

LA EUTANASIA EN EL ORDENAMIENTO JURIDICO HOLANDES

Ana María Marcos del Cano

Profesora ayudante de Filosofía del derecho, UNED, Madrid.

1 - Si en algo existe unanimidad entre los distintos especialistas que se dedican a la Bioética es que es un saber de carácter interdisciplinar, peculiaridad de la que gozan todos y cada uno de los temas que se incluyen en ella. La eutanasia se presenta con esta misma característica: realidad de corte pluridimensional, susceptible de múltiples perspectivas de análisis. Situándonos en la óptica jurídica y dentro de ella en los ordenamientos jurídicos vigentes, llegamos inevitablemente a Holanda, país en el cual parecen haber triunfado las reivindicaciones eutanásicas. El objetivo de esta comunicación es presentar el camino jurisprudencial, primero, y legislativo después, que ha recorrido el denominado "derecho a morir" en ese país, hasta llegar a la situación actual.

Es cierto que se ha escrito y discutido mucho sobre la eutanasia en los Países Bajos, su práctica por parte de los médicos, su "aprobación" por parte de los jueces y, por último, su cristalización normativa por parte del Parlamento. Aún así, considero que es necesario volver sobre algunos puntos, máxime cuando actualmente en nuestro país se ha introducido en el Código Penal, recientemente aprobado, la eutanasia como un delito contra la vida humana independiente con una pena muy reducida (1).

2. La historia de la eutanasia en Holanda ha sido escrita sobre todo por los Tribunales a través de la introducción de ciertas cláusulas exculporias en la aplicación del art. 293 del Código Penal en el cual se castiga la eutanasia con penas de hasta doce años de prisión (2).

Más de veinte años llevan los Tribunales enfrentándose a casos de eutanasia (3). Veinte años en los que los jueces han ido elaborando una jurisprudencia más o menos homogénea sobre la cuestión, que ha conducido a una despenalización de hecho de la eutanasia en ese país. Es, fundamentalmente, a partir de 1973, cuando la jurisprudencia comienza a sentar una serie de condiciones por las cuales se exime de responsabilidad a quien practique la eutanasia. En este primer estadio se habla siempre de eutanasia voluntaria (a petición), de dolor insoportable y del deber del médico de consultar a otro colega (4).

Paulatinamente, se van añadiendo otros criterios que hace que, sobre todo a raíz de una sentencia en 1981, en Rotterdam, se inaugure una línea jurisprudencial que ha continuado hasta hoy (5). Entre esos requisitos siguen presentes el hecho fundamental de que exista una decisión de morir propia que se manifieste de un modo permanente y el hecho de que el dolor, bien físico, bien psíquico, sea insoportable. A éstos se añade que se trate de un estado irreversible, que la persona sea plenamente consciente y que la muerte no cause aflicciones inútiles a terceros.

3. Con este panorama jurisprudencial era lógico que el debate parlamentario no se hiciera esperar. No vamos a entrar ahora en

todos los entresijos de ese proceso porque excede de nuestra pretensión, sin embargo es oportuno poner de manifiesto que, desde 1982, las comisiones, debates y proyectos de regulación que se originaron con la finalidad concreta de analizar el tema en profundidad, fueron constantes (6).

Con la base de los precedentes jurisprudenciales y el resultado de las distintas comisiones y proyectos de ley, el Gobierno decidió, por fin, afrontar la reglamentación de la eutanasia (7). Con este objetivo, se ordenó una exhaustiva investigación sobre la práctica de la eutanasia en Holanda que daría como resultado, en 1991, el famoso Informe REMMELINK (8), que hoy por hoy constituye la base argumentativa sobre la que se ha apoyado la reforma legislativa acaecida en los Países Bajos.

Esta reforma, que no ha supuesto ningún cambio significativo de hecho, pues no consiste sino en la elaboración de un marco legal para regular una situación que se venía dando desde hacía varios años (9), se ha llevado a cabo por medio de la modificación en 1993 del art. 10 de la Ley reguladora de Inhumación e Incineración de cadáveres (10). El artículo 10 reza como sigue: "1. Si el forense municipal estimara no poder proceder a la entrega de un certificado de defunción informará inmediatamente al fiscal rellenando un cuestionario ya aprobado mediante disposición normativa con fuerza de ley, y también lo notificará de inmediato al funcionario del Registro Civil. La propuesta de la disposición nominativa mencionada en la frase precedente se realiza por nuestro Ministro de Justicia y nuestro Ministro de Asuntos Sociales, Sanidad y Cultura.

2. La disposición normativa con fuerza de ley mencionada en el primer inciso no entrará en vigor antes de 3 meses a partir de la fecha de publicación en el B.O.E. Su publicación se notificará de inmediato a ambas Cámaras de los Estados Generales".

