

LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN BÉLGICA Y LA «PENDIENTE RESBALADIZA»

EUTHANASIA IN BELGIUM AND THE «SLIPPERY SLOPE»

Javier Vega Gutiérrez

Profesor Titular de Medicina Legal
javiervega1@gmail.com

Resumen

La «pendiente resbaladiza» (PR) es un argumento muy utilizado en el ámbito de la Bioética, válido si se emplea correctamente, y que nos señala con certeza las consecuencias previsibles —y evitables por tanto— que se producirán en el caso de liberalizarse algunas prácticas en contra de la vida y de la dignidad del ser humano. Según la PR, las medidas preventivas arbitrarias que intenten impedir este fenómeno no pueden funcionar. Aplicado al caso de la eutanasia, se propone un esquema¹ que aplicaremos al caso de Bélgica para intentar verificar empíricamente la PR. Expondremos, en primer lugar, el camino jurídico que ha seguido la legislación sobre la eutanasia en Bélgica a la vez que recogeremos los aspectos más relevantes de la ley. En segundo lugar, estudiaremos la práctica eutanásica en este país, con el objetivo de verificar en el caso belga el fenómeno de la «pendiente resbaladiza» (PR). Se debe tener en cuenta que disponemos solamente del informe oficial del 2004 sobre la práctica de la eutanasia y de algunos otros datos provenientes de otras fuentes², ya que es muy breve el tiempo transcurrido en este país desde la legalización de la eutanasia.

Palabras clave: eutanasia, pendiente resbaladiza.

1 Para su elaboración se tiene en cuenta lo que han escrito diferentes autores acerca de la PR en la eutanasia, así como el camino jurídico de las leyes liberalizadoras de su práctica.

2 Varias de las referencias de las noticias de prensa acerca de la práctica de la eutanasia en Bélgica están recogidas de la Revista electrónica belga «Quality of Life», cuya web es <http://www.jurivie.org/QOL> (acceso el 10-II-2005).

Abstract

«Slippery slope» is a very used argument in Bioethics that can be valid if it is correctly used and that shows us, doubtless, the predictable—and, so, susceptible to be avoided—consequences that will be produced in case of becoming more liberal some practices against life and dignity of the human being.

According to slippery slope, the arbitrary and preventive measures that try to hinder this phenomenon cannot work. Applied to euthanasia, a scheme is proposed for the Belgian case in order to test empirically the slippery slope.

First of all, we expose the juridical way of euthanasia in Belgium as well as the most relevant details of that law. Second, we study the practice of euthanasia in this country for proving the slippery slope phenomenon in the Belgian case. It must be taken into consideration that there are only an official report in 2004 and some other data that come from several sources because it has passed a short time since the legalization of the euthanasia in that country.

Key words: euthanasia, Belgium, slippery slope.

1. La Ley de Eutanasia de Bélgica

Precedentes

a) Debate y proposiciones de ley

El origen de la ley belga sobre eutanasia, vigente desde el mes de mayo del año 2002, es una propuesta presentada en el Senado en diciembre de 1999. Anteriormente, en diciembre de 1997, se había producido en el Senado belga un amplio debate sobre el tema de la eutanasia. El origen fue una recomendación del Comité consultativo de Bioética emitida el 12 de mayo de ese mismo año, en la que se hacía referencia a la oportunidad de reglamentar la eutanasia. En dicha recomendación, aunque se opusieron varios miembros, la Comisión dio un parecer favorable a la liberalización de su práctica. El 22 de febrero de 1999, el

Comité de Bioética emitió una segunda recomendación, referida esta vez a la «detención activa de la vida de las personas incapaces de expresar su voluntad»³.

El día 20 de octubre de 1999, las Comisiones de Justicia y de Asuntos sociales del Senado de Bélgica empezaron a debatir las propuestas de leyes de eutanasia y de otros problemas relacionados con el fin de la vida, intentando de alguna forma seguir el modelo holandés. A esta discusión dedicaron 86 reuniones, y sus trabajos finalizaron el 9 de julio de 2001⁴. Antes del examen de las diversas proposiciones de ley, las dos comisiones

3 Cfr. <http://www.senate.be/www/?Mlval=/publications> (acceso el 10-X-2004).

4 Senado de Bélgica, Proposition de loi relative à l'euthanasie. Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires Sociales par Mmes. Laloy et Van Riet, 9-VII-2001, Sesión 2-244/22.

tuvieron que escuchar a cuatro representantes del Comité de Bioética, los señores Vermeersch, Van Orshoven, Cassiers y Englert⁵.

Estas Comisiones estudiaron diferentes proposiciones de ley relacionadas con los problemas médicos en torno al fin de la vida, presentadas por parlamentarios de varios partidos. Las proposiciones de ley fueron las siguientes:

