

LA «PENDIENTE RESBALADIZA» EN LA EUTANASIA EN HOLANDA

«SLIPPERY SLOPE» AND EUTHANASIA IN THE NETHERLANDS

Javier Vega Gutiérrez e Íñigo Ortega
Profesor Titular de Medicina legal.
javiervega1@gmail.com

Resumen

En el presente artículo hablamos en el primer apartado acerca de la legislación sobre la eutanasia en Holanda, describiendo el camino jurídico de la misma y señalando sus puntos más importantes en relación al tema que nos ocupa; en el segundo apartado, recogemos los resultados de los principales estudios que se han hecho en este país, con el objetivo de conocer la realidad de la práctica de la eutanasia; y por último, en el tercero, se realiza un análisis de los apartados anteriores comprobando que en el caso holandés se cumple la versión empírica del argumento de la «pendiente resbaladiza» (PR).

Palabras clave: eutanasia, pendiente resbaladiza.

Abstract

First of all, in this issue we talk about the juridical way and the most important items on euthanasia in Holland. Second, we gather the results of the main studies made in this country. At the end, an analysis of the previous data is made with the aim of knowing the real practice of the euthanasia, proving that the empirical version of «the slippery slope» argument becomes true in the Dutch country.

Key words: euthanasia, Holland, slippery slope.

1. Legislación holandesa

Desde hace tres décadas empezaron a realizarse eutanasias en Holanda sin que el médico fuese castigado. Actualmente existe una ley permisiva y la eutanasia se practica con gran frecuencia. Además de ser el primer país que cuenta con una ley de este tipo, la eutanasia es aceptada por muchos médicos y enfermos.

Las etapas más relevantes del camino jurídico que se ha seguido hasta la ley actual son las siguientes¹: En el año 1973 tuvo lugar la primera sentencia prácticamente absolutoria de un caso de eutanasia². En 1984 se la despenalizó; en 1993 tuvo lugar la reglamentación de la eutanasia, y en el año 2000 la liberalización de la misma.

Despenalización de la eutanasia (1984)

La Corte Suprema holandesa sentenció que la eutanasia no sería penalizada si se cumplían cinco condiciones³:

1. La petición de la eutanasia debe venir únicamente del paciente y ser enteramente libre y voluntaria;
2. dicha petición debe ser estable, bien considerada y persistente;
3. el paciente debe experimentar sufrimientos intolerables sin perspectivas de mejora;
4. la eutanasia debe ser el último recurso, y
5. el médico debe consultar con un colega independiente con experiencia en este campo.

A raíz de esta sentencia de la Corte Suprema, el Gobierno tomó dos resoluciones importantes: realizar una investigación para conocer la práctica real de la eutanasia, y disponer que los médicos rellenasen un «procedimiento de notificación» al practicar la eutanasia. En 1991 se publicó el «Informe Remmelink»⁴ con los resultados de la investigación. Las conclusiones y la interpretación de los datos del informe son diversas⁵, dependiendo

1 Sobre este tema, cfr. M. Aramini, *L'eutanasia*, ed. Giuffrè, Milano 2003, pp. 117-122; I. Ortega, *La pendiente resbaladiza en la eutanasia, ¿ilusión o realidad?*, en «*Annales Theologici*» 17 (2003) 77-124.

2 Una semana de arresto menor en el caso «Potsma van Boren». Cfr. *Rechtbank —Corte de Distrito, Leeuwarden 21-II-73, NJ* (Jurisprudencia holandesa) 1973, p. 183.

3 Fue el caso «Alkmaar», en el que la sentencia aceptó la posibilidad de apelación -bajo ciertos requisitos—, a la «fuerza mayor» como un conflicto de deberes. Cfr. Hogeraad (Corte Suprema) 27-XI-84, NJ 1985, p. 106. Poco antes, la Real Asociación Médica de Holanda (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, abreviado como KNMG) había establecido dichos requisitos que recogía la sentencia (cfr. M. Ángel, *Euthanasia*, en «*The New England Medical Journal of Medicine*» 319 (1988) 439-445.