Este artículo exige que toda intervención médica encaminada a acelerar o producir el proceso de defunción ha de comunicarse al médico forense municipal que lo denunciará al Ministerio Fiscal, el cual deberá juzgar en cada caso concreto si hay o no motivo para proceder judicialmente (11). La comunicación deberá formalizarse según un procedimiento fijo descrito en un Reglamento de Administración Pública que entró en vigor el 1 de junio de 1994 (12). El nuevo decreto de 21 de junio de 1994 (13) en relación con este procedimiento de declaración deja intacto el contenido del mismo (14).

4. Este procedimiento se utilizará en aquellos casos de interrupción de vida bajo la petición del paciente, ayuda al suicidio e interrupción activa de vida sin demanda expresa del paciente (en este último caso, es preceptivo, el proceso judicial). En el informe o cuestionario que deberá ser rellenado por el médico encargado son tratados las siguientes cuestiones o "puntos de atención":

I.- Historial Clínico. El médico tendrá que elaborar un informe sobre los antecedentes médicos y clínicos del paciente, así como contestar a preguntas sobre la naturaleza y duración de la enfermedad, sobre el diagnóstico principal, sobre el tipo de Intervención médica que se llevó a cabo (medicamentos, terapias, operaciones ...). Otra de las cuestio-

nes a las que habrá de responder es quiénes eran los médicos que asistieron al paciente, dónde se les puede localizar y cuáles fueron sus diagnósticos. Por otra parte, aparece también el problema del dolor, es decir, será necesario comprobar si se trataba de un sufrimiento físico o psíquico tan serio que volviese insostenible la vida del paciente, en qué consistía ese dolor, por qué podía ser considerado como permanente... Asimismo, se cuestiona la irreversibilidad de la situación del enfermo (15) y las posibilidades para evitar que el sufrimiento del paciente se haga insostenible.

II.- Solicitud voluntaria de finalización de la vida. En esta segunda parte del cuestionario se distingue entre enfermos con sufrimientos de tipo físico y enfermos con sufrimientos de carácter psíquico. Las preguntas van dirigidas a garantizar que la voluntad de morir del sujeto sea auténtica. Se trata de averiguar si estamos ante una solicitud constante y meditada del paciente, si éste ha actuado con toda libertad. Se indaga también sobre el momento en el que se ha realizado la petición y a quién se hizo; si se hizo por escrito se deberá adjuntar el documento al cuestionario, así como si hubo o no influencia de terceras personas en la toma de decisión. Por último, la atención se focaliza en el paciente mismo, se mira hacia su competencia, su capacidad, si era plenamente consciente en el momento de solicitar la eutanasia. Habrá que aportar pruebas para demostrar tal estado de consciencia. Asimismo se incluirá en el informe si el paciente consideró otras alternativas y, en su caso, enumerarlas. Es relevante en este punto el bloque de cuestiones dirigidas a

conocer el grado de información disponible por el enfermo acerca de su enfermedad, diagnóstico y posibles alternativas a los tratamientos.

III.- Intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa. Este apartado se refiere a aquellos casos en los que no existe requerimiento expreso por parte del paciente (enfermos en coma, recién nacidos con malformaciones, dementes ...). En estos supuestos el médico deberá explicar el porqué de tal ausencia, así como si en alguna fase de la enfermedad había hablado con el paciente acerca de la finalización activa de la vida y, en caso afirmativo, cuál era su opinión. En estos casos, deberá tenerse en cuenta el parecer de los más allegados al paciente. También se indagará si hubo o no una declaración escrita del enfermo anterior al respecto.

IV.- Consulta con otros médicos. Con este punto se trata de que la decisión que se haya tomado no adolezca a posteriori de un error en el diagnóstico, de ahí la necesidad de conocer la opinión de otros especialistas. Para ello deberá indicar a quiénes consultó y cómo se les puede localizar. Asimismo, adjuntará las opiniones de los mismos acerca de las cuestiones del apartado I.

V.- Aplicación de la finalización activa de la vida. En concreto se requiere saber quién practicó la eutanasia y de qué forma. Si previamente a la aplicación de la misma se recabó alguna información acerca del método a emplear, así como el resultado que dio el eutanásico administrado. Si hubo alguien presente, será preciso indicar quiénes eran,

así como su localización, si es posible. Asimismo, indicar cuándo y de qué manera la dirección del centro fue informada de la interrupción efectiva de la muerte.

Basándose en este informe, como ya apuntábamos anteriormente, el Fiscal puede desistir de la persecución, o someter el caso a los Juzgados de lo Penal. Esta última será la opción que el Fiscal llevará a cabo de oficio siempre que no haya mediado solicitud expresa del paciente.

4. Este modo de proceder actualmente vigente en los Países Bajos ha sido objeto de numerosas críticas en el foro internacional desde hace ya bastante tiempo. En este sentido, se puede comprobar cómo el tono del Informe Rummelink es un tono defensivo, un alegato de la práctica de la eutanasia en Holanda. Da la impresión de que con él, el gobierno holandés se quisiera justificar ante los demás países por ser en el suyo donde existe una mayor permisividad en lo que se refiere al fenómeno "eutanasia" (16).

