasia ha sido de gran importancia, ya que el Tribunal Supremo afirmó que en los casos en que un médico pone fin a la vida de un paciente que no sufre físicamente sino mentalmente, y que no se encuentra es fase terminal, no hay que excluir a priori la exención de responsabilidad penal por estado de necesidad exculpante basado en la excepcional presión de las circunstancias. La causa del sufrimiento no altera el grado en que éste se experimenta. De todos modos, según el Tribunal Supremo, el juez deberá proceder con extremo cuidado en su comprobación de la viabilidad de la circunstancia de estado de necesidad en los casos en que el sufrimiento del paciente no se pueda demostrar a partir de un trastorno o desorden físico, y que este sufrimiento puede no consistir únicamente en dolor y pérdida de funciones corporales.

Es más, el Tribunal Supremo confirmó que en un caso así debe existir un sufrimiento mental incurable e insostenible. En general, no hay sufrimiento incurable en los casos de pacientes psiquiátricos que han declinado en completa libertad la alternativa realista a este sufrimiento.

Dado que el Juez tiene que mostrar un cuidado extremadamente grande en la decisión de si el estado de necesidad es apreciable, también debe involucrar la opinión de un experto independiente que haya visto y examinado al paciente.

Si no se puede acceder a esta segunda opinión de un experto independiente, la eximente de estado de necesidad no será admisible.

En el caso que aquí trató el Tribunal Supremo, el psiquiatra había cumplido con todos los requisitos de cuidado, pero había omitido consultar a otro psiquiatra experto e independiente. En consecuencia, no se admitió la eximente de estado de necesidad y el psiquiatra fue considerado culpable. En vista en la debida diligencia ético-médica en la aplicación de la eutanasia en ese caso concreto, sin embargo, al Tribunal Supremo le bastó con el veredicto de culpabilidad sin imposición de pena (art. 9a CP).

Después de estas sentencias, los límites de la interrupción justificada de la vida se han visto confirmadas en muchas otras decisiones judiciales.

En 1995, el Tribunal del Distrito de Groningen y el Tribunal de apelaciones de Leeuwarden afirmaron de nuevo que la interrupción de la vida mediante solicitud puede realizarla sólo un médico.

14. HR 3 mayo 1988, NJ 1989, núm. 391.

15. HR 21 junio 1994, NJ 1994, núm. 656.

En este caso, una mujer puso fin a la vida de su amigo enfermo de SIDA. Fue condenada a una inhabilitación de dos meses¹⁶.

El mismo año, el Tribunal de apelación de Amsterdam dejó libres sin cargos a dos médicos que pusieron fin a la vida de un bebé gravemente discapacitado que sufría insoportablemente a petición de sus padres¹⁷. En 1997, el Juzgado del Distrito de Leeuwarden impuso a un médico a una condena condicional de inhabilitación de seis meses por no haber cumplido con el requisito de notificación de un caso de interrupción de la vida mediando solicitud. Se había abstenido del procedimiento de notificación por petición expresa de su paciente (caso Schat)¹⁸.

Muy recientemente, el Tribunal del Distrito de Haarlem absolvió a un médico que había puesto fin a la vida de un ex-senador de 86 años de edad a petición de éste, porque había decidido que habiendo sobrevivido a su mujer, quería morir porque estaba cansado de la vida. No fue condenado a pesar del hecho de que ni la ley, ni el Parlamento, ni la jurisprudencia aceptan la propia decisión como un motivo válido para la finalización de la vida¹⁹.

Basándose en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, se puede afirmar que la finalización de la vida se considera permitida cuando:

- afecta a un paciente que puede ser considerado médicamente incurable,
- que el sufrimiento físico o mental sea subjetivamente insoportable o grave para el paciente,
- que el paciente haya expresado previamente, por escrito u oralmente, su explícita voluntad de que se ponga fin a su vida y de modo que se le libere del sufrimiento.

Otros dos requisitos añadidos por los tribunales menores fueron rechazados por el Tribunal Supremo²⁰: que la finalización de la vida sólo se puede llevar a cabo tras consultar con otro médico, y que el paciente tuviera que estar en fase terminal²¹.

Tres elementos importantes para la decisión del médico de poner fin a la vida de alguien median-

do petición son: que sea incurable, que el sufrimiento sea insoportable, y la libre voluntad.

La incurabilidad es un elemento objetivo, ya que debe resultar cierto conforme a una opinión médica experta que la situación del paciente está deteriorándose y no se puede mejorar, de manera que no hay perspectivas realistas de tratamiento. Las perspectivas de tratamiento no son realistas cuando:

- a) según el conocimiento médico presente no hay posibilidad de mejoría mediante un tratamiento adecuado,
- b) en un futuro previsible, y
- c) una relación razonable entre los resultados que se deben esperar y la tensión del tratamiento del paciente²².

La cuestión de si el sufrimiento es insoportable es de naturaleza extremadamente subjetiva y no se puede determinar sobre la base de factores objetivos. La pregunta de si el médico podía haber concluido razonablemente que se daba un sufrimiento insoportable sólo puede ser examinado por el tribunal de manera marginal.

Un tema que dio lugar a una amplia discusión fue, a raíz del caso Chabot, hasta qué punto se puede decir que un paciente con una enfermedad mental continúa teniendo una voluntad autónoma y libre. Se trata de una cuestión importante, porque un elemento de la norma que regula la interrupción de la vida mediando petición (art. 293 CP) es precisamente que tiene que haber una declaración de voluntad, para lo que es esencial que esta expresión de voluntad sea verdaderamente voluntaria y no viciada.

En la sentencia del caso Chabot el Tribunal Supremo rechazó la opinión legal según la cual en los casos en que un paciente sufra una enfermedad mental haya que considerar imposible una expresión libre de voluntad en cuanto a la petición de ayuda al suicidio, porque ésta significaría denegar la capacidad de tener voluntad propia a toda una categoría de pacientes. La aceptación del Tribunal Supremo de que los pacientes psiquiátri-

16. Tribunal del Distrito de Groningen, 23 marzo 1995, NJ 1995, núm. 477, y Tribunal de apelación de Leeuwarden, 21 de septiembre 1995, NJ 1996, núm. 61.

17. Tribunal de Apelación de Amsterdam, 7 noviembre 1995, NJ 1996, núm. 113 (Casos PRINS AND KADIJK).

18. Tribunal del Distrito de Leeuwarden, 8 abril 1997.

19. Tribunal del Distrito de Haarlem, 30 octubre 2000, www.rechtspraak.nl E/50 núm. AA 7962.

20. En el caso CHABOT, el Tribunal Supremo sentenció que no era de absoluta necesidad que el paciente se encontrase en una fase terminal para justificar la eutanasia.

21. Este requisito en particular ha dado lugar a un número relativamente grande de procesamientos. En 1993 se abrieron diligencias en catorce casos, doce de los cuales se correspondían con pacientes no terminales. El entonces Ministro de Justicia mantuvo la opinión de que, de acuerdo con la ley entonces vigente, la eutanasia estaba sólo permitida en casos terminales y ordenó procesar en todos aquellos casos en que el paciente no estuviera enfermo en fase terminal (v. Dutch Prosecutors get Tough on Eutanasia, *British Medical Journal*, 1994, p. 1119).