- Proposición de ley n. 2-10/1, «Los problemas del fin de la vida y la situación del paciente incurable», presentada por los parlamentarios P. Mahoux y M. Vanlerberghe.
- Proposición de ley n. 2-22/1, «La solicitud de terminación de interrupción de la vida», presentada por P. Monfils.
- Proposición de ley n. 2-86/1, «Ampliación del derecho de co-decisión del paciente por la institución de una declaración de voluntad relativa al tratamiento», presentada por F. Lozie y J. De Roeck.
- Proposición de ley n. 2-105/1, «Ley relativa a la eutanasia», presentada por J. Leduc.
- Proposición de ley n. 2-106/1, «El desarrollo de un plan de cuidados paliativos según las necesidades de los pacientes», presentada por I. Van Riet.
- Proposición de ley «Modificación del Real decreto n. 78 del 10 de noviembre de 1967 relativo al ejercicio del arte de curar, del arte de enfermería, de las profesiones paramédicas y comisiones médicas».
- Proposición de ley n. 2-151/1, «La protección de los derechos y de la dignidad del hombre próximo a la muerte», presentada por C. Nyssens.
- Proposición de ley n. 2-244/1, «Ley relativa a la eutanasia», presentada por P. Mahoux, J. Leduc, P. Monfils.
- Proposición de ley n. 2-245/1, «Creación de una comisión federal de evaluación de la aplicación de la ley relativa a la eutanasia», presentada por J. De Roeck, P. Monfils, M. Vanlerberghe.
- Proposición de ley n. 2-246/1, «Sobre los cuidados paliativos», presentada por M. Vanlerberghe, M. Nagy, J. De Roeck.
- Proposición de ley n. 2-249/1, «Para garantizar el derecho al acceso a los cuidados paliativos y fijando el marco de su práctica», presentada por C. Nyssens.
- Proposición de ley n. 2-402/1, «Sobre la instauración del derecho al acceso a los cuidados paliativos y la mejora de su práctica», presentada por I. Van Kessel.

El estudio de estas proposiciones de ley ha sido el origen de dos leyes aprobadas en el año 2002, la «Ley relativa a la eutanasia» y la «Ley relativa a los cuidados paliativos».

5 Como hemos mencionado, este Comité consultivo de Bioética había emitido dos dictámenes favorables a la eutanasia en 1997 y 1999 respectivamente.

b) Aprobación de la ley

En relación a la eutanasia, y después de los debates reseñados, el Senado Belga aprobó el 16 de mayo de 2002 una ley que permite provocar la muerte a los enfermos mediante técnicas médicas. La «ley relativa a la eutanasia» no modifica el Código penal, pero asegura la protección jurídica del médico que la practica bajo ciertos requisitos: petición de su paciente, mayor de edad o menor emancipado, además del respeto de ciertas condiciones de fondo y de procedimiento. La ley se promulgó el día 28 de mayo, y el 22 de junio de ese mismo año fue publicada en el *Moniteur Belge*⁶.

El texto fue aprobado por 86 votos contra 51: los partidos liberal, socialista y los ecologistas, votaron a favor. Los social-cristianos y el partido independentista flamenco votaron en contra. El partido independentista flamenco fue el único que rechazaba totalmente la eutanasia. Como veremos, la propuesta incluía también a enfermos incurables no terminales que soliciten la eutanasia por motivos psicológicos⁷.

La ley belga entiende por eutanasia «el acto practicado por un tercero, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a petición de ésta»⁸, y no incluye

otros tipos de muerte intencionada en el ámbito médico. Vamos a exponer algunos de los requisitos que exige esta ley y que muestran las limitaciones legales a la práctica de la eutanasia.

La petición de eutanasia

Según exige la ley, el paciente ha de ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de su petición. La petición de eutanasia debe ser voluntaria, meditada y reiterada, y no debe surgir como resultado de presiones externas⁹.

En todos los casos el médico debe informar al paciente de su estado de salud y de su esperanza de vida, plantear las posibilidades terapéuticas que pueda haber, así como las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos y sus consecuencias. Junto al paciente ha de llegar a la convicción de que la eutanasia es la única solución razonable en su situación y que la petición de eutanasia del paciente es completamente voluntaria¹⁰.

La petición deberá realizarse en forma escrita¹¹, y podrá haber sido redactada y autenticada antes, en previsión de condiciones futuras de incapacidad¹².

La ley prevé, además, que se consulte a otro médico, independiente y con competencia en la enfermedad del paciente, así como a todo el equipo sanitario que atiende al enfermo, si existe este equipo¹³.

6 También se aprobó una Ley relativa a los cuidados paliativos con fecha 12-VI-2002, y se publicó en el *Moniteur Belge* del día 26-X-2002.

7 Cfr. P. Schepens, *La légalisation de l'euthanasie en Belgique*, en «Atti della IX assemblea generale de la Pontificia Academia pro Vita», 24 al 26-II-2003, pp. 124-126.

8 Loi relative à l'euthanasie, art. 2.

9 Ibidem, art. 3.1.

10 Ibidem, art. 3.2.

11 Ibidem, art. 3.2.

12 Ibidem, art. 4.

13 Ibidem, art. 3.2.

Si el médico pronostica que la muerte no ocurrirá en breve plazo, ha de consultar a un segundo médico, psiquiatra o especialista de la patología en cuestión, y deberá transcurrir al menos un mes de reflexión entre el momento de la petición de la eutanasia y su ejecución¹⁴.

3. Condiciones del enfermo

El médico que recibe la petición deberá verificar que el paciente se encuentre en una situación clínica sin esperanza y que comporte un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser calmado y sea consecuencia de un accidente o de trastorno patológico grave e incurable¹⁵.

El médico debe asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada, y debe consultar a otro médico en cuanto al carácter grave e incurable de la afección, el cual, tras examinar la historia clínica y al propio paciente, se asegure y constate que dicho sufrimiento físico o psíquico existe y es constante, insoportable, y no puede aliviarse¹⁶.

Antes de que pasen cuatro días de la muerte del paciente, el médico deberá entregar a una Comisión federal de control y evaluación, integrada por doctores, juristas y expertos en cuestiones éticas, un documento en el que figuren todos los datos que permitan verificar el respeto de las condiciones previstas por la ley¹⁷.

14 Ibidem, art. 3.2.

15 Ibidem, art. 3.1.

16 Ibidem, art. 3.2.

17 Ibidem., arts. 5 y 6.

Los pacientes no tienen que ser belgas necesariamente ni residir en Bélgica para acogerse a la ley, aunque es necesario ser tratado por un médico belga¹⁸.