Por otra parte, es una reforma legislativa con claros tintes garantistas, es decir, establece una serie de condiciones de aplicación rigurosa y detallada. Los problemas que se pueden acarrear no son pocos. Generalmente, una ley con múltiples garantías detalladas hace que queden desprotegidos o discriminados muchos sujetos que podrían tener cabida en el ámbito de aplicación de la misma.

Veamos algún caso concreto en la regulación que acabamos de exponer. Por ejemplo, por lo que se refiere a la aplicación de la eutanasia, ésta debe llevarse a cabo por parte de un médico. Ahora bien, ¿qué ocurriría si en lugar de ser un médico el que practica la eutanasia es un enfermero o un familiar? ¿No

se podría aplicar esta eximente y se castigaría dicha acción con doce años, de acuerdo con la pena prevista en el Código Penal holandés? ¿Qué justificación, qué fundamento racional tiene el hecho de que sea practicada por un médico? ¿Por qué tienen que ser ellos los que la apliquen? ¿Se requieren conocimientos de medicina para dar la muerte? Considero que el hecho de que se implique a los médicos tan directamente puede ser debido a varias razones: por un lado, el hecho de que actualmente el escenario de la muerte sea el hospital, hace que el médico siempre aparezca en el centro del problema (17). Por otro, cada vez más se tiende a ver la eutanasia, no sé si maliciosamente o no, como una forma de terapia, como una posibilidad de tratamiento que se oferta al paciente entre el amplio abanico de soluciones, lo que en mi opinión no hace sino desvirtuar en gran medida la realidad. Además, se alude a que el médico es el que conoce mejor los fármacos que pueden "dulcificar" el tránsito que generalmente son de difícil acceso para una persona normal (18). Sin embargo, el médico, en general, no siente el deber de ayudar a morir "de ese modo" a sus pacientes. Es comprensible. La función de los médicos ha sido desde siempre el curar y el intentar que una persona permanezca en vida cuanto más tiempo mejor (19), que ahora se pretenda incluir dentro de sus funciones el dar muerte a una persona es, cuando menos, desproporcionado (20).

Otro punto que la ley no sólo no parece dejar claro, sino que es ciertamente ambiguo es el ámbito de aplicación de la misma. La ley no prescribe nítidamente aquellos supuestos a los que se dirige. Así, en principio parece

que se dirige a todos aquellos pacientes que se encuentren en una situación irreversible, terminal. Sin embargo, la terminología empleada denota la existencia de múltiples elementos subjetivos difíciles de evaluar, pudiéndose aplicar a situaciones en las que si bien se da irreversibilidad, el fallecimiento no se encuentra próximo, como es el caso de las enfermedades crónicas, con graves padecimientos psíquicos (por ejemplo, el caso de la tetraplejía, la demencia senil, el estado comatoso ...).

Otro punto oscuro de esta despenalización de la eutanasia en Holanda entronca directamente con una de las cuestiones básicas de cualquier planteamiento riguroso que se haga sobre la eutanasia, me refiero al consentimiento del paciente. Las reivindicaciones por el derecho a morir se han planteado desde el inicio como una lucha del enfermo no sólo y únicamente contra el sufrimiento y el dolor, sino también frente al poder desorbitado de los médicos, frente al vitalismo médico. Ha sido como querer llevar hasta sus últimas consecuencias la facultad de elección del tratamiento sanitario por parte del sujeto. Pues bien, lo que se consigue con la despenalización holandesa es todo lo contrario. Por un lado, la ley y el procedimiento de "declaración de interrupción de vida" que lleva implícito, no es otra cosa que una especie de eximente penal para los médicos. Las garantías establecidas parecen estar todas dispuestas para proteger la inmunidad del médico. Además, se amplía de un modo claro el poder del médico (21), cuando contempla supuestos en los cuales no es necesario que concurra la voluntad del paciente para llevar a cabo la eutanasia, sino que el médico puede

tomar la decisión basándose en la "progresiva degeneración" del estado del paciente (22). En relación con estos casos, no queda suficientemente explícito cuál será el proceder del médico, con lo que se crea una gran inseguridad jurídica (23).

Además, esta reglamentación peca de una gran ingenuidad, por lo siguiente: todo el procedimiento para garantizar que la eutanasia sea practicada escrupulosamente se lleva a cabo a posteriori. Es decir, es el médico motu proprio, el que tendrá que informar de todos los pormenores acaecidos, deberá autodenunciarse. La práctica actual demuestra que muchos de los casos de eutanasia y de ayuda al suicidio no son declarados por los médicos al Ministerio Fiscal (24).