4 P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktij inzake Euthanasie*, Sdu Uitgeversmaatschappij Plantijnstraat, Den Haag 1991; P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, *Euthanasia and Others Medical Decisions Concerning the end of Life*, en «*The Lancet*» 338 (1991) 669-674; Idem., *Medical Decisions Concerning the End of Life*, ed. Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1992.

5 Cfr. K.F. Gunning, *The Remmelink report draws false conclusions from the research on euthanasia*, en «*Katholiek Nieuwsblad*» 8-X-1991; R. Fenigsen, *Issues in Law & Medicine*, en «*American Magazine*» 3 (1991) 339-344; V.M. Welie, *The Medical exception: Physicians, Euthanasia and The Dutch*

sobre todo del concepto de eutanasia empleado⁶. El número de casos es elevado como después veremos.

Reglamentación de la eutanasia (1993)

A raíz de la publicación del «Informe Rimmelink» se produjeron numerosas reacciones, y el Gobierno aprobó en noviembre de 1993 una «reglamentación de la eutanasia»⁷. El ministro de justicia holandés, Hirsch Ballin, justificó el voto democristiano (partido que encabezaba la coalición en el gobierno) alegando que la legalización de la eutanasia gozaba de un amplio respaldo popular, y que los médicos la practicaban casi sin control de los tribunales⁸, por lo que su partido sólo

Criminal Law, en «The Journal of Medicine and Philosophy» 17 (1992) 421-422; P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Dances with data, en «Bioethics» 7 (1993) 323-329.

6 Como dijimos en el capítulo I, la ley holandesa sólo considera eutanasia a la eutanasia activa voluntaria.

7 En el Senado hubo una fuerte oposición por parte de los senadores democristianos, que consiguieron que en la nueva ley existiera una distinción clara entre la aplicación de la eutanasia a pacientes que la piden expresamente y a aquellos que no pueden manifestar su consentimiento, y otra distinción entre el dolor físico y el sufrimiento psicológico. El Gobierno garantizó a estos senadores que el procedimiento no sería aplicable a personas incapaces de manifestar su voluntad. Cfr. Staatsblad (Boletín de actas, órdenes y decretos de Holanda) 1993, n. 688, p. 1.

8 Cfr. M. Hirsch Ballin, Cristiano-democratici ed eutanasia, en «Concilium» 4 (1993) 741-744; Idem., Il reato di eutanasia: garanzie in caso di forza maggiore, en «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica» 1 (1994) 53-58. Varias encuestas muestran que la eutanasia voluntaria goza de una aceptación amplia, cerca del 80% de la población, y un gran sector apoya también alguna forma de

había tenido dos posibilidades: oponerse a su legalización, sabiendo que antes o después otros partidos terminarían por imponerla, o aceptar como inevitable la despenalización provocada por los tribunales, pero a la vez buscando diferentes mecanismos para controlar y restringir su práctica, sobre todo desarrollando medidas estrictas de seguridad que asegurasen la voluntariedad y evitasen los abusos. El partido democristiano eligió la segunda opción, y publicó un reglamento administrativo por el que la notificación de los casos de eutanasia adquiriría *status* de norma legal, obligando al médico a rellenarlo, y permitía al Fiscal el control de los requisitos⁹. La eutanasia y la asistencia al suicidio continuaban siendo delitos tipificados en el Código penal, pero el autor de la acción no sería penado si demostraba que cumplía las condiciones requeridas. La reglamentación de la eutanasia entró en vigor en junio de 1994.

No habían pasado tres semanas cuando se traspasó el primero de los límites «infranqueables» (en expresión de Hirsch Ballin). La Corte Suprema no condenó al doctor Chabot, psiquiatra, acusado de asistencia al suicidio de una paciente cuya única enfermedad era el padecimiento de una fuerte depresión. La enferma había solicitado explícitamente su deseo de morir y rechazaba todo tratamiento psi-

eutanasia no voluntaria. La mayoría de los médicos es favorable, el 54% manifiesta haberla practicado una o más veces; la defiende la Real Sociedad de Médicos Holandeses (KNMG) y la de Farmacéuticos (KNMP). Entre las diversas Iglesias, sólo la Iglesia Católica la ha rechazado con claridad.