Una vez expuestos el camino jurídico de la legislación y los puntos principales de la ley, exponemos en el apartado siguiente cómo se ha aplicado.

2. El fenómeno de la PR en Bélgica

El informe oficial

Como hemos dicho anteriormente, la ley de eutanasia de Bélgica creó una Comisión federal de control y de evaluación, que debe informar acerca de la práctica de la eutanasia. El primer informe fue presentado oficialmente a las Cámaras legislativas del país el 23 de septiembre de 2004¹⁹, y recoge las declaraciones de los médicos que la han practicado desde que la ley entró en vigor, el 23 de septiembre de 2002, hasta el día 1 de enero de 2004.

Vamos a exponer a continuación los resultados más relevantes del Primer informe en relación con el tema que nos ocupa.

Como recoge el Informe, los médicos declararon a la Comisión la eliminación

18 Como afirma Marc Englert, miembro de la Comisión. Cfr. <http://www.lalibre.be>, 3-IX-2003.

19 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, 24-IX-2004. El Primer informe sobre la eutanasia fue aprobado por la Comisión en la sesión plenaria celebrada el 22 de junio de 2004, y consta de 42 páginas. Cada dos años está prevista la presentación de un informe completo en el Parlamento belga.

de 259 pacientes durante los quince primeros meses²⁰. Se practicaron 258 eutanacias por solicitud actual, y una por declaración anticipada²¹ (Tabla 1).

Tabla 1. Declaraciones de eutanasia en Bélgica según el Primer informe

Número de eutanacias por solicitud actual	258
Número de eutanacias por declaración anticipada	1

Dado que Bélgica es un país que tiene 10.300.000 habitantes²², y fallecen cada año en torno a 105.000 personas, las muertes por eutanasia han supuesto un 0,2% del total, según el primer informe oficial. La distribución no es homogénea en el país: en la región de Flandes, en la que mueren unas 56.000 personas al año, el porcentaje de muertes por eutanasia se eleva al 0,31%. Las declaraciones se han escrito en flamenco el 83% de ellas, 216 casos, y en francés el 17% restante, 43 casos²³ (Tabla 2).

20 En los primeros doce meses el número de eutanacias declaradas ha sido de 207. Ha habido 8 declaraciones mensuales durante el primer trimestre de aplicación de la ley, 14 durante el segundo trimestre, y 21 de media mensual durante los tres trimestres siguientes. Cfr. *Ibidem*, p. 13.

21 Cfr. *Ibidem*, p. 7.

22 Cfr. *L'état du monde. Annuaire économique géopolitique mondial*, ed. La Découverte, Paris 2002, p. 468.

23 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Premier rapport aux Chambres législatives*, o.c., p. 13.

Tabla 2. Declaraciones de eutanasia según el idioma utilizado

Número de declaraciones de eutanasia en flamenco	216	83%
Número de declaraciones de eutanasia en francés	43	17%

Según la Comisión, todas las enfermedades que originaron una eutanasia eran incurables y graves; la mayoría, el 82,5%, eran tumorales, y el 9,5% enfermedades neuro — musculares evolutivas mortales; el 8% fueron otras afecciones el origen de una eutanasia²⁴.

En el 91,5% de los casos (237 pacientes eliminados) la muerte era previsible a corto plazo, y no lo era en el 8,5% restante (22 pacientes); de éstas, 12 enfermos presentaban degeneraciones neurológicas progresivas, 5 enfermos tenían un trastorno neuro-muscular no evolutivo debido a un traumatismo, y 3 enfermos estaban diagnosticados de cáncer²⁵ (Tabla 3).

Tabla 3. Pronóstico vital de los enfermos a los que se aplicó la eutanasia

Se preveía que la muerte ocurriese en poco tiempo	237	91,5%
No se preveía la muerte a corto plazo	22	8,5%

Respecto al mecanismo de la muerte es de resaltar que en 5 casos fue el propio

24 Cfr. *Ibidem*, p. 14.

25 Cfr. *Ibidem*, p. 15.

enfermo, quien ingirió un barbitúrico suministrado por el médico y le produjo la muerte, y en un caso el médico tuvo que añadir un paralizante neuro-muscular tras la pérdida de conciencia (Tabla 4).

Tabla 4. Mecanismo de la muerte

Por eutanasia activa	254
Por suicidio médicamente asistido	5

Según la ley, los sufrimientos insoportables, constantes y que no puedan ser aliviados son los requisitos para que el enfermo pueda solicitar la eutanasia; en las tablas 5 y 6 se incluyen los motivos que se mencionan en las declaraciones tal y como figuran en el Informe. Varios tipos de sufrimientos físicos y psíquicos se presentan simultáneamente. Los porcentajes se establecen para cada tipo de sufrimiento en relación al número total de declaraciones²⁶.

Tabla 5. Sufrimientos físicos mencionados

Dolores	132	51%
Caquexia	97	37,5%
Disfagia, vómitos, obstrucción digestiva	82	31,5%
Disnea	59	23%
Lesiones importantes	11	4%
Hemorragias, transfusiones	11	4%
Otros	14	5,5%

26 Cfr. Ibidem, p. 11.

Tabla 6. Sufrimientos psíquicos mencionados

Pérdida de dignidad, desesperanza	103	40%
Dependencia	70	27%
Otro	1	<0,5%

Una vez expuestos los resultados más relevantes del Primer informe, estudiaremos en el apartado siguiente si se verifica el fenómeno de la PR; para ello tendremos en cuenta estos datos y algunos otros provenientes también de la Comisión, así como de diversas fuentes.