22. Documentación Parlamentaria, sesión 1993-1994, núm. 23877, sub-núm. 1, p. 4.

cos poseen una voluntad libre es acorde con el punto de vista de la Real Asociación Médica Holandesa (KNMG). En dos documentos de trabajo²³ la Asociación ha diseñado una lista analítica de criterios necesarios para establecer la capacidad de voluntad precisamente porque el problema de la finalización de la vida se da también en casos de pacientes seriamente dementes, y porque también los pacientes psiquiátricos reclaman la ayuda al suicidio.

Los criterios para que se pueda apreciar la existencia de capacidad de voluntad, tal como se analiza en estos documentos de trabajo son:

- expresión de una elección;
- capacidad de entender, en general, información simple y de tomar una decisión simple en base a ésta;
- conciencia de la naturaleza de la decisión y de lo que implica el acto propuesto;
- comprensión real de la información relativa a su elección;
- y llegar a una decisión sobre la case de una línea racional de pensamiento manteniendo intacto el sentido de la realidad.

I. El Informe Rimmelink

En 1991 se presentó el Informe del Comité Rimmelink²⁴ sobre una Investigación de la Práctica Médica en materia de Eutanasia²⁵, dando cuenta de una investigación sobre las decisiones médicas en materia del fin de la vida²⁶.

En Holanda mueren aproximadamente 130.000 personas cada año. La investigación, basada en entrevistas anónimas a médicos, muestra que dos tercios de estas muertes fueron precedidas de un período más corto o más largo de enfermedad. En la mitad de estos casos (49.000) el médico había tomado una decisión en que como mínimo había llegado a tomar en consideración la probabilidad de acelerar el fin de la vida. Esto concierne a cuatro tipos de decisiones:

- Interrumpir o no comenzar un tratamiento con la finalidad de prolongar la vida en la fase terminal de una enfermedad mortal (22.500 casos);

- Elevación de la cantidad de medicación para aliviar el dolor y los síntomas producidos por la enfermedad, que lleva aparejado como efecto secundario menor el acortar la vida del paciente (22.500 casos);

- Poner fin a la vida conscientemente en caso de pacientes moribundos (acortamiento estimado de la vida: menos de una semana) que sufren insosteniblemente y cuyas funciones vitales están comenzando a fallar (1.000 casos); y

- Poner fin a la vida mediante medicación eutanasica mientras la funciones vitales aún están intactas (2.700 casos).

En el 30% de los casos mencionados bajo el primer tipo de decisiones (6.750), además de esa finalidad, era también objetivo del médico poner fin a esa vida. En el 6% de los casos (1.350 casos), ese era el objetivo explícito o directo del médico. En 1.800 casos, poner fin a la vida del paciente era un motivo (ulterior). En dos tercios de esos casos (5.400) existía una petición explícita del paciente de que se pusiera fin a su vida.

En los casos mencionados dentro del segundo tipo de decisiones, el acortar la vida era también objetivo del médico en el 19% de los casos (4.275 casos) y el objetivo explícito en el 16% (3.600 casos). De este modo, en 7.875 casos, la finalización de la vida era el motivo de esa actuación médica. La ausencia de una petición expresa de interrupción de la vida se debía en parte a que la persona afectada (ya) no era capaz de expresar su voluntad a causa de la fase terminal en la que se encontraba, y en parte porque esta petición no se discutía en el caso de alivio del dolor y de los síntomas de la enfermedad.

En los casos mencionados bajo los tres primeros tipos de decisiones, que suponen o una ayuda para aliviar el sufrimiento en una fase terminal o la omisión de un tratamiento médicamente inútil —a solicitud o no del paciente— no se trataba de interrupción de una vida en el sentido penal porque la decisión se había basado en criterios médicos y pertenecía a la normal práctica médica. El artículo 293 del Código penal no es aplicable a la interrupción de un tratamiento médico inútil en virtud de la *exceptio medica*.

23. Sobre "Actos de interrupción de la vida en casos de pacientes seriamente dementes", Utrecht, 1993, y "Ayuda al suicidio en el caso de Pacientes Psiquiátricos", Utrecht, 1993.

24. El Sr. J. Rimmelink, el Presidente del Comité, en esos momentos era el Fiscal General del Tribunal Supremo.

25. *Medische beslissingen rond het levenseinde* (Decisiones médicas en materia del fin de la vida), Sdu, La Haya, resultados de la investigación se pueden encontrar en: P.J. VAN DER MAAS Y OTROS, *Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life*, *Lancet*, 1991, 338, pp. 669-674. El informe viene ampliamente comentado por J.V.M. WELIE, *The Medical exception: Physicians, Euthanasia and the Dutch Criminal Law*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1992 (17), pp. 419-437.

26. P.J. VAN DER MAAS, J.J.M. VAN DELDEN & L. PIJNENBORG, *Het onderzoek voor Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie* (La Investigación del Comité de Investigación de la Práctica Médica en materia de Eutanasia), Sdu, La Haya, 1991, p. 224.

La investigación puso de relieve que los médicos holandeses afrontan cada año alrededor de 9.000 veces una petición de poner fin a una vida por parte del paciente. En la mayor parte de los casos, el médico no accedió a la petición, sobre todo porque existían alternativas más razonables, tales como medidas intensivas para aliviar el dolor o los síntomas. En aproximadamente 2.300 casos se accedió a la petición.

El informe del Comité tuvo gran importancia por muchas razones. Ofreció por primera vez elementos para la comprensión de la práctica actual de la eutanasia y de la incidencia de la misma. Además, el informe dejó claro que los médicos, como regla general, proceden con mucho cuidado cuando se enfrentan a una petición de poner fin a la vida²⁷.

Parte de la gran importancia del informe reside en que ha puesto de relieve que la escasez de recursos médicos no juega un papel importante como motivo que lleve a realizar una eutanasia. Mostró que el sufrimiento insoportable y el natural deseo de morir con dignidad habían sido las razones principales para la interrupción de la vida a petición del paciente²⁸.

El resultado del Informe fue que el Ministro de Justicia (políticamente responsable de los aspectos penales de la eutanasia) y el Ministro de Bienestar, Salud y Cultura (políticamente responsable de los aspectos médicos de la eutanasia) mediante una carta dieron a conocer al Parlamento el punto de vista del Gobierno en materia de decisiones médicas relativas al final de la vida²⁹.

El punto central de la carta era la propuesta de establecer un procedimiento legal relativo a los casos comunicados de finalización de la vida y asistencia al suicidio. Este procedimiento de comunicación pretendería informar a la fiscalía de estos actos y permitirle decidir, en base a la información contenida en el informe de comunicación, si deberá perseguir o no un caso de eutanasia o asistencia al suicidio.

II. El Procedimiento de comunicación

El artículo 10 de la Ley de Entierros proporciona la base legal para el procedimiento de comunicación. El procedimiento de comunicación establece una determinada estructura que busca hacer posible la comprensión de los actos médicos en los casos de interrupción de la vida a petición, ayuda al suicidio y en casos de interferencias médicas activas dirigidas a acortar la vida del paciente sin una petición explícita de éste. Además, proporciona el marco dentro del que la Fiscalía puede decidir si el caso notificado de finalización de la vida a petición era legítimo, o bien era ilegítimo y debía ser perseguido.

Las preguntas que debe contestar el médico en el informe de comunicación se dividen en cinco secciones.