5. La lectura que se puede hacer de estas brevísimas consideraciones es, a mi juicio, la siguiente:

Primero. La puesta en práctica, a nivel general, de la eutanasia no implica una mayor autonomía del paciente respecto a los tratamientos a los que puede ser sometido, más bien al contrario. Parece que lo que se teme tanto con la despenalización de la eutanasia —el hecho de que lo que hoy es voluntario mañana se convierta en involuntario— es ya una realidad en Holanda, puesto que se aplica a pacientes que no están en condiciones de prestar su consentimiento.

Segundo. Por otra parte, no estamos ante el derecho del enfermo a decidir. De lo que se deduce de la práctica holandesa, en la gran parte de las ocasiones, el enfermo se deja guiar de la experiencia del médico para tomar una decisión. El diagnóstico y la pericia del médico constituyen el punto de partida

para la posterior decisión que, normalmente, se toma de modo conjunto, cuando no unilateralmente por parte del médico.

Tercero. Sin duda, el punto oscuro de esta legislación consiste, a mi modo de ver, en que borra la que tenía que ser nítida y diáfana frontera de la voluntad del paciente que acota lo que es la eutanasia. Todo lo que se salga del requerimiento del enfermo entraría en otro tipo de acciones que están lejos de lo que se entiende (o se debe entender) por eutanasia (25).

Cuarto. Por último y de modo general, lo que se evidencia por parte de esta legislación no es sino la gran incapacidad del lenguaje jurídico para dar cuenta de la especificidad y volubilidad de las situaciones que la eutanasia implica. Ésta se presenta en el mundo jurídico como un caso excepcional y como tal debe ser tratada. Será necesario arbitrar los mecanismos necesarios para evitar todo tipo de ambigüedades y confusionismos y, permítaseme la expresión, andar con tiento e hilar fino, porque las consecuencias de una mala legislación en este punto pueden ser nefastas para el conjunto de la sociedad.

Bibliografía:

1 El art. 149.4 reza como sigue: "El que causara o cooperara activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo". Y en los números 2 y 3 se dice: "2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona" y "3. Será castigado con una pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte". Ver sobre esto, mi trabajo, "Eutanasia: relevancia jurídico-penal del

consentimiento", Cuadernos de Bioética, n.º 16, 1993, sobre todo pp. 56-58; SERRANO BUTRAGUENO, I.J., "Eutanasia y Consentimiento en el Anteproyecto de nuevo Código Penal 1992", *La Ley*, 14 agosto 1992, pp. 1-6; GARCIA VALDÉS, C., *El Proyecto de nuevo Código Penal*, Tecnos, Madrid, 1992; BRAGE CAMAZANO, J., "El Anteproyecto de Código Penal. La eutanasia y la virtual inconstitucionalidad del art. 147.4", *Tapia*, año XII, n.º 67, diciembre 1992, pp. 88-92.

2 El art. 293 del Código Penal holandés dice así: "Toda persona que priva de la vida a otra persona, mediante la solicitud expresa y bien meditada de ésta incurrirá en una pena de doce años de prisión, como máximo, o en una multa de la quinta categoría". Asimismo, el art. 294 del mismo Código recoge la inducción y la colaboración al suicidio consumado penándolas hasta con tres años de prisión: "Toda persona que intencionalmente induzca a otra persona a cometer suicidio, que le ayude o le facilite los medios necesarios para quitarse la vida, será castigado, caso de llegar a consumarse el suicidio, con pena de tres años de prisión, como máximo, o una multa de la cuarta categoría".

3 El primer caso que se juzgó en los Países Bajos data de 1952: un médico acabó con la vida de su hermano, cuando éste se lo requirió porque no podía soportar sus sufrimientos, cfr. Tribunal de Distrito de Utrecht, 11 de marzo de 1952, NJ (Jurisprudence Neerlandesa), 1952, p. 275, cit. BLAD, J.R., "Ceci n'est pas l'euthanasie. Chronique du débat sur la mort douce aux Pays-Bas", *Déviance et Société*, vol. 15, 1990, n.º 1, p. 97. Ver también DE WACHTER, M.A. M., "Euthanasie in the Netherlands", *Hastings Center Report*, march-april 1992, pp. 23-29-1; BRAHAMS, D., "The reluctant survivor", *New Law Journal*, 1990, april 27, pp. 58-587 (part I) y *New Law Journal*, 1990, may 4, pp. 639-640 (par II).

4 Ver DE WACHTER, M.A.M., "Active Euthanasia in the Netherlands", *Journal of the American Medical Association*, december 15, vol. 262, n.º 23, 1989, p. 3317; HUMPHRY, D.IWICKETT, A., *El Derecho a morir. Comprendiendo la eutanasia*, Tusquets, Barcelona, 1989, pp. 225-237, trad. Rosa M.ª Buixaderas; ADMIRAAL, P., "Justifiable Active Euthanasia in the Netherlands", en BAIRD, R. M. IROSENBAUM, S.E. (eds.), *Euthanasia. The Moral Issues*, Prometheus Book, Buffalo, New York, 1989, pp. 125-128; TEN HAVE, H.A.M.J., "Euthanasia in the Netherlands: the legal context and the cases", *Hec Forum*, vol. 1, 1989, pp. 41-45; SOWLE CAHILL, L., "Bioethical Decisions to end life", *Theological Studies*, march 1991, vol. 52, n.º 1, en concreto las pp. 119 y ss.