El descenso por la PR

Como mencionamos en la nota 1, se propone un esquema para poder verificar el fenómeno de la PR en la eutanasia en Bélgica. El paso o **Nivel A**, que nos coloca en el inicio de la PR, es una ley que autoriza el suicidio médicamente asistido²⁷ cuando se cumplen tres requisitos: 1° plena voluntariedad, 2° condición de enfermo terminal, 3° padecer dolores insoportables.

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el **Nivel B** se produciría cuando se permiten los casos no voluntarios e involuntarios (ancianos dementes, enfermos con perturbaciones mentales, etc.).

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el **Nivel C** se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido

27 El suicidio médicamente asistido se considera una forma de eutanasia.

en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar.

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el **Nivel D** se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

También el fenómeno de la PR sostiene que se producirá un retraso en el desarrollo de la Medicina paliativa y del tratamiento del dolor (**Nivel E**), y que si se legaliza el suicidio médicamente asistido se legalizará la eutanasia activa voluntaria o viceversa (**Nivel F**).

El esquema que se propone es, naturalmente, un esquema arbitrario, que consta de seis pasos: A, B, C, D, E y F. Podría tener más o menos niveles, ser diferente el significado de cada uno o tener otro orden. Los pasos que van sucediéndose por la PR en la eutanasia deben entenderse desde un punto de vista legal y social, aunque desde el punto de vista moral el nivel B, por ejemplo, sea más grave que el nivel C. Es preciso señalar que no hay que alcanzar el grado inferior de cada nivel —plena involuntariedad, ausencia total de enfermedad o de dolor— para poder afirmar que ha habido un deslizamiento por la PR²⁸.

Teniendo en cuenta la legislación belga y los datos disponibles acerca de la práctica

28 Cfr. I. Ortega, La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?, en «Annales Theologici» 17 (2003) 85-88.

eutanásica en Bélgica²⁹, vamos a analizar los diferentes niveles a continuación. Previamente queremos reseñar dos puntos: el primero es que los datos del Primer informe, a diferencia de los estudios holandeses, se basa solamente en las declaraciones que hacen los propios médicos que practican la eutanasia, por lo que pueden mostrar solamente una parte de la realidad sobre la práctica de la eutanasia activa, sin tener en cuenta el resto de las muertes intencionales de pacientes. En este sentido, hay miembros de la propia Comisión que aseguran la existencia de un número desconocido de médicos que no declara las eutanasias que practica, bien por desconocimiento de la ley, por miedo a posibles represalias o porque no quieren reconocer públicamente que eutanasian a sus pacientes; se calcula que el número real es de 400 casos, el 55% más de los casos declarados³⁰. La misma Comisión afirma que en ausencia de una encuesta epidemiológica válida, no es po-

29 Para contar con más información, un miembro de la Comisión propuso una nueva ley que reglamente otras decisiones médicas en el final de la vida, como la retirada del tratamiento y la administración de analgésicos en dosis elevadas. Esta propuesta no fue aceptada por la Comisión, pues estimó que además de no estar cualificada para propuestas de este tipo, las decisiones sobre la práctica médica están sometidas a las reglas deontológicas de la profesión y la ley sobre los derechos del paciente (Cfr. *Ibidem*, p. 25). La Comisión propone que se realicen regularmente encuestas sobre el conjunto de decisiones médicas en el final de la vida, como se hace desde 1990 en Holanda (Cfr. *Ibidem*, p. 27).

30 También el diario médico belga *Artsenkrant*, estudiando informes semanales de hospitales, llegó a la conclusión de que la cifra real de casos de eutanasia practicados en ese tiempo era de unos 400. Cfr. M. de Muelenaere, 400 euthanasies en deux ans, en <http://www.lesoir.be>, 26-VIII-2004.

sible conocer el número real de eutanasias practicadas³¹. Anteriormente a la ley, en el año 2001, se hizo un estudio de este tipo en Flandes, en el que se estimó que en esta región las muertes por eutanasia voluntaria supusieron en ese año un 0,3% de todas las muertes de Flandes, y las muertes por eutanasia no voluntaria, sobre todo por tratarse de enfermos terminales inconscientes, supusieron el 1,5% de las muertes³².

Un segundo punto que reseñamos es que se percibe claramente por parte de la Comisión una postura a favor de la práctica de la eutanasia. Así, comenta algunos datos de las declaraciones presentando la eutanasia como algo normal en la práctica médica: en varias declaraciones se detiene en mencionar circunstancias favorecedoras como la muerte tranquila, la presencia frecuente de las personas allegadas al enfermo en el momento de la eutanasia, los agradecimientos dirigidos al médico³³; se afirma que la edad avanzada no es un factor que favorezca su práctica³⁴. Aunque

se irán explicando con detalle, existen más datos sobre la falta de control y el partidismo de la Comisión: además de sus interpretaciones y recomendaciones, tolera la ausencia de petición escrita de eutanasia como exige la ley; desdibuja la figura del médico consultor, sin exigirle la competencia en la enfermedad del paciente o la independencia; algunos miembros intervienen públicamente con recomendaciones y presiones a favor de la ampliación de la ley (por ejemplo, para que se incluya a los menores de edad). Ni siquiera se pretende que la Comisión desempeñe todas sus funciones. Así, su propio presidente, el Dr. Win Distelmans, señala que no es intención de la Comisión sancionar a los médicos, sino que es más un organismo de acompañamiento de los médicos que de control; y afirma además que, como en el caso holandés, la Comisión no ha perseguido a ningún médico, aunque el procedimiento legal previsto no se haya respetado completamente. La intención de la Comisión para Distelmans es ganarse la confianza de los médicos y que envíen así sus declaraciones, para conocer qué ocurre en la práctica en Bélgica³⁵.