La primera de ellas contiene preguntas acerca del historial de la enfermedad del paciente (anamnesis). Son preguntas acerca del diagnóstico, del tratamiento médico, de los médicos que lo han atendido, del curso de la enfermedad y de las posibilidades de controlar el dolor.

La segunda sección versa sobre las actividades realizadas en el marco de la eutanasia o la ayuda al suicidio en casos de pacientes con males físicos o psíquicos. En este punto se examinan la perseverancia de la petición del paciente y la presencia de una petición escrita. También se pide que se indique si el paciente era plenamente consciente de las consecuencias de su petición. Además, hay que aclarar cuál era la situación física del paciente en el momento de realizar la petición.

La tercera sección contiene preguntas acerca de la interrupción de la vida sin que medie una petición explícita. Entre otras cosas, también se pregunta por la razón de la ausencia de una petición en el momento de poner fin a la vida. Se solicita también información ulterior sobre una posible manifestación previa del paciente en cuanto a la

27. V. M. BATTIN, *Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can we learn Anything from the Netherlands?*, en *Law, Medicine and Healthcare*, 1992, 1-1, pp. 133-143.

El abuso puede ser bien interpersonal (por parte de la familia o los amigos) o profesional (por parte de médicos y enfermeras), pero el temor de que ambos se den en Holanda es infundado, porque se han implementado una serie de precauciones, que incluyen una política diseñada para proteger la calidad de, o la prevención contra, la distorsión de la elección de un paciente.

En varias publicaciones, por ejemplo en Van der Sluis (*The practice of Euthanasia in the Netherlands, Issues on Law and Medicine*, 1989, pp. 455-465) se argumenta que médicos y parientes tienden a forzar a los pacientes a decidir poner fin a su vida. En este caso se ha dado una imagen muy lejana a la realidad. La cuenta que el médico debe dar de la decisión que ha tomado previene el abuso de la eutanasia. Es más, el médico no podrá proceder a la eutanasia por autoridad propia, ya que es necesaria la consulta de otro médico independiente. En otras palabras, la eutanasia tiene lugar en una situación verificable que comporta las garantías de que en este proceso se utiliza un gran cuidado. Esta es más apremiante en situaciones en que el paciente no es atendido en casa sino en un hospital o en un sanatorio.

28. *Medical decisions concerning the End of Life*, op. cit., pp. 31-35.

29. *Documentación Parlamentaria*, Sesión 1991-1992, núm. 20383, sub-núm. 14.

interrupción de su vida. Además, se pregunta sobre toda consideración adicional que haya determinado la toma de decisión médica y la elección del momento en que se debía poner fin a la vida del paciente.

En la cuarta sección se requiere la comprobación de haber consultado con otro médico o psiquiatra para contar con una segunda opinión. Todo ello sirve para asegurar que el médico consultado es suficientemente capaz de dar una opinión independiente. Se debe acreditar que este segundo médico ha visitado personalmente al paciente.

Por último, en la quinta sección se realizan preguntas acerca del propio acto que ha puesto fin a la vida. Se deben aportar detalles de cómo y por qué método se puso fin a la vida, dónde tuvo lugar la interrupción, quién estaba presente y si se había consultado al personal de enfermería o de cuidados.

En total, el formulario contiene unas cincuenta preguntas que crean una imagen de las consideraciones en que se ha basado la interrupción de la vida de ese paciente, en cómo se alcanzó la decisión y en cómo se llevó a cabo.

En 1994, poco después de que se hubiera dado base legal al procedimiento de notificación de la eutanasia, tomó posesión un nuevo gobierno de coalición entre el Partido laborista (Partij van de Arbeid), el Partido Liberal (VVD) y los Demócratas (D'66). En el Acuerdo de Coalición de 1994 se acordó que se llevaría a cabo una evaluación de los resultados de la puesta en vigor de la Ley de Entierros en la que se examinaría la experiencia habida en materia del procedimiento de comunicación, de la relación entre los casos de interrupción de la vida mediando petición y los casos en que esta petición no se haya dado, y por último sobre la política de la Fiscalía a este respecto³⁰. En 1994 se anunció que se iba a proceder a esta evaluación, cuyos resultados se publicaron en 1996³¹ con una gran riqueza de información sobre la práctica de la eutanasia y sobre el procedimiento de comunicación de la misma, además de dar respuesta a la pregunta de si se habían alcanzado los

objetivos perseguidos al implantar el procedimiento.

Resultados de la investigación de evaluación

En base a estimaciones fiables, se puede afirmar que el número de casos de eutanasia y de ayuda al suicidio aumentó de 2.700 a 3.600 entre 1990 y 1995³².

El número de peticiones expresas de interrupción de la vida o de ayuda al suicidio previstas para un futuro próximo era en 1995 de 9.700. En más de 6.000 casos la solicitud, a pesar de haber sido explícita, no se mantuvo.

Más del 70% de los casos de eutanasia los llevaron a cabo médicos de medicina general, el resto estuvieron en manos de médicos de casa de reposo, y en menor grado, en las de médicos hospitalarios.

Se demuestra también que la edad de los pacientes relacionados con casos de eutanasia o suicidio, comparada con la distribución de edad en el conjunto de muertes de Holanda, es una edad relativamente baja. En el 37% de los casos, la interrupción de la vida tuvo lugar antes de que la persona afectada cumpliera los 65 años.

El cáncer demuestra ser, con mucho, la enfermedad que juega un papel más importante en ser causa de solicitud de aplicación de la eutanasia. Es más, en la mayoría de los casos, la eutanasia se lleva a cabo en un momento en que, según el médico, ya se está a la vista de la muerte natural.

En el 88% de los casos el tratamiento que se está aplicando en el momento de proporcionar la ayuda al suicidio tiene como finalidad paliar los dolores, y en un 9%, prolongar la vida. En la mayoría de los casos o bien no existía tratamiento alternativo o el paciente no quería que le fuese aplicado —si es que existía.

En los casos en que mediaba petición explícita de aplicación de la eutanasia, las razones más importantes alegadas fueron el sufrimiento insopportable e incurable, el evitar la humillación y el evitar ulteriores sufrimientos peores o inútiles.

30. Este párrafo sobre la eutanasia del Acuerdo de Coalición no supuso ninguna sorpresa porque uno de los socios de la coalición, los Demócratas'66, había estado abogando desde mucho tiempo atrás por la incorporación de un motivo específico de justificación en el Código penal para los casos de eutanasia llevada a cabo con todos los cuidados. El partido de los Demócratas'66 también había sido el partido que en 1984 había sometido al Parlamento un proyecto en esta materia. Además, los dos Ministros que determinan la política en materia de eutanasia (el Ministro de Justicia y el de Salud, Bienestar y Deporte) pertenecían a los Demócratas'66.

31. G. VAN DER WAL, P.J. VAN DER MAAS Y OTROS, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure* (Eutanasia y otras decisiones médicas acerca del fin de la vida. Práctica y procedimiento de notificación), Sdu Uitgevers, Den Haag, 1996.

32. Un informe sobre esta investigación sobre la práctica de la eutanasia y detalles sobre el método investigativo se pueden encontrar en: *The new England Journal of Medicine*, 1996, pp. 1699-1705.