5 La acusada, una señora de una cierta edad, había ayudado a suicidarse, bajo su requerimiento, a una anciana. Le hizo tomar en una taza varias tabletas de somníferos y a continuación le dio alcohol, lo que acentuó el efecto de los somníferos. Fue acusada de asesinato y, subsidiariamente, de ayuda al suicidio. El Tribunal declaró que la ayuda al suicidio no era punible si concurrían las condiciones siguientes: 1) que el paciente padeciese sufrimientos físicos o psíquicos insoportables; 2) que sean permanentes tanto los sufrimientos como el deseo de morir; 3) que la decisión de morir sea tomada por propia voluntad de la persona; 4) que la persona sea perfectamente consciente de la situación en la que ella se encuentra; 5) que no haya ninguna posibilidad de mejorar su situación; 6) que la muerte no cause aflicciones inútiles a otros. En la medida en que el Tribunal considere que es difícil determinar si, en ciertos casos, esas circunstancias existen realmente y, más precisamente si la demanda de ayuda a morir no es de hecho una demanda de socorro para vivir, el Tribunal establece todavía estas condiciones: 1) que la decisión de socorrer no sea tomada por una sola persona; 2) que un médico participe siempre en la decisión de socorrer; 3) que tal decisión, así como el socorro mismo, deben ser realizados según el proceso más minucioso posible. (...) La acusada, sin embargo, no había consultado a ningún médico, no se había asegurado de que el deseo de muerte era verdaderamente persistente, no había verificado el estado de salud de la enferma y se había precipitado. La víctima había dicho que sufría cáncer y, en cambio, no era el caso. Teniendo en cuenta la edad de la acusada, la pena fue de seis meses de prisión. Ver BLAD, "Ceci n'est...", 1990, p. 103; DE WACHTER, "Active euthanasie...", 1989, p. 3319.

6 El primer proyecto de ley sobre la eutanasia fue presentado por el Partido Liberal D'66 el 12 de abril de 1984 y tenía como objetivo principal la descriminalización de la eutanasia en ciertas condiciones: aquéllas de pacientes que hubieran dado a conocer explícitamente su voluntad. Los puntos de partida eran los siguientes: * la preservación de la vida, razón por la cual es mantenida la penalización para otras formas de eutanasia; * la humanización del óbito, el hecho de reglamentar esta situación de eutanasia influiría de modo positivo en la asistencia al moribundo de forma general; * el derecho de autodeterminación está comprendido de forma relativa, bajo ciertas condiciones prescritas en la ley; * la pertinencia de la asistencia, favorecida por una disposición legal. A esta redacción fueron incorporados los resultados de un estudio llevado a cabo por el Comité Oficial sobre la Eutanasia (C.O.E.), creado en respuesta a las llamadas de reforma de 1982. Ver sobre el mismo, DE WACHTER, "Euthanasia 1992", pp. 23 y ss-1

BLAD, "Ceci n'est 1990", pp. 110-111. Poco después, en enero de 1986, el Consejo de Ministros trata de paliar los efectos que tendría la liberalización tal como se preveía en la propuesta anteriormente vista, restringiendo su aplicación únicamente al médico. Así, la acción de matar sería antijurídica, si bien el autor de tal acción quedaría exculpado. Ambos proyectos (el de los liberales y el presentado por el Consejo de Ministros) son sometidas a un estudio por parte del Consejo de Estado. Como consecuencia del mismo, surge un informe en 1986 en el cual se llama la atención sobre los múltiples elementos subjetivos -y, por lo tanto, difíciles de evaluar- de los dos proyectos legales, como por ejemplo la "situación de crisis sin perspectivas", "el sufrimiento insoportable", "las expectativas reales de muerte". Se propone un nuevo sistema legislativo en el que, de una parte, la penalización de la acción de poner fin a una vida bajo solicitud es simplemente mantenida, mientras que, de otro lado, en una ley especial referida a la medicina, se estipularían las exigencias de escrupulosidad que deberían ser satisfechas por el médico. En diciembre de 1987, el gobierno presenta dos proyectos de ley, teniendo en cuenta el modelo establecido por el Consejo de Estado. Para la reglamentación del acto de quitar la vida a alguien bajo requerimiento, efectuado por un médico, se propone insertar en la ley que regula la práctica de la medicina prescripciones sobre la manera de practicar escrupulosamente la medicina en casos de eutanasia. Estas prescripciones son las siguientes: a) el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, sobre su pronóstico y sobre las posibilidades de aliviar su sufrimiento; b) a menos que el paciente, habiéndole dado la ocasión, no se oponga a ello, el médico comunica a los más próximos al paciente la decisión; c) el médico se asegura de que la solicitud de la muerte dulce sea tomada deliberada y voluntariamente; d) además, se puede tener en cuenta "la solicitud de eutanasia por escrito" de los pacientes que han perdido la capacidad de expresar su voluntad, con la condición de que no date de más de 5 años; e) el médico, asimismo, deberá consultar a uno o varios colegas con el fin de que den una opinión independiente; f) finalmente, el médico redacta una relación de sus actos médicos. Este proyecto fue ampliamente discutido por la Cámara de los Diputados, sin embargo, al dimitir el Gobierno, se remitió su voto a las elecciones del 6 de septiembre de 1989. Al formarse un nuevo Gabinete en noviembre de 1989 de cristianos demócratas y de demócratas socialistas se decidió en un pacto de coalición confeccionar una nueva investigación sobre el problema de la eutanasia, cuyos resultados serían lo que hoy se conoce con el nombre de INFORME REMMELINK. Consultar también, LOPEZ GUERRERO, A.J. y otros, "La eutanasia en el mundo", Cuadernos de Bioética, n° 16, 1993, sobre todo pp 42-43.