Vamos a ver a continuación los diferentes pasos de la PR en la eutanasia en el caso belga.

31 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 14.

32 Cfr. A. van der Heide, L. Deliens, K. Faisst, End-of-life decision-making in six european countries: descriptive study, en «The Lancet» 361 (2003) 345-350.

33 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 15. Este tipo de comentarios e interpretaciones, que son frecuentes en el informe, así como las recomendaciones que se hacen al gobierno, muestran claramente la tendencia mayoritaria de los miembros de la Comisión a favor de la eutanasia como si fuese un acto médico.

34 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., pp. 14 y 15.

35 Cfr. «Le Généraliste», 13-11-2002. Para el jefe del grupo socialista en el Senado, Philippe Mahoux, y uno de los padres de la ley actual, los 259 casos muestran que la eutanasia es una realidad, y que aún existen médicos que no las declaran por desconfianza. Lo mismo afirma la senadora Defraigne (Cfr. <http://www.lalibre.be>, 17-IX-2004).

3. El requisito de plena voluntariedad

Como ya se ha dicho, el requisito de la plena voluntariedad es considerado como el primero de todos en este tipo de leyes. Veremos seguidamente que con los datos que tenemos se comprueba que este requisito no siempre ha sido respetado.

1. En cuanto al procedimiento seguido por el médico en las prácticas eutanásicas, la propia Comisión señala varios puntos que no son conformes con la ley, y en los que no está clara la plena voluntariedad. Así, en 14 declaraciones de eutanasia no se menciona la petición escrita por parte del paciente, pues no la hubo. Según los médicos, se trató de casos en los que los enfermos estaban agónicos, o padecían sufrimientos extremos, o tenían paralizados los miembros. En 2 casos de estos 14, la Comisión estimó que se podía explicar la ausencia de un documento escrito por la urgencia y el dramatismo de la situación, pues el resto de los datos permitían asegurarse de las exigencias legales (petición de eutanasia reflexiva, voluntaria y repetida, sin presiones externas). En los otros 12 casos restantes se interrogó a los médicos, y estos declararon que cuando la muerte era inminente consideraban superflua una petición escrita o se conformaban con que una tercera persona pusiese por escrito la petición del paciente por no poder hacerlo él mismo. Aunque varios miembros de la Comisión han emitido sus reservas en la aceptación de estas declaraciones, la Comisión decidió que por el resto de los datos de las declaraciones se podía asegurar que se habían cumplido las condiciones legales

del carácter de la petición³⁶. En nuestra opinión es obvio que al menos en estos 14 casos de eutanasia no se muestra que la solicitud haya sido «voluntaria, reflexiva y repetida», y en cambio parece que en la mayoría de ellos la actitud de los médicos y de los allegados ha podido influir en la solicitud no escrita de los pacientes.

2. También varios médicos confundieron una petición escrita de eutanasia y una declaración anticipada; esta última se realiza solamente «en previsión de condiciones futuras de incapacidad», como dice el artículo 4 de la ley³⁷. Pensamos que esta confusión no garantiza la existencia de una voluntariedad actual, porque en ese tiempo el paciente puede haber cambiado de opinión, y parece que no se le consulta de nuevo.

3. En cuanto a los médicos consultores previstos en la ley, en varios casos su informe no tenía conclusión y fue dado por válido. Además, para algunos miembros de la Comisión estos consultores no tenían la competencia profesional adecuada, según la ley³⁸; pero la Comisión consideró que cualquier médico,

36 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 18. La Comisión sugiere un cambio en el modelo de la declaración que precise el procedimiento cuando el paciente no puede hacer una petición por escrito.

37 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., pp. 18 y 19. También la Comisión ha sugerido una modificación del texto para evitar esta confusión.

38 La ley prevé que se consulte a otro médico, independiente y con competencia en la enfermedad del paciente, así como a todo el equipo sanitario que atiende al enfermo, si existe este equipo (art. 3.2).

independientemente de su cualificación profesional, tiene la capacidad necesaria para asegurarse que la afección era incurable y grave y que el sufrimiento era constante, insoportable e irremediable, que es la misión del consultor fijada por la ley³⁹. Tampoco estaba clara la independencia exigida al consultor, y por ello hubo discusiones en el seno de la Comisión acerca del significado preciso de esta independencia⁴⁰.

4. En relación a la eutanasia no voluntaria y a los hospitales donde se practica, es conocido un caso que ha tenido repercusión en los medios de comunicación. Se trata de una enferma a la que se le aplicó la eutanasia sin haberla solicitado por escrito, que como es sabido es un requisito legal para asegurar la plena voluntariedad. El hecho ocurrió en febrero de 2003 en el hospital de Alost, «Onze Lieve Vrouw», y el director del centro despidió

al médico que la practicó. A raíz de esto ha surgido la polémica acerca del papel de la dirección hospitalaria sobre el cumplimiento del procedimiento previsto.

El presidente de la Comisión federal de control de la eutanasia, Win Distelmans, protestó vivamente por el despido del médico, afirmando que se trataba de un caso extremo de intimidación, pues aunque es cierto que la paciente no expresó por escrito su voluntad de morir, en la historia clínica aparece varias veces la petición de eutanasia. Cuando el caso fue revisado por la Comisión, ésta consideró que no había existido ninguna falta médica y archivó el expediente. Distelmans añadió que existen muchos médicos que no practican la eutanasia cuando la piden sus pacientes para no tener problemas con las instituciones hospitalarias, y dijo también que estos problemas provienen sólo de los hospitales católicos.