9 Cfr. Staatsblad 1993, n. 643.

quico. Esta sentencia¹⁰ provocó la primera ampliación de la ley; a partir de entonces la eutanasia se podía aplicar a un paciente que deseara morir, aunque no fuera un enfermo incurable en estado terminal. El Gobierno compartió la decisión de la Corte haciéndola suya, sin escuchar la decisión del Comité médico disciplinar que amonestó a Chabot por no haber tratado médicamente la depresión de la enferma, por haberla ayudado a suicidarse sin esperar el resultado del tratamiento, y por considerar que la paciente era capaz para tomar ese tipo de decisión¹¹. Después de la sentencia, el Ministerio Público retiró otras once acusaciones de casos de eutanasia de enfermos no terminales.

Un año después, en 1995, se traspasó el segundo de los «límites infranqueables» señalados por la Corte Suprema y la Real Sociedad de Médicos (KNMG), cuando el Parlamento admitió que la eutanasia se podía aplicar a los enfermos que experimentasen un sufrimiento psíquico o moral, y no sólo dolor físico. La KNMG manifestó una posición similar, al considerar que no revestía especial importancia la distinción entre sufrimiento somático o mental, y que el paciente se encontrase o no en fase terminal¹².

10 La defensa del Dr. Chabot no fue aceptada porque no había consultado a un colega independiente y no porque el paciente no fuese un enfermo terminal; finalmente, por las circunstancias del caso, no hubo ninguna condena (cfr. Hogeraad, NJ 1994, p. 656).

11 Cfr. Medisch Tuchtcollege Amsterdam, Psychiater berispt voor hulp bij zelfdoding, en «Medisch Contact» 21 (1995) 668-674.

12 Cfr. W.R. Kastellijn, Standpunt Hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie 1995, en «Medisch Contact» 33-34 (1995) 1037-1038.

Otro límite, que quizá se consideraba realmente «infranqueable», era la eutanasia de personas incapaces de manifestar su consentimiento o su oposición, sin sufrir consecuencias penales. Sin embargo, los tribunales han terminado por admitir también la eutanasia de niños con enfermedades graves. El primer caso de este tipo es de marzo de 1993; se trató de una niña de tres días que tenía lesiones cerebrales y en la médula espinal. Como los resultados de la terapia no eran claros, los médicos decidieron no operar y, a petición de sus padres, un médico acabó con su vida mediante una dosis letal de anestésicos. La Corte de Justicia de Amsterdam les eximió de responsabilidad penal, a la vez que promovía el desarrollo de la jurisprudencia sobre los casos de eutanasia de recién nacidos con defectos congénitos¹³. Una semana más tarde una Corte de Distrito absolvía al doctor Prins, un ginecólogo que había provocado la muerte de un niño de 26 días, enfermo de trisomía 13; aun cuando el cargo de asesinato había sido legalmente probado, la Corte encontró que su comportamiento era «justificable», pues había actuado «responsablemente y de acuerdo con la ética médica vigente»; posteriormente, en abril de 1996, la Corte de Apelación del Estado llegó a la misma decisión¹⁴. Después de estos precedentes

13 Cfr. Corte de Apelación de Amsterdam, 7-XI-1995, TGR 1996/1.

14 Cfr. Rechtbanck Groningen, Parketnummer 070093-95. Cfr. Kadijk, Corte de Groningen, 13-XI-1995, TGR 1996/2 y Corte de Apelación de Leeuwarden, 4-IV-1996, TGR 1996/35. Debe tenerse en cuenta que la eutanasia neonatal no es infrecuente en Holanda; según un estudio de 1997 el 45% de los neonatólogos han provocado la

legales, se ha abierto la puerta a la posibilidad de practicar la eutanasia a personas que no pueden manifestar su consentimiento, siempre y cuando el enfermo padezca una enfermedad mortal.