7 Se puede afirmar que la directriz dimanada de los Fiscales Generales de los Tribunales de Justicia, concretamente el 1 de diciembre de 1990, supuso el primer ejemplo de esta regulación a la que nos estamos refiriendo. Esta directriz prevé la comunicación al médico forense municipal de cualquier caso de eutanasia o auxilio al suicidio. A su vez, el médico forense informa al fiscal. En la ley actual se hace extensivo este procedimiento, además de un modo preceptivo, a aquellos casos de intervención médica para acortar la vida, que se produzcan sin que medie la solicitud expresa del paciente.

8 En septiembre de 1991, la Comisión, presidida por el catedrático J. Rummelink, quien hasta 1992 ejerció el cargo de Fiscal General del Tribunal Supremo de los Países Bajos, presentó su informe al titular de Justicia, E.M.H. Hirsch Ballin y al Secretario de Estado de Bienestar, Sanidad Pública y Cultura, H.J. Simmons. Este informe se publicó en la revista médica *The Lancet* el 14 de septiembre de 1991. Ver sobre el mismo y la regulación de la eutanasia en Holanda en general, RODRIGUEZ NUÑEZ, A., "La eutanasia activa en la legislación holandesa", *Boletín de la Facultad de Derecho, Uned*, n. 6, 1994, pp. 227-234.

9 Ver sobre la práctica de la eutanasia en un hospital el artículo del doctor ADMIRAAL, P.V., "Euthanasia in a general hospital", en Aycke O.A. SMOOK MD/drs. Bé de VOS-SCHIPPERS, *Right to self-determination*, World Conference International Federation of The Right to Die Societies, V.U. University Press, Amsterdam, 1990, pp. 105-109. En el mismo libro, PABST BATTIN realiza un estudio muy interesante comparando las situaciones entre EEUU y Holanda, fijándose sobre todo en las condiciones sociales, económicas y sanitarias, "Holland and home", *ibidem*, 1990, pp. 125-136.

10 El 9 de febrero de 1993 la Segunda Cámara (Congreso de los Diputados) aprobó la regulación legal del procedimiento que se deberá seguir en los casos de eutanasia activa. El 30 de noviembre de 1993 la Primera Cámara aprobó definitivamente la enmienda del art. 10 de la mencionada ley, que se publicó en el B.O.E. el 2 de diciembre de 1993.

11 El Fiscal verificará cada caso concreto de acuerdo con los preceptos legales que penalizan la eutanasia (art. 293 Código Penal holandés) y la asistencia al suicidio (art. 294 del mismo), así como la jurisprudencia existente sobre la materia. El Fiscal podrá estimar la invocación por el médico de un estado de necesidad o fuerza mayor (art. 40 del mismo). En ese caso el médico saldrá impune. Si, en