De todo este asunto se deduce claramente la falta de interés de la Comisión acerca de la plena voluntariedad de los pacientes a los que se practica la eutanasia. Su presidente, además, presiona con sus declaraciones para que los hospitales la faciliten, sin importarle demasiado que se cumpla la ley vigente.

Sin embargo, Fernand Keuleneer, miembro abogado de la Comisión, ha criticado la postura del presidente Win Distelmans en el diario «Standaard» del 21-V-2003, afirmando que Distelmans ha actuado de forma injusta, ya que la única misión de la Comisión es examinar las declaraciones que envían los médicos, y si existen problemas deben trasladarse al fiscal; además, la Comisión no puede

39 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., pp. 17 y 18.

40 Se llegó al acuerdo de que para asegurar la independencia sería útil difundir un fascículo informativo entre los médicos que señale que el consultor no puede tener con el paciente y/o el médico tratante ni relación de subordinación, ni relación familiar, ni terapéutica. Cfr. *Ibidem*, p. 17. Desde la entrada en vigor de la ley, existe en la región flamenca un grupo de médicos que se dedica a asesorar a los médicos generales en relación a la eutanasia y a otros problemas en torno al fin de la vida; se denomina «LEIF-forum», y sigue el modelo del grupo de médicos holandeses denominado «SCEN» (Cfr. *Ibidem*, p. 14). Según la Comisión pueden hacer de consultores independientes en los términos que señala la ley, y este es un factor que ha influido probablemente en que en la región flamenca se hayan producido la mayoría de las eutanasias (Tabla 2).

confirmar si una eutanasia cumple todos los requisitos legales, pues no dispone de las historias clínicas sino de una breve declaración que envía el médico. Keuleneer señala también que la Comisión funciona hasta la fecha como una defensa del médico ante el fiscal, y que la mayoría de los miembros consideran que no tienen ninguna función que desempeñar en cuanto a la protección de los pacientes, considerando como digno de fe *prima facie* el formulario de declaración de los médicos. Termina preguntándose si era esta su misión en un principio⁴¹.

Como hemos visto, este caso no deja lugar a dudas acerca de la actitud de la Comisión sobre el cumplimiento del requisito legal de plena voluntariedad.

5. Respecto a la eutanasia involuntaria se tiene noticias de dos casos desde que entró en vigor la ley. El primero de ellos es el de una enfermera, Francine Brunfaut, que ha sido acusada del asesinato de tres ancianos⁴².

El segundo caso es el de un médico, Robert Gosselin, y un enfermero, Christian Lagrange, que provocaron la muerte de una anciana en un hospital de Renaix. Están acusados de asesinato por el fiscal d'Audenarde, que asegura que fuera de los requisitos legales la eutanasia sigue siendo un asesinato. Para el fiscal está claro que el enfermero no cumplió la ley, pues ésta indica que la eutanasia la debe practicar un médico, y el médico tampoco, pues debe haber una petición

formulada de manera voluntaria, además de cumplirse otros requisitos. También el diputado Monfils, uno de los padres de la ley de eutanasia, lo califica de asesinato y afirma con rotundidad que el médico que no respete estrictamente los requisitos legales debe ser perseguido penalmente. Sin embargo, para los abogados se trató de un acto de caridad en el que se acompañó a la moribunda suavizando su dolor⁴³.

6. Es conocido el caso de la primera eutanasia «legal», que fue aplicada a un enfermo que padecía una esclerosis múltiple, Mario Verstraete, sólo una semana después de que la nueva ley entrara en vigor (además no era un enfermo terminal). Quienes se oponen a la eutanasia observaron que su muerte había violado el periodo de espera de un mes requerido por la ley (art. 3.2) entre el momento en que se hace la petición por escrito y la muerte⁴⁴. El requisito de los plazos sirve para asegurar que la decisión sea estable, no un capricho momentáneo, y la ley lo contempla para «asegurar» la plena voluntariedad. Como en las 258 muertes restantes por eutanasia, la acción del médico no tuvo ninguna repercusión legal.

Con estos datos, aunque sean escasos, podemos concluir que es evidente que no se han cumplido los requisitos de plena voluntariedad que ordena la ley, descen-

43 Cfr. <http://www.lalibre.be>, 8-X-2004 y 11-X-2004.

44 Esta información apareció por primera vez en el diario británico «Guardian», el 9-X-2003 (Cfr. www.zenit.org, 1-II-2004); International anti-euthanasia task force, Belgium claims first death under newly enacted euthanasia law, en <http://www.iaetf.org/sptlt2.htm> (acceso el 23-X-2002).

41 Cfr. A. Hovine, en www.lalibre.be, 18-V-2003.

42 Cfr. <http://www.lalibre.be>, 10-X-2004

diéndose por la PR al nivel B: se admite la eutanasia sin petición escrita del enfermo; no se asegura que la voluntariedad sea actual; la función de control del médico consultor prevista por la ley ha quedado desdibujada y la Comisión se preocupa poco de que se cumplan los requisitos legales, como son la plena voluntariedad del enfermo y los plazos previstos.

4. El requisito de enfermedad en fase terminal

Vamos a analizar este punto con algunos datos, aunque ya desde el momento de la legalización se verificó el descenso al nivel C de la PR, pues la ley no está restringida a los pacientes terminales.

Como vimos en el apartado anterior, la primera eutanasia «legal» se aplicó a un enfermo con una enfermedad degenerativa que no estaba en fase terminal⁴⁵.