En 1995 más de 6.000 peticiones explícitas de interrupción de la vida o de ayuda al suicidio no han sido admitidas. Las razones de que no se hayan llevado a cabo eran: que el sufrimiento no era (aún) insoportable, que existían tratamientos alternativos o que el paciente presentaba un trastorno mental o una depresión. Entre los pacientes cuya petición fue denegada, el cáncer era la enfermedad más frecuente, seguida de trastornos mentales.

Se estima que en 1995 el número de casos en que se puso fin a la vida de un enfermo sin mediar petición fue de unos 900. Las características de estos pacientes no difieren, o lo hacen poco, de las características de aquellos en los que tal interrupción de la vida había tenido lugar mediando petición expresa.

Pero además, cuando se puso fin a la vida del paciente sin que éste lo pidiera explícitamente, ello no ha significado necesariamente que no haya habido ninguna consulta con él. En el 37% de los casos, efectivamente, se había consultado con el paciente, mientras que en el 16% de los casos el paciente había expresado alguna vez su voluntad de que se pusiera fin a su vida. De entre los casos en que no se había consultado con el paciente, el motivo más frecuente de ello fue que el paciente no estaba consciente (31%), presentaba demencia (14%), era demasiado joven (11%), o sufría algún tipo de perturbación mental (5%). En la mayoría de estos casos se había consultado con un colega (59%), con el equipo de enfermería, o con un pariente cercano (70%).

Las consideraciones principales que había llevado al médico³³ a interrumpir la vida del paciente sin mediar una petición expresa por su parte eran:

- El tratamiento médico no tenía objetivo alguno (67%).
- No había perspectiva de mejora (44%).
- El médico no quería prolongar la vida innecesariamente (33%).
- La calidad de vida era muy baja (36%).
- Actuaba conforme al supuesto deseo del paciente (30%).
- El pariente más cercano ya no podía aguantar más el insoportable sufrimiento (38%).

El número de casos oficialmente comunicados se elevó de 486 en 1990 a 1.466 en 1995. Eso significa, de acuerdo con esta investigación, que en 1995 han sido comunicados cerca del 41% de todos los casos de eutanasia y ayuda al suicidio. Este porcentaje había sido de sólo el 18% en 1990. Un examen ulterior de las cifras muestra que el

porcentaje de comunicaciones no sufrió casi ningún incremento tras la introducción del deber legal de comunicarlos.

Los casos de interrupción de una vida sin que exista petición expresa apenas se comunican, o no se comunican en absoluto: en 1990 se comunicaron en dos casos y en 1995 en tres, cuando en 1995 el número estimado de aplicaciones de la eutanasia sin la existencia de petición se estimó en unos 900. En la mitad de los casos se disponía de información acerca del deseo del paciente de que se le interrumpiera la vida, aunque este deseo no se hubiese explicitado poco tiempo antes de la efectiva interrupción de la vida, por ejemplo, porque el paciente se hallaba inconsciente, demente o era demasiado joven.

También se examinó en la investigación qué motivos llevaron a comunicar los casos de eutanasia en el 41% de los casos. Se pudo dar más de una razón. De entre los médicos que sí la habían comunicado, el 75% dijeron que siempre lo comunican, el 17% mantenían la opinión de que deberían comunicarse, el 13% lo comunicaron porque es la política de la institución en la que el médico trabaja, y el 13% lo hizo porque quería dar cuenta a la sociedad de su acto.

La consecución de los objetivos del procedimiento de comunicación

El objetivo del procedimiento de comunicación legal es cuádruple:

- que los médicos revelen todos los casos en que han puesto fin a una vida;
- hacer posible la comprobación de los actos médicos de interrupción de la vida, incluyendo los casos en que el paciente no realizó una petición hasta ese punto;
- promover que los médicos estén informados de en qué consiste un procedimiento cuidadoso, y que observen sus requisitos;
- promover que los médicos comuniquen sus actos médicos de interrupción de la vida de manera uniforme en todo el país, y de que tal notificación reciba un tratamiento también uniforme por parte de las autoridades municipales y judiciales.

El número de comunicaciones se incrementó efectivamente al introducir el procedimiento legal de comunicación, pero el porcentaje de comunicaciones sigue sin sobrepasar el 41% sobre el total estimado de casos de eutanasia y ayuda al suici-

33. Los médicos respondieron en muchas ocasiones que era la combinación de estas consideraciones la que les había llevado a decidirse por interrumpir su vida.

dio. La interrupción de la vida en los casos en que no media petición sigue siendo comunicado sólo en pocas ocasiones.

En cuanto al primer objetivo señalado —la revelación del estado de las cosas—, el procedimiento de comunicación se ha mostrado decepcionante. Casi el 60% de los casos de eutanasia no se comunican, y por lo tanto no vienen revelados tal como exige la ley. Es más, los casos en que la necesidad de que sean revelados es mayor —aquellos en que se ha puesto fin a la vida sin que exista una petición— se comunican muy raramente. La disposición de los médicos a revelar estos casos es mínima. Por un lado se trata de una conclusión preocupante, pero, por el otro, es lo que cabía esperar. De un estudio anterior³⁴ ya se derivaba la estimación de que una cuarta parte de los médicos omite la comunicación. El motivo más importante que se escondía tras esta reticencia de los médicos reside en la reciente ambigüedad de la situación legal. A pesar de que oficialmente la eutanasia constituye delito, en la práctica ésta viene siendo progresivamente aceptada durante las dos últimas décadas, en que además ha sido protegida por la jurisprudencia del Tribunal Supremo y apoyada por la Real Asociación Médica Holandesa y por la ciudadanía. El informe de evaluación³⁵ pone de relieve que de una muestra aleatoria de 405 médicos, 49 dijeron no haber comunicado su caso más reciente de eutanasia a petición del paciente debido a los motivos siguientes:

- quería evitar la carga de una investigación penal (25);
- quería proteger a los parientes del paciente ante una investigación penal (12);
- los parientes del paciente le habían pedido evitar la investigación penal (10);
- temía ser procesado (10);
- no había cumplido todos los requisitos de "diligencia debida" (8);
- entendía la eutanasia como un asunto privado entre médico y paciente (6).

Es necesario hacer algunos comentarios sobre las respuestas dadas por los médicos acerca de la razón por la que habían omitido la comunicación. No se puede negar que escribir un informe de co-

municación, contestar cincuenta preguntas acerca del historial de la enfermedad del paciente, del proceso de toma de decisión sobre la interrupción de la vida del paciente, de la consulta con otro médico, y del modo en que se ha llevado a cabo la interrupción de la vida del paciente representa dedicar un cierto tiempo al trámite y resulta gravoso, aunque ésta no sea una razón válida para omitir la comunicación. Tampoco el miedo a ser procesado es una razón válida. La amenaza de una investigación penal o de un proceso penal no existe en aquellos casos en que el médico ha observado tanto los estándares de diligencia debida tal como los ha fijado la jurisprudencia, como los criterios para la práctica de la eutanasia establecidos en 1984 y 1995 por la Real Asociación Médica Holandesa³⁶. Una interrupción de la vida acorde con los estándares de la diligencia debida y médicamente considerada correcta no lleva a una investigación por delito ni a un proceso. Y en todo caso, un proceso en estos casos no conllevaría una condena sino la absolución. Sólo aquellos casos que no se han tratado de acuerdo con los estándares de la diligencia debida y que no cumplen los criterios desarrollados por la jurisprudencia podrían llegar a ser objeto de una investigación por delito por parte de la policía o del juez de instrucción, y podrían ser llevadas a juicio ante el Tribunal penal por parte del Ministerio Fiscal. Sólo en este último caso, al menos en teoría, existe fundamento para el temor del médico, tal como ha demostrado este estudio.