Mientras las «salvaguardas» de la ley se iban desmoronando, el Gobierno realizó el «Segundo Informe» sobre la eutanasia en 1995: una investigación destinada a verificar el aumento o disminución de la práctica de eutanasia, y si los médicos notificaban o no su práctica¹⁵; los resultados más relevantes se exponen en el siguiente apartado. En 2001 se realizó el «Tercer Informe», cuyos resultados exponemos también posteriormente¹⁶.

muerte a recién nacidos con malformaciones con el consentimiento expreso de sus padres. Cfr. A. van der Heide, P.J. van der Maas, G. van der Wal, Medical end of life decisions made for neonates and infants in the Netherlands, en «The Lancet» 350 (1997) 251-255; Idem., The role of parents in end of life decisions in neonatology: physicians' views and practices, en «Pediatrics» 3 (1998) 413-417.

15 Cfr. G. van der Wal, P.J. van der Maas, Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijken de meldings procedure, ed. Sdu Uitgevers, Den Haag 1996; Idem., Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995, en «New England Journal of Medicine» 335 (1996) 1699; G. van der Wal, Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands, en «New England Journal of Medicine» 335 (1996) 1706.

16 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie, ed. De Tijdstroom, Utrecht 2003; B. D. Onwuteaka-Philipsen, A. van der Heide, D. Koper, I. Keig-Deerenberg, J.A. Rietjens, M.L. Rurup, A.M. Vrakking, J.J. Georges, M.T. Muller, G. van der Wall, P.J. van der Maas, Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, en «The Lancet» 362 (2003) 395-399.

Liberalización de la eutanasia (2000)

En noviembre de 2000 la Cámara Baja (Parlamento) de Holanda aprobó la propuesta de ley denominada «Ley de verificación de la terminación de la vida a petición y suicidio asistido», y en abril de 2001 fue aprobada por la Cámara Alta (Senado). En abril de 2002, después de su aprobación en las dos Cámaras entró en vigor esta nueva ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido¹⁷. Una de las principales novedades es la modificación del Código penal holandés, que recoge una circunstancia eximente de responsabilidad criminal al delito de eutanasia y asistencia al suicidio. Otra es que, mientras antes era el médico el que debía probar que había cumplido las condiciones establecidas, ahora es el Fiscal el que debe probar que el médico no cumplió los requisitos, antes de poder iniciar una causa legal; ello es motivo suficiente para que el fiscal evite iniciar una causa en los casos dudosos o en los que se prevén dificultades para probar el incumplimiento de las directrices establecidas. Se publica asimismo un nuevo «procedimiento de notificación», y se reconoce valor legal a las declaraciones de voluntad anticipada, realizadas por escrito y en las que el enfermo anticipa su decisión cuando teme poder llegar a encontrarse en condiciones de no poder ya expresarla. Pero quizás la novedad que

17 Cfr. Eerste Kamer (Senado) 2000-2001, Wetsvoorstel (Propuesta de ley) Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding (Ley de verificación de la terminación de la vida y suicidio asistido) 26.691, n. 137.

más resaltaron los medios de comunicación fue la regulación de las peticiones de eutanasia por parte de menores de edad: entre los 12 y 16 años inclusive se exige el consentimiento de los padres, y entre los 16 y 17 años los menores pueden decidir de manera independiente, si bien los padres deben participar en la decisión final.

2. Práctica de la eutanasia en Holanda

Holanda es un país de 16 millones de habitantes. Sobre la situación de la práctica eutanásica en este país existen fundamentalmente los tres informes ya citados anteriormente, acerca de las muertes producidas en cada uno de esos años (1990, 1995 y 2001). Los resultados más relevantes se exponen en la Tabla 1¹⁸.

La metodología en estos estudios utilizada para la obtención de los datos consistió en la realización de entrevistas a 405, 455 y 482 profesionales sanitarios en cada año estudiado, y el análisis de una muestra representativa de certificados de defunción: 5.197, 5.146 y 5.617 respectivamente¹⁹.

18 En el anexo III se recogen más extensamente algunos resultados que se han publicado del último estudio, incluyéndose también los de los dos anteriores.

19 B.D. Onwuteaka-Philipsen, A. van der Heide, D. Koper, I. Keig-Deerenberg, J.A. Rietjens, M.L. Rurup, A.M. Vrakking, J.J. Georges, M.T. Muller, G. van der Wall, P.J. van der Maas, Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, en «The Lancet» 362 (2003) 396. Existen controversias no tanto sobre la metodología del estudio, sino sobre la interpretación que dan sus autores a los datos estadísticos obtenidos.