cambio, el Fiscal resuelve que no debe estimar la invocación de un estado de necesidad o de fuerza mayor procederá normalmente a la persecución judicial. Esta exigencia ya se venía produciendo de hecho en la práctica generalizada de la eutanasia en ese país, como se constató en el Informe Rummelink. Comienza el informe ofreciéndonos una definición de lo que se debe entender, o al menos lo que se entiende en Holanda por eutanasia, cual es la terminación deliberada de la vida de otro, bajo su requerimiento. Analiza todas aquellas decisiones de los médicos referidas al final de la vida. Estas decisiones pertenecen al normal quehacer de los facultativos. La eutanasia sólo constituye una fracción de todas esas decisiones. Realiza un estudio estadístico sobre la muerte por eutanasia en Holanda: el 1,8% de las muertes ocurridas al año (2.300). A continuación, ofrece una relación de los tratamientos que tienen que ver con la problemática de la eutanasia, pero que no constituyen genuinamente casos de eutanasia. Entre ellos están la omisión del tratamiento de prolongación de la vida de un paciente bajo el requerimiento de éste o sin requerimiento del mismo. En el primer supuesto, no se plantea ningún problema debido a que es indiscutible que un médico nunca puede comenzar un tratamiento sin el consentimiento del paciente. Por consiguiente, si el paciente quiere abandonar el tratamiento o quiere interrumpir uno ya empezado, el médico tendrá que respetar su deseo, incluso si éste ha sido inspirado por un capricho de morir. Situaciones como éstas no tienen nada que ver con la eutanasia. En el segundo supuesto, algunas veces el médico podrá interrumpir o no continuar un determinado tratamiento, sin el requerimiento expreso del paciente. Después de todo, el médico tiene el derecho de detener el tratamiento, si cree que no va a lograr los objetivos médicos que con él se proponía. Un punto más controvertido del informe, a mi modo de ver, es aquel en el cual se enumeran las acciones dirigidas deliberadamente a acabar con la vida de un paciente, sin requerimiento de éste. La Comisión enumera las siguientes: 1.- intensificación del tratamiento del dolor con un acortamiento de la vida del paciente como efecto colateral; 2.- interrumpir o no comenzar un tratamiento de prolongación de la vida; 3.- terminar activamente con la vida de un paciente en el que las funciones vitales ya han comenzado a fallar; 4.- terminar activamente con la vida de un paciente en el que las funciones vitales están todavía intactas. Si bien los dos primeros no parecen suscitar graves problemas, no ocurre lo mismo con los dos últimos, en los que se lleva a cabo una disposición de la vida del paciente de un modo directo, en ausencia de consentimiento. No obstante, la Comisión considera estos dos casos justificados por la agonía del paciente, constituyendo los mismos una intervención más del médico dentro de los cuidados ter-

minales. La ausencia de un requerimiento expreso es consecuencia de que el paciente no es capaz de manifestar su voluntad en ese estadio terminal y, en parte, a que no se necesita el requerimiento explícito cuando se intensifica el tratamiento del dolor. La condición de degradación en la que se encuentran los pacientes terminales sitúa al médico en una situación de fuerza mayor, lo que implica la justificación de la acción de poner fin a su vida. De estos casos, suelen ocurrir unos 1000 al año. Ante esta situación, es imprescindible un cuidado escrupuloso en el proceso decisorio. El médico que lleve a cabo la acción tendrá que poner todos los medios a su alcance para que se realice con la calidad más alta posible. Si existe en la sociedad una conciencia generalizada de que, bajo ciertas circunstancias claramente definidas, un médico tiene el derecho de terminar con la vida de un paciente, lo inmediato será establecer un mecanismo para revisar la acción llevada por el médico. El informe pone de manifiesto cómo desde el 1 de noviembre de 1990 ese mecanismo de revisión está regulado. Desde esa fecha existe un procedimiento de declaración definido por el Ministro de Justicia y el Secretario de Estado de Asuntos Sociales, de la Sanidad Pública y de la Cultura, relativa a los casos de eutanasia y de asistencia de muerte voluntaria.

12 Decreto de 17 de diciembre de 1993 por el que se fija el contenido del formulario previsto en el art. 1.0. 1 de la Ley Reguladora de la Inhumación y la Incineración (Boletín Oficial del Estado de Holanda, n. 686).

13 Dictado por el Supreme Council (Hoge Raad).

14 Sin embargo, hay ciertos aspectos relevantes en este decreto que tienen que ver con las circunstancias de aplicación. En principio, la causa de sufrimiento y las circunstancias de fase terminal son juzgadas irrelevantes. De acuerdo con ambos ministerios, la consideración básica debe ser el sufrimiento sin ninguna perspectiva de mejora y/o el sufrimiento insoportable. Respecto a la primera cuestión, es opinión generalizada que el sufrimiento sin esperanza ninguna puede ser determinado objetivamente sobre la base de la práctica médica actual. Se tendrán que tener en cuenta, fundamentalmente, los siguientes aspectos: a) que la práctica médica considere que no existe ninguna perspectiva de mejora, aunque se provea de un tratamiento adecuado al paciente; b) que exista un equilibrio razonable entre los resultados esperados y las cargas a las que se debe someter el paciente. Respecto al sufrimiento insoportable, es evidente que es difícil hacer una valoración objetiva de la insoportabilidad del sufrimiento. Una valoración marginal podría hacerse atendiendo a la opinión del médico sobre el estado de su paciente.

15 ¿Se encontraba el paciente en una situación crítica irreversible, y era inevitable su muerte?:

a) En esa situación, el paciente ¿había llegado por último a un extremo tal que, según criterio médico, era de esperar la degeneración humana cada vez más progresiva del paciente, y/o una agudización aún mayor del sufrimiento que ya se advertía insoportable? b) ¿Era de prever que (en adelante) el paciente ya no estaría en condiciones de hallar una muerte digna? c) ¿Dentro de qué plazos esperaba usted que se produjera el fallecimiento del paciente, de no haber recurrido a la aplicación de la eutanasia, la prestación de ayuda al suicidio o la intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa del paciente?