De los 6.324 que se han comunicado entre 1991 y 1995, sólo 120 han llegado a ser discutidos por la Junta de Fiscales. El estudio de las minutas de la Junta de Fiscales muestra cómo en todos estos casos los estándares de diligencia debida o los criterios desarrollados por la jurisprudencia no se habían cumplido de modo exhaustivo. En muchos casos, el paciente no había formulado una petición (ocho eran recién nacidos y niños y cinco eran pacientes en coma o tenían la conciencia reducida), o existían dudas acerca de si el paciente había formulado una petición, o sobre si el paciente se encontraba ya en fase terminal, mientras que en los demás casos no se había solicitado consulta a un colega médico. En otros casos se cues-

34. G. VAN DER WAL, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen* (Eutanasia y ayuda al suicidio llevadas a cabo por médicos), WYT uitgeefgroep, Róterdam, 1992.

35. Los datos más importantes de este estudio están resumidos en un artículo de G. VAN DER WAL, P.J. VAN DER MAAS Y OTROS, Evaluation of the Notification Procedure for Physician-assisted Death in the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, núm. 22, pp. 1706-1711.

36. Punto de vista del Consejo de dirección de la KNMG 1995 en materia de eutanasia, KNMG Utrecht, agosto 1995. Una traducción al inglés de estos criterios se ha publicado en: *Eutanasia in the Netherlands*, RDMA, 5ª ed., Utrecht, diciembre 1996, pp. 24-25. Ver también: Dutch doctors Tighten Eutanasia Guidelines, *British Medical Journal*, 1995, p. 708.

tionaba la no existencia de esperanza o el que el sufrimiento fuera insoportable. En todos estos casos, por lo tanto, existían los requisitos para la apertura de un procedimiento. Sin embargo, de esos 120 casos, sólo 13 llegaron a juicio. Tres casos acabaron con la puesta en libertad, tres con la absolución, tres con declaración de culpabilidad sin llevar ninguna pena aparejada, y en otros tres se impuso una condena (condicional).

En algunos casos el procedimiento se incoó con la finalidad de crear jurisprudencia en materia de ciertas cuestiones que necesitaban ser aclaradas, especialmente en materia de interrupción de la vida, no existiendo petición en caso de recién nacidos seriamente discapacitados (caso Prins/caso Kadijk)³⁷, y de no observación de los estándares de diligencia debida, como, entre otros casos, por no proceder a consultar a un segundo médico por respeto a la intimidad del paciente (caso Schat)³⁸.

En los casos Prins y Kadijk los médicos fueron absueltos porque el Tribunal estimó la concurrencia de la circunstancia exculpante del estado de necesidad.

La ausencia de una segunda opinión fue el elemento que impidió que el tribunal aceptara la existencia de estado de necesidad en el caso Schat. Schat había abandonado la idea de contar con una segunda opinión porque tuvo que prometer absoluto secreto a su paciente. El tribunal sostuvo que, por un lado, el comportamiento de Schat fue reprochable, y no lo consideró como el que cabe esperar de un profesional que practica la medicina general; por el otro lado, el tribunal estaba convencido de que Schat pensó que actuando del modo en que lo hizo servía de la mejor manera posible a su paciente incurable, y por ello impuso sólo una condena condicional de seis meses de prisión.

III. Una nueva política como respuesta

Como consecuencia del Informe sobre la Eutanasia de 1996 y de sus recomendaciones de incrementar la diligencia en el tratamiento médico y de mejorar el funcionamiento del procedimiento de comunicación, el gobierno dio a conocer su punto de vista sobre una nueva política en esta materia en 1997³⁹. Esta nueva política afecta a tres aspectos del problema de la eutanasia. En primer lugar,

el ulterior desarrollo de los cuidados paliativos terminales debía convertirse en un punto clave de interés. Además, el procedimiento de comunicación tenía que ser modificado de modo que se trataran por separado, por un lado, los casos de interrupción de la vida de pacientes competentes, y, por el otro, los de la interrupción de la vida de los pacientes no competentes. Los problemas específicos que presentan las decisiones médicas que afectan a la interrupción de la vida de pacientes no competentes justifican un procedimiento distinto que se concentre en este grupo. Por último, se establecería un comité de ámbito regional para revisar las interrupciones de la vida en que hubiera existido una petición expresa, y un comité de ámbito estatal que se ocupara de la revisión de los casos de interrupción de la vida en que no hubiera mediado petición específica.

Mejora de los cuidados paliativos

La mejora del desarrollo de los cuidados paliativos debe ser un punto de interés fijo⁴⁰. El objetivo político queda fijado en que la negligencia en la aplicación de cuidados paliativos no sea nunca la razón que lleve a la eutanasia. En la mayoría de los casos, la petición de interrupción de la propia vida se expresa en el momento en que ya no queda ningún tratamiento realista que pueda ser aplicado al paciente, de manera que ya no se puede esperar su curación. Esto afecta a pacientes terminales de cáncer o SIDA, o a pacientes con síndromes agudos cortos o con trastornos médicos crónicos tales como demencia, derrame cerebral, enfisema pulmonar, trastornos de corazón y vasculares o Parkinson. Cuando todo tratamiento ulterior es inútil, el paciente normalmente renuncia a su curación y espera su muerte. Si el paciente está ingresado en un Hospital, tras esta conclusión médica una estancia ulterior en el hospital deja de ser necesaria. El paciente puede volver a casa a esperar la muerte con el apoyo y cuidado de su familia y de sus parientes, y con alguna ayuda profesional adicional. Dado que esperar la muerte en casa no es siempre la situación óptima, por ejemplo, porque su cónyuge no le puede proporcionar los cuidados adecuados debido a su edad, en Holanda se han creado casas de cura a las que los pacientes moribundos pueden ir junto con su

37. Tribunal del Distrito de Alkmaar, 26 abril 1995, NJ 1995, núm. 602, y Tribunal del Distrito de Ámsterdam, 7 noviembre 1995, NJ 1996, núm. 3.

38. Tribunal del Distrito de Leeuwarden, 8 abril 1997.

39. Documentación Parlamentaria, Sesión 1996-1997, núm. 23877, sub-núm. 13.

40. Acerca de los cuellos de botella en los cuidados paliativos, v. también la carta del Ministro de la Salud refiriéndose a ellos, Documentación Parlamentaria, sesión 1995-1996, núm. 24400 XVI, núm. 82, pp. 1-8.

familia para establecerse allí o para esperar la muerte. Estas residencias están equipadas para ayudar en el proceso que conduce a la muerte. Estos cuidados forman parte de los cuidados paliativos que, por un lado, consisten en el control del dolor intenso y de los síntomas de la enfermedad, y por el otro, consiste en proporcionar cuidados psico-sociales al paciente que se está muriendo para aliviar sus necesidades emocionales, sociales y espirituales.