La cuestión sobre el pronóstico de la muerte ha sido objeto de discusión en el seno de la Comisión; uno de los miembros, médico de profesión, dudaba de los pronósticos de muerte precoz de algunas declaraciones, pero la Comisión consideró que se trataba de una estimación que le compete sólo al médico tratante⁴⁶.

Como hemos dicho, se puede afirmar por tanto que ya desde el punto de partida, el paso A, se ha descendido por la

PR al nivel C. A pesar de que los datos disponibles sean escasos, también con ellos se comprueba este descenso; por las actitudes mostradas, no existe capacidad ni voluntad política ni legal de que tampoco en este punto se cumplan los plazos previstos.

5. El requisito de dolor insoportable

Como en el caso anterior, ya desde el punto de partida A se verifica el descenso al nivel D de la PR, pues la ley permite la eutanasia por sufrimiento psíquico. También con los datos disponibles puede verificarse que el requisito legal del padecimiento de dolores insoportables⁴⁷ no se cumple en la práctica, pues no es posible valorarlo.

El informe oficial señala que en todos los casos en los que se ha aplicado la eutanasia, los sufrimientos se describen como «insoportables, constantes e intratables». En algunos casos, los datos dados por el médico declarante para ilustrar el carácter insoportable o intratable del sufrimiento, han sido juzgados insuficientes por algún miembro médico de la Comisión, aunque el resto consideró que para ellos eran suficientes, y que además no era de su competencia erigirse en jueces de los tratamientos utilizados. La mayoría de la Comisión también consideró que la in-

45 Cfr. International anti-euthanasia task force, Belgium claims first death under newly enacted euthanasia law, en <http://www.iaetf.org/sptlt2.htm> (acceso el 23-X-2002).

46 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 24.

47 Como ordena la ley, el médico que recibe la petición deberá verificar que el paciente se encuentre en una situación clínica sin esperanza y que comporte un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser calmado, y sea fruto de un accidente o de un mal patológico grave e incurable.

soportabilidad del sufrimiento en buena parte es algo subjetivo, que depende de la personalidad del paciente y de sus valores. En cuanto al carácter intratable del sufrimiento, juzgó que el paciente tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento. La Comisión afirma también que en estos casos es necesaria una discusión detenida entre el médico y el paciente, pero no quiere que haya un «filtro paliativo», es decir, que se les propongan cuidados paliativos, como proponía algún miembro⁴⁸. Como se expuso en la Tabla 6, en el 66% de los casos se señalaba la «desesperanza», la «pérdida de la dignidad» y la «dependencia» como sufrimientos psicológicos insoportables.

Podemos afirmar, por tanto, que no se distingue entre la petición de eutanasia por motivo de dolor físico y por motivos de sufrimiento psicológico, y que se aplica la muerte a pacientes con dolor controlado pero que la solicitan por otros motivos: pérdida de la autonomía, poca calidad de vida, etc. En el caso belga se ha descendido por la PR de la eutanasia hasta el nivel D.

6. Retraso en el desarrollo de la Medicina paliativa

Aunque el fenómeno de la PR prevé el subdesarrollo de esta especialidad, por los datos que tenemos, en estos años ha habido un aumento de la Medicina paliativa en Bélgica. En efecto, poco después

de aprobarse la ley de eutanasia se aprobó también una ley sobre cuidados paliativos, y desde el mes de julio de 2002 los pacientes con estos cuidados, tanto en su domicilio como en el hospital, no pagan el ticket de asistencia por las visitas médicas. Según el ministro de Sanidad se trata de una medida más del Plan de cuidados paliativos del Gobierno federal, que está prácticamente implantado en Bélgica. En dos años, los medios destinados a esta finalidad han pasado de 33 millones a 72 millones de euros⁴⁹.

7. Ampliación de la ley e impunidad de los transgresores

El fenómeno de la PR prevé también que con el tiempo las leyes de eutanasia se van ampliando y haciéndose más permisivas, suprimiéndose los mecanismos de control. Aún no ha habido tiempo material para ampliar la ley, pero ya existen proyectos de ley en este sentido aceptados por votación para ser estudiados. También existen presiones por parte de algunas personas. Vamos a estudiar algunas iniciativas.

Puede afirmarse que existe una escasa voluntad oficial de que se cumpla y se mantenga la reciente ley en sus términos actuales. En este sentido ningún expediente se ha trasladado a la justicia. Además, cuando varios miembros propusieron que se precisen las consecuencias judiciales

48 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 16.

49 Cfr. <http://vandenbroucke.fgov.be/ZP-020621.htm>; Chris De Meester, 10 ans de soins palliatifs à l'AZ St-Lucas de Gand, en «Huisarts» 28-IX-2002.

a que darían lugar las eutanasias practicadas sin el respeto de los requisitos legales, lo que aseguraría la ausencia de infracciones, la Comisión constató que eso no es de su competencia⁵⁰.

En relación a la eutanasia de menores, el propio presidente de la Comisión, Dr. Distelmans, afirmaba a comienzos de diciembre de 2003 (antes de que hubiera aparecido el Primer informe) que es deseable que la ley se amplíe a los casos de menores de edad⁵¹.

En este sentido, en el mes de julio de 2004, a los pocos días de aprobarse el informe por parte de la Comisión⁵², aunque los datos aún no eran oficiales, dos senadores del partido liberal presentaron una propuesta de ley que modifica la ley de eutanasia de 2002, y en ella se pide ampliar la ley actual para permitir «el derecho a la eutanasia de los niños». Jeanine Leduc y Paul Ville piden la eutanasia legal para los menores que

deseen aliviar sus dolores intratables que les llevan «a una situación insoportable y degradante». En el texto propuesto no figura una edad mínima, e introduce la noción de «capacidad de discernimiento», teniendo en cuenta, según señalan, que los niños enfermos crónicos tienen una madurez mucho mayor que la de sus compañeros de la misma edad. En el caso de que se aprobase esta ampliación de la ley, los médicos deberán evaluar si el niño es capaz de comprender su estado, y, aunque se consulte a los padres y familiares próximos, éstos no podrán oponerse a la petición de eutanasia del menor si los médicos la consideran legítima⁵³. Esta proposición de ley se aprobó en sesión plenaria del Senado y fue enviada a la Comisión de Justicia el 15 de julio de 2004.