Antes de analizar las cifras, es importante advertir que las únicas objetivamente verificables son aquéllas relativas al número total de fallecimientos y al número total de casos notificados. Todas las demás cifras se basan en respuestas anónimas del personal sanitario acerca de los casos en que manifestaron estar involucrados, y se trata por tanto de datos estimativos. Un último punto preliminar es que en los informes se adopta una definición reductiva de «eutanasia», puesto que en la ley holandesa significa solamente eutanasia voluntaria activa; nosotros exponemos a continuación gráficamente los resultados más relevantes teniendo en cuenta el concepto y la clasificación de eutanasia del capítulo primero.

Realizando un breve análisis de la Tabla 1, vemos cómo casi todos los tipos de muertes relacionados con la eutanasia han ido aumentando progresivamente en los tres estudios realizados en Holanda. Adoptando la definición holandesa de eutanasia como «eutanasia voluntaria activa», se produjeron 2.300 casos en 1990, 3.200 en 1995, y 3.700 casos en 2001.

Si se incluyen «todos» los casos en que los médicos pretendían explícitamente acortar la vida (tanto por acción como por omisión, con petición o sin petición de los pacientes), el total se eleva notablemente. Añadiendo por tanto los casos de suicidio asistido, los de terminación de la vida sin petición, las muertes por intensificación del tratamiento del dolor y de otros síntomas con el propósito explícito de acortar la vida, y los casos de renuncia al tratamiento o retirada del mismo con el propósito explícito de acortar la vida,

Tabla 1. Estimación del número de muertes en relación con el suicidio asistido y la eutanasia en Holanda en los años 1990, 1995 y 2001²⁰

Tipo de muerte	1990	1995	2001
Total de casos de fallecimientos en Holanda (100%)*	128.824	135.675	140.377
Eutanasia activa voluntaria	2.300	3.200	3.700
Suicidio médicamente asistido	400	400	300
Eutanasia activa no voluntaria/involuntaria**	1.000	900	1.000
Decisiones de no tratamiento con posible acortamiento de la vida, — de los cuales, con la intención de acortar la vida	23.100 6.900	27.400 11.200	28.400 18.200
Alivio de dolor con posible acortamiento de la vida, — de los cuales, con la intención de acortar la vida — con conocimiento del paciente — sin conocimiento del paciente	24.200 4.800 2.600 2.200	25.900 3.900 2.700 1.200	28.200 2.800 n.d. n.d.
Aplicación de la sedación terminal***, — a los cuales, se retira la hidratación y nutrición	n.d. n.d.	n.d. n.d.	8.400 5.500
Eutanasia neonatal	n.d.	95	100
Suicidio médicamente asistido de pacientes psiquiátricos	n.d.	2-5	n.d.
Total de muertes intencionales en el contexto médico****	15.400	19.700	31.600

* Único dato no estimado en esta tabla.

** La Comisión holandesa lo denomina «terminación de la vida sin petición».

*** Este concepto de «sedación terminal» se introdujo en el estudio de 2001, y en la mayoría de los casos la finalidad de la sedación fue acelerar la muerte.

**** 15.400 = 2.300 + 400 + 1.000 + 6.900 + 4.800

9.700 = 3.200 + 400 + 900 + 11.200 + 3.900 + 95 + 5

31.600 = 3.700 + 300 + 1.000 + 18.200 + 2.800 + 100 + 5.500

n.d.: datos no disponibles

20 Para la elaboración de las tablas y de la gráfica, cfr. W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens, Medical-Ethical Decisions and Life-Terminating Actions in The Netherlands 1990-1995. Evaluation of the Second Survey of the Practice of Euthanasia, en 'Medicina e Morale' 3 (1997) 475-501; B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001..., pp. 396-397; W.J. Eijk, Il Rapporto 2001/2002 sulla prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi: considerazioni critiche, en «Medicina e Morale» 6 (2003) 1137-1150; T. Sheldon, Dutch reporting of euthanasia cases falls —despite legal reporting requirements, en «British Medical Journal» 328 (2004) 1336.

el total de muertes intencionales ha ido ascendiendo de 15.400 muertes aproximadamente en el año 1990, a 19.700 muertes