El nivel de organización de los cuidados paliativos en Holanda es demasiado bajo, y se echan en falta criterios de calidad relativos a estos cuidados, del mismo modo que se le da demasiada poca importancia a la formación de los ayudantes sanitarios en este tipo de intervención⁴¹. A pesar de que Holanda llama a menudo la atención en el panorama internacional por su avanzado nivel de formación en cuidados médicos, los cuidados paliativos institucionalizados están aún en su infancia en comparación con los de los países que la rodean⁴². Los cuidados paliativos quedan fundamentalmente en manos del médico general del paciente⁴³. El número de institucionales que proporcionan cuidados psico-sociales intensivos a pacientes moribundos se ha incrementado considerablemente en los últimos años; los más importantes son:

1. el *Stichting Nederlandse Hospice Beweging* (Fundación del Movimiento Holandés de Hospicios), una unión de ocho organizaciones dedicadas a cuidados terminales⁴⁴;

2. la *Stichting Christelijke Hospices* (Fundación de Hospicios Cristianos);

3. y la *Netwerk Palliatieve Zorg voor terminale Patiënten* (Red de Cuidados Paliativos a Pacientes Terminales), en la que 17 instituciones, fundaciones y asociaciones de cuidados paliativos han unido sus fuerzas.

Al contrario que en Inglaterra, los cuidados paliativos en Holanda no conforman una especialidad médica, sino que son parte de la normal ciencia médica. Se ha señalado la urgente necesidad de otorgar mayor atención a los cuidados psico-sociales de los enfermos terminales por parte de los médicos y del personal de enfermería. Además, hay una gran diferencia entre los movimientos de

hospicios de Inglaterra y de los Estados Unidos, por una parte, y de los holandeses, por el otro. En Inglaterra y Estados Unidos se ha optado por un enfoque profesional de los cuidados paliativos que se concentra en las casas de cura, llamados hospicios. En Holanda se ha optado por grupos de voluntarios apoyados por personal contratado, cuyo objetivo es apoyar a domicilio en los cuidados proporcionados en casa por parte de las familias que no pueden llevar a cabo estos cuidados sin ayuda.

Como la experiencia nos enseña que la petición de interrupción de la vida se realiza rara vez en los casos en que hay un óptimo control del dolor y en que los cuidados adicionales son también óptimos, una ulterior ampliación de equipos multidisciplinarios de control del dolor, de las facilidades adecuadas para el cuidado terminal, y una mejora de la formación en el campo del apoyo psico-social son de máxima prioridad, especialmente ahora que se prevé un incremento en la demanda de cuidados paliativos en fase terminal⁴⁵.

Reforma del procedimiento legal de comunicación

El procedimiento de comunicación instaurado en 1994 no hacía distinción entre la comunicación de interrupción de la vida de pacientes competentes y la de pacientes no competentes. Ambas formas de interrupción de la vida se situaron dentro de un mismo procedimiento de revisión. Esto extraña aún más si se tiene en cuenta la clara jurisprudencia desarrollada en materia de interrupción de la vida se basaba en pacientes competentes. En base a esta jurisprudencia era posible revisar si la interrupción de la vida había estado legalmente justificada, lo que no es el caso —o lo es difícilmente— en la interrupción de la vida de pacientes no competentes.

La investigación de evaluación demuestra que la creación de un procedimiento distinto y separado diseñado en atención a la interrupción de la vida de pacientes incompetentes está plenamente justificada. Se viene aceptando de manera general que hay diferencias muy sustanciales entre la inte-

41. Hace muy poco que en Holanda se ha creado la primera cátedra a tiempo completo de Cuidados Paliativos en la Universidad Católica de Nijmegen.

42. D. WILLEMS, *Wie doet wat in de palliatieve zorg thuis? (¿Quién hace que en los cuidados paliativos en casa?)*, *Medisch Contact*, 1997, pp. 167-168; G. VAN BRENK & H.A. HAZELZET, *No cure, no care*, *Medisch Contact*, 1997, pp. 167-170.

43. Ver M. VAN DEN MUIJSENBERGH, *Palliatieve zorg door de huisarts* (Cuidados paliativos por parte del médico general), SSN, Nijmegen, 2001.

44. P. SLUIS, *Stichting Nederlandse Hospice Beweging 10 jaar oud* (Fundación del Movimiento Holandés de Hospicios, 10 años de edad), *Medisch Contact*, 1997, pp. 171-172.

45. B.J.P. CRUL, *Mens en pijn* (Ser Humano y Dolor), conferencia inaugural de la Cátedra de Cuidados Paliativos, Valkhof Pers, Nijmegen, pp. 55-58.

rrupción de la vida con o sin la expresión de un deseo explícito. Esta última debe venir rodeada de mayores garantías de observación de la diligencia debida que la primera. Dado que en principio la interrupción de una vida sin que exista petición no debería darse, se hace necesaria una revisión legal de cada caso concreto en que ésta tenga lugar. La decisión de establecer procedimientos de revisión separados implicaba que la Orden del Consejo de 17 de diciembre de 1993 (Stb. 8) tenía que ser reformada.

El punto de partida del nuevo procedimiento es que los casos de interrupción de una vida mediante petición —y en casos de ayuda al suicidio— sean revisados *a posteriori* por comités regionales. Los componentes de estos comités son expertos médicos, legales y éticos. A la vista de los criterios válidos de diligencia debida, este comité examina si el médico ha actuado de acuerdo con las reglas. El comité regional debe actuar con la mayor apertura posible y dar criterios acerca del estado de las cosas. De este modo se garantiza el control público sobre los casos de interrupción de la vida y se salvaguarda la adherencia a los estándares de la diligencia debida⁴⁶.

Con la introducción de este nuevo procedimiento, los Ministros responsables de la política en materia de eutanasia esperaban que la confianza de los médicos en el procedimiento de comunicación aumentara, y que de este modo se rompieran las barreras hasta el momento existentes⁴⁷.

Se ha establecido un procedimiento separado de revisión de la interrupción de la vida cuando no haya mediado petición explícita. Se ha encargado la revisión de estos casos a un comité nacional multidisciplinar que se compone de varios expertos, dependiendo de la categoría de pacientes afectados por la interrupción de la vida sometida a revisión.

IV. La ley sobre (los procedimientos de revisión) de interrupción de la vida y ayuda al suicidio

El 6 de agosto de 1999 llegó al Parlamento el Proyecto de ley sobre interrupción de la vida a petición. El proyecto establece un motivo de exención de la responsabilidad penal en los casos en que el médico cumpla con los estándares legales

de diligencia debida cuando ponga fin a la vida de alguien a petición de éste. El Memorando que lo acompañaba fue muy corto, tan solo 21 páginas. Para un proyecto que trata un tema tan controvertido parecía extremadamente corto, pero en él el Gobierno se remitía a la documentación parlamentaria previa, que trataba profundamente toda la historia de la discusión de la interrupción de la vida a petición y los temas legales más importantes al respecto⁴⁸. A lo largo de su preparación parlamentaria, el gobierno respondió ampliamente a las preguntas y observaciones críticas de los parlamentarios, cuya transcripción se llevó a cabo en más de mil páginas.

Sólo un artículo del Proyecto fue unánimemente criticado. Era el relativo a la interrupción de la vida a petición de adolescentes de entre doce y dieciséis años de edad. El gobierno había propuesto permitir al médico poner fin a la vida de un adolescente a propuesta del mismo en contra de la voluntad de sus padres o tutores. Ello solamente en aquellos casos en que se pudiera considerar al adolescente capaz de gestionar sus intereses, y siempre que el médico llegara a la conclusión de que actuando de acuerdo con los deseos del joven podría evitar importantes desventajas a su paciente⁴⁹. A raíz de las críticas del Parlamento el gobierno retiró la propuesta.