Asimismo, dicha propuesta de ley incluye la introducción del suicidio asistido en la legislación para los que deseen realizar ellos mismos este último acto; que cambien y se precisen los conceptos de «ser consciente» y de «no ser ya consciente», por «ser consciente de su propia personalidad» y «no ser consciente de su propia personalidad»; que las declaraciones anticipadas tengan un carácter ilimitado, y que el médico que rechace realizar una eutanasia tenga la obligación de enviar al paciente a otro médico. Al suprimir estas restricciones, podrán darse respuestas claras a las peticiones justificadas de muerte dulce y humana,

50 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 19. La Comisión realiza también varias recomendaciones al Parlamento belga que son indicio también de la actitud mayoritaria de sus miembros.

51 Según Distelmans, la ley debería también ampliarse a los enfermos que padecen enfermedades degenerativas como el Alzheimer, para que estos pacientes puedan hacer la petición de eutanasia antes de perder su capacidad de poder hacerlo conscientemente. Cfr. Primer Forum sobre la eutanasia y los cuidados paliativos, Bruselas XII-2003, en http://www.expatica.com/source/site_article (acceso el 17-IX-2004).

52 El informe se aprobó el día 22 de junio (Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 3).

53 A. Hovine, L'euthanasie, aussi pour les enfants?, en el diario «La libre Belgique», 7-IX-2004, p. 8.

concluye esta propuesta de ampliación y cambio de la ley ahora vigente⁵⁴.

Varios miembros de la Comisión han propuesto también una ampliación de la ley de eutanasia vigente que incluya a los menores de edad⁵⁵.

Todo lo expuesto acerca de la tendencia a ampliar la eutanasia legal, también para el caso de los niños enfermos, muestra que, como prevé la PR, la ley tiende a cambiar permitiendo más casos que los inicialmente previstos.

En poco más de un año de vigencia, tanto la Comisión como otras instancias recomiendan su reforma y ampliación a casos de eutanasia no voluntaria e involuntaria, como es sin duda el caso de los niños y de los enfermos mentales.

8. Conclusión

Como hemos dicho, la PR en la eutanasia sostiene que las medidas preventivas que intenten impedir el descenso están destinadas al fracaso y, al cabo de un tiempo, las autoridades no perseguirán a los infractores de la ley o incluso la cambiarán, permitiendo comportamientos menos restrictivos.

54 Cfr. <http://www.senate.be> y <http://www.lalibre.be>.

55 Cfr. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives, o.c., p. 24. Algunos partidarios de la eutanasia de menores prefieren proponerla más adelante para «no ir demasiado deprisa»; piensan que todavía es suficiente el recurso a la interpretación jurisprudencial sobre el estado de necesidad. Cfr. E. Di Rupo, *Éthique*, en <http://www.lalibre.be>.

Hemos visto cómo ha empezado a ocurrir todo esto en Bélgica, a pesar del poco tiempo que lleva en vigor la ley de eutanasia. Sin embargo, pensamos que lo señalado muestra que ha comenzado el descenso por la PR, alcanzándose todos los niveles en este periodo de tiempo, y que existe una escasa voluntad oficial de que se cumpla y se mantenga la reciente ley en sus términos actuales.

Así, podemos observar un descenso moderado al nivel B, ausencia de voluntariedad plena, pues se ha practicado la eutanasia en varios casos en los que no se realizó la petición por escrito, o se tomó como tal una declaración anticipada, lo que no garantiza una voluntariedad actual. Además, la figura de los médicos consultores no es clara, pues no se asegura su independencia.

Se observa también un descenso grande al nivel C ya desde el momento de la legalización, pues la ley no está restringida a los enfermos en fase terminal. De hecho se ha practicado desde el primer momento en no pocos casos.

El descenso al nivel D es grande, y, como en el nivel anterior, ya desde el punto de partida no está previsto que se cumpla el requisito del padecimiento de un dolor insoportable, pudiéndose solicitar la eutanasia por sufrimiento psíquico, como ha ocurrido en un gran número de casos. Además, no existen medidas para evitar que se solicite la eutanasia por motivos banales.

Que en la mayoría de los casos el motivo de la solicitud de eutanasia no sea el dolor, revela que en Bélgica existe un buen nivel de Medicina paliativa. Sin

embargo, no existe un filtro paliativo para los enfermos que solicitan la eutanasia, no siendo ésta el último recurso.

Podemos afirmar que en el caso belga se ha verificado el fenómeno de la PR, aunque el tiempo transcurrido desde la legalización de la eutanasia sea muy pequeño. La velocidad en el descenso ha sido considerable, favorecida por las actitudes del Gobierno y de la Comisión de control y evaluación de la eutanasia, llegando a ejercerse presiones por parte

de algún miembro de dicha Comisión para que se amplíe a otros supuestos y para que aumente su práctica. Si el número de casos de eutanasia no es mayor (en comparación con Holanda es notablemente menor), se debe quizá a que anteriormente a la ley no ha sido una práctica frecuente, como ocurría en el país vecino.

Recibido 11-10-2006
Aceptado 29-11-2006