16 Así, por ejemplo, cuando afirma que actualmente las muertes por eutanasia sólo constituyen un 1.8% de las muertes ocurridas en Holanda al año. 2.300 muertes en total de las 9.000 peticiones de eutanasia que existen; o cuando sostiene que no es cierta la afirmación de que la falta de fondos en el sector de la salud sea la causa de la aplicación de la eutanasia.

17 Afirmación que, no obstante, es necesario tomar con reservas, porque el índice de petición de eutanasia entre los enfermos terminales es muy bajo. Se puede decir que, en ocasiones, la eutanasia es un problema que nos planteamos más los sanos que los que se encuentran en dichas condiciones y, por otra parte, también se puede hablar de eutanasia cuando el paciente se encuentra en casa, no es exclusivo de los hospitales.

18 En contra de que sean los médicos los que apliquen la eutanasia, SHENMON, D.A., "Active Voluntary Euthanasia: A needless Pandora's Box, en BAIRD/ROSENBAUM, Euthanasia.... 1989, pp. 129-140, en concreto, pp. 137-138: "Los que defienden la eutanasia reclaman la utilización de la profesión médica para sus propios propósitos, sin darse cuenta del daño irreparable que se puede ocasionar a la sociedad transformando la imagen pública del médico de un sanador a un asesino". Este mismo autor rebate los argumentos que se han esgrimido a favor de que sean los médicos quienes practiquen la eutanasia. Así respecto al hecho de que son los médicos los que conocen las "mejores" drogas para producir la muerte sin dolor, alude a que cualquiera puede encontrar en un libro de toxicología la droga mejor. Por lo que se refiere a que la razón real es que la intervención del médico da un aire de respetabilidad y de credibilidad a la práctica de la eutanasia, el autor responde que precisamente en el régimen nazi, el mantenimiento de una fachada de

respetabilidad fue precisamente la que mantuvo a los médicos al frente de los tratamientos especiales.

19 Así lo expresaba el antiquísimo Juramento de Hipócrates, recogido en todos los Códigos Deontológicos.

20 Semejantes argumentos se han esgrimido ante la figura médico-verdugo que se está formando debido a la ejecución de la pena de muerte llevada a cabo por algunos médicos en EEUU.

21 "La eutanasia, lejos de dar más libertad al paciente, otorga más poder a los médicos". Ver *The Economist*, september 17, 1994, p. 25. En este sentido, el doctor Gunning decía: "los médicos tienen todas las salvaguardas, pero los pacientes no tienen ninguna". Ver *ABC*, 1 diciembre 1993, p. 75.

22 Si bien en estos casos es preceptiva la revisión de expediente por parte de Fiscal.

23 Ante esta situación, miles de candidatos a la eutanasia, sobre todo enfermos y ancianos, se han hecho la 'credo card' que dice lo siguiente: "El portador de esta carta es católico, pide la asistencia de un sacerdote en caso de peligro de muerte y manifiesta no estar de acuerdo con la eutanasia activa". Ver *Cambio* 16, 19 abril 1993, p. 62.

24 Así concluye el Fiscal Superior de Primera Instancia de Zwolle, en un simposio sobre el control de la

eutanasia celebrado en la localidad de Ede. Karl Gunning, presidente de la Federación Mundial de Médicos que respetan la Vida Humana, calificó de ingenua la lamentación del fiscal de Zwolle. Gunning opina que ningún médico se denunciará en un formulario así, mientras exista la mínima posibilidad de ser procesado. Ver *Acepresa*, n° 19, servicio 76/94, 25 mayo 1994. Ver una entrevista con el doctor Théo van Berkestijn, secretario general de la Sociedad real de medicina holandesa (KNMG), publicada en *Le Monde*, jeudi 2 avril 1992, p. 10: "Nosotros (los médicos) no tenemos nada en contra del control judicial. Pero lo que nos parece raro es pedir a un médico que haya puesto fin de forma activa a un paciente, que lo declare, es decir, que se acuse él mismo y que pruebe seguidamente que no tiene que ser perseguido, ni castigado, ni condenado. No sólo el que lo practica debe, pues, acusarse él mismo, sino que además le incumbe la carga de la prueba"(...) "No define los criterios en función de los que la acción del médico será apreciada". Ver *ABC*, 2 diciembre 1993; "Ciertos médicos han reconocido que después de haber conducido a sus pacientes a la muerte, la sola idea de rellenar los formularios les produce repulsa".

25 Ver *Le Monde*, jeudi 2 avril 1992. También en *El País*, 5 diciembre 1993, p. 15: "La laguna más visible creada por el acuerdo político que tanto molesta a los médicos es la poca diferenciación efectuada entre el acto de poner fin a la vida a petición del paciente o de hacerlo sin ésta".