A pesar de que resumir los argumentos de los partidos políticos que pusieron objeciones al Proyecto es un asunto muy delicado, cabe decir que las objeciones fueron tres.

El primer argumento afirma que la vida, sin importar si se disfruta con salud o se sufre enfermedad, merece protección absoluta. Esta protección se deriva de los Derechos Humanos y es una norma básica. La protección de la vida conlleva la obligación de aliviar el sufrimiento de quien esté muriendo, aplicando todos los medios paliativos posibles. Los Derechos Humanos no admiten una acción directa dirigida a interrumpir la vida de nadie.

El segundo argumento empleado por los que se opusieron al Proyecto es el de que una cosa lleva a la siguiente. La aceptación del Proyecto significaría el primer paso en el camino hacia la aceptación de la interrupción de la vida de los discapacitados, de los enfermos en coma o de los pacientes con un retraso mental importante⁵⁰.

46. Los cinco comités regionales tienen sede en las oficinas regionales de la Inspección Médica de Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijkskijk y Hertogenbosch. A pesar de ello, los comités desempeñan sus tareas con independencia de las Inspecciones regionales.

47. Documentación Parlamentaria, sesión 1996-1997, núm. 23877, sub-núm. 13, p. 5.

48. La documentación parlamentaria se puede encontrar en www.overheid.nl núm. 26691.

49. Artículo 2 sub 4 del Proyecto, Documentación Parlamentaria, sesión 1998-1999, núm. 26691, sub-núm. 2, p. 2.

50. Documentación Parlamentaria, sesión 1999-2000, núm. 26691, sub-núm. 5, pp. 14-15.

El último argumento se basa en que el ser humano no tiene nunca el derecho moral a matar a una tercera persona, ni siquiera cuando ésta última lo solicite. Una ley que permita la interrupción de la vida nunca podrá justificar un acto tal in-moral⁵¹.

El gobierno respondió ampliamente a estas objeciones. Subrayó que el Proyecto mantenía intacta la protección de la vida como tal. Sólo bajo condiciones muy restrictivas y bajo garantías también muy restrictivas, y en principio sólo a petición del paciente, el Proyecto brinda una salida cuando el sufrimiento del paciente se ha hecho insostenible. Una segunda y exhaustiva consulta con un segundo médico, y una cuidadosa y exhaustiva revisión posterior del caso por parte de un comité de revisión en base a los criterios legales, proporcionan las garantías de que no se está poniendo en juego una verdadera protección de la vida. Es más, el gobierno afirmó que no hay indicaciones que apoyen la opinión de que el artículo 2 de la Convención Europea de los Derechos Humanos, que obliga a los países firmantes a proteger la vida humana, obligue al Estado a ejecutar este derecho en casos excepcionales, o en contra la petición expresa y concienzuda del paciente⁵². Mientras tanto, existen indicaciones que señalan que los cuidados paliativos no garantizan en todo caso un proceso de muerte humano. Es más, un gran número de pacientes podría considerar que los efectos de los cuidados médicos paliativos entran en conflicto con sus derechos humanos⁵³.

Yendo aún más lejos, el gobierno discutió que el argumento del que una cosa lleva siempre a la otra se basa en puras especulaciones. Nada indica que esos peligros vayan a materializarse.

Ninguna de las objeciones expresadas durante el debate parlamentario de este Proyecto eran nuevas. Desde que el debate público comenzó habían sido expresados un gran número de objeciones contra la aceptación de la interrupción de la vida a petición. El argumento de que la eutanasia es inmoral se utiliza desde 1960, pero a la vista de la situación de emergencia en que se encuentra el paciente y de su deseo de que se le permita morir de modo humano, este argumento no es de amplia aceptación. La conclusión que resultó del debate parlamentario es que los puntos de vista se habían consolidado y que a pesar de las respuestas del gobierno en los últimos años en

materia de la interrupción de la vida la oposición de los contrarios al Proyecto no había disminuido⁵⁴ y se podía pasar a la votación.

Tras quince meses de preparación parlamentaria, la Segunda Cámara aprobó la Ley por 104 votos contra 40. La Primera Cámara la aprobó por 46 votos a 28. La Ley entró en vigor a principios del año 2002.

Seis criterios para una diligencia debida

La Ley del 2001 sobre (el procedimiento de revisión de la) interrupción de la vida a petición prevé un procedimiento de comunicación y formula la base legal de los estándares de diligencia debida que debe observar el médico que interrumpe una vida a petición. De hecho, estos estándares son los desarrollados en los tribunales a lo largo de años y acogidos por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En cualquier caso, los estándares legales vienen formulados de modo más amplio.

La ley formula seis requisitos que el médico debe cumplir con la finalidad de garantizarle no ser objeto de un proceso:

- El médico debe convencerse satisfactoriamente de que la petición del paciente es voluntaria y de que éste la ha considerado bien;
- El médico debe convencerse satisfactoriamente de que el sufrimiento del paciente era insostenible y de que no habían perspectivas de que su situación mejorase;
- El médico tiene que haber informado exhaustivamente al paciente acerca de la situación y del curso previsible de su enfermedad;
- El médico y el paciente juntos tienen que haber llegado a la conclusión de que no existe alternativa viable a la situación del este último;
- El médico debe haber consultado al menos a otro médico, que tiene que haber visto al paciente, y este último tiene que haber llegado a una opinión independiente acerca de la situación del paciente;
- El médico tiene que haber puesto fin a la vida del paciente con los cuidados y atenciones médicas debidas.

Un nuevo artículo de la Ley de Entierros confirma la obligatoriedad de la comunicación por parte del médico en los casos de interrupción de la vida a petición del paciente. Este artículo señala que

51. *Ibid.*, pp. 16-17.

52. *Documentación Parlamentaria*, sesión 1985-1986, núm. 18331, núms. 43 C y 43 D.

53. *Annual Report of the Regional Review Committees*, La Haya, 2000, p. 11.

54. *Vid.* J. GRIFFITH, A. BOOD, H. WEYERS, *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press, 1998, pp. 167-182.

el médico no puede comunicar que la muerte es por causas naturales, sino que debe señalar la causa material de la muerte adjuntando un informe completo y razonado del cumplimiento de los estándares antes mencionados.

Entonces, un comité regional revisará el informe. El Ministerio Fiscal no vendrá informado en los casos en que el comité concluya que el médico actuó con la diligencia debida. Si existen razones de duda sobre si el médico ha actuado con la diligencia debida, se informará del caso al Ministerio Fiscal.

Además, la Ley prevé una causa especial de exención de la responsabilidad penal: el médico que interrumpe la vida de su paciente a petición de éste, o le ayuda en su suicidio, no puede ser condenado cuando haya cumplido con los estándares legales de diligencia debida y haya comunicado la muerte por causas no naturales.

Interrupción de la vida de adolescentes

Según la legislación holandesa, un paciente es adolescente mientras sea menor de dieciocho años. Los adolescentes también pueden solicitar la interrupción de su vida, pero en este caso el médico deberá cumplir con una serie de requisitos especiales de diligencia debida.

Cuando el paciente esté en una edad entre los dieciséis y los dieciocho años y ya no sea capaz de expresar su petición, el médico podrá interrumpir su vida siempre que el paciente hubiera expresado anteriormente su deseo de forma escrita. Cuando el paciente tenga entre dieciséis y dieciocho años y sea capaz de expresar tal petición, el médico podrá poner fin a su vida únicamente cuando sus padres o su tutor hayan sido involucrados en el proceso de toma de la decisión.

El médico sólo podrá poner fin a la vida de un paciente que tenga entre doce y dieciséis años en caso de que sus padres o su tutor consientan a ello.

La petición

La petición del paciente juega un papel decisivo en la decisión del médico de poner fin a la vida de un paciente. En caso de que un paciente ya no sea capaz de expresar una petición, la existencia de una petición escrita anterior se considera suficiente para que el médico proceda a la interrupción de su vida, salvo que ésta venga contradicha

por otras indicaciones. Éste sería el caso, por ejemplo, de que la petición escrita no fuese clara.

Si bien la existencia de una petición escrita permite al médico poner fin a la vida del paciente, ello no es nunca obligatorio. Expresando su petición, el paciente no puede obligar nunca al médico a actuar conforme a ésta. En este sentido, el paciente no tiene derecho a la autodeterminación. Dado que poner fin a una vida no puede considerarse un cuidado médico corriente, el médico nunca puede ser obligado. Sin embargo, cuando el paciente rechaza un ulterior tratamiento, como, por ejemplo, ulteriores cuidados paliativos, el médico se debe abstener de seguir aplicando cuidados médicos, incluso aunque ello pueda causar la muerte del paciente.

Cuando el médico, a pesar de la petición explícita del paciente, y a pesar de la concurrencia de todos los criterios necesarios para proceder a la interrupción de la vida de éste, se niega a poner fin a la vida de su paciente, se espera de él que remita a éste a otro médico⁵⁵. No se trata de una obligación legal, pero es la consecuencia de su posición como profesional médico.

¿Causa de justificación, o de exculpación?

La idea de que la nueva Ley legaliza la interrupción de la vida cuando existe petición del paciente constituye un equívoco. Poner fin a una vida a petición del paciente continúa siendo un delito. Sin embargo, el artículo 293 subsección 2 del código penal contiene una causa especial de exención de la responsabilidad penal: en caso de que el médico cumpla con el estándar legal de diligencia debida, su actuación resultará impune. ¿Conlleva el cumplimiento de los requisitos legales de diligencia debida una causa de justificación, o es de exculpación? ¿Cuál es la relación entre esta circunstancia y la circunstancia expresada en el artículo 40 del código penal, es decir, el estado de necesidad? Hasta la aprobación de esta ley, los tribunales habían decidido en su jurisprudencia que la interrupción de la vida a petición propia estaba justificada si se da un estado de necesidad y el médico cumplía con los estándares de diligencia debida tal como los había desarrollado la jurisprudencia.

El artículo 293, subsección 2 del código penal no dice que el acto de interrupción de la vida a petición del paciente esté justificado. Tenemos que dar por supuesto que el legislador ha introducido una causa especial de justificación, porque el objeto de esta Ley es dar forma legal a la jurisprudencia.

55. Documentación Parlamentaria, sesión 2000-2001, núm. 26691, sub-núm. 9, p. 22.

dencia existente en la materia, que en resumen establece que la interrupción de la vida de un paciente a petición del mismo por parte de un médico puede justificarse. El hecho de que el legislador no especificara si esta circunstancia legal constituye causa de justificación o de exculpación se debe a la tradición legal holandesa. Según ésta, la especificación dogmática se deja en manos de la jurisprudencia.

La introducción de una causa de justificación especial significa que el legislador ha decidido que un acto determinado no entre en la prohibición general cuando las circunstancias definidas en la ley estén presentes.

Además, hay que tener en cuenta que la causa de justificación especial sólo podrá ser apreciada por los tribunales en caso de que quien haya puesto fin a la vida de un paciente a petición de éste sea un médico⁵⁶.

¿Cuál es la relación entre esta causa específica de justificación y la causa genérica de justificación del artículo 40 del código penal holandés? En caso de que un médico ponga fin a la vida de alguien a petición de este último sin cumplir los estándares de diligencia debida, no será posible aplicar la causa específica de justificación, pero podrían existir motivos para aplicar la causa general de justificación cuando el tribunal llegue a la conclusión de que en ese caso concreto se ha dado un caso estado de necesidad justificante o exculpante⁵⁷.

El papel de los comités regionales

En 1998 se fundaron cinco comités regionales. La consideración del comité acerca de si el médico había actuado con la debida diligencia en un caso de interrupción de la vida de un paciente a petición de éste entonces no vinculaba al Ministerio Fiscal, que sin embargo debía tomar en consideración su informe como recomendación. La Ley del 2001 no alteró el cometido de estos comités de revisión, pero hizo que sus decisiones cobraran mayor relevancia en la decisión de iniciar o no un procedimiento penal. En caso de que el comité llegue a la conclusión de que el médico ha actuado con la diligencia debida, el caso de eutanasia no viene comunicado al Ministerio Fiscal. El informe al Ministerio Fiscal sólo es obligatorio cuando el comité sostenga la opinión de que el médico no

actuó con la diligencia médica debida al llevar a cabo la interrupción de esa vida.

Este cambio de rol del comité regional de revisión lleva a una situación en la que el Ministerio Fiscal es informado en muy pocas ocasiones de las interrupciones de vidas.

Sin embargo, el Ministerio Fiscal sí puede recibir esta información de terceros. En ese caso, el fiscal deberá decidir si existen indicios de que se haya cometido un delito y de que en consecuencia haya que abrir una investigación, lo que significa de que deben existir razones para creer que el médico no ha actuado con la diligencia médica debida. En caso de que el fiscal se decida por la apertura de una investigación, tiene que informar al comité de revisión, que está obligado a revisar de nuevo el caso de eutanasia y a informar al Ministerio Fiscal de sus conclusiones.

Basándose en estas conclusiones y en los resultados de la investigación, el Ministerio Público tiene discrecionalidad para decidir si se debe procesar al médico. De modo que a pesar del cambio de rol del comité regional de revisión, el poder discrecional del Ministerio Fiscal no se ve afectado por la Ley del 2001.

V. Conclusión

La entrada en vigor de la Ley del 2001 sobre (el procedimiento de revisión de la) Interrupción de la Vida a Petición, y de Ayuda al Suicidio ha supuesto un punto final provisional al debate público sobre la punibilidad de la eutanasia que ha durado casi 30 años, al menos en lo que concierne a Holanda. Fuera de Holanda, por ejemplo dentro del marco del Consejo de Europa o del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la discusión de la Ley del 2001 acaba de empezar y dependerá de la calidad de la información que se proporcione en esa sede el que la discusión proceda de modo satisfactorio para Holanda.

La historia de Ley sobre la interrupción del embarazo, del mismo modo que la de la Ley de interrupción de la vida a petición, demuestran que en cuestiones controvertidas los poderes discrecionales con que vienen investidos el Ministerio Fiscal y el poder judicial son un instrumento adecuado de control que permite el desarrollo de una discusión pública, necesaria para crear una base sólida para legislar.

56. HR noviembre 1984, NJ 1985, núm. 106.

57. Vid. J. DE HULLU, *Materieel strafrecht* (Derecho penal material), diciembre 2000, p. 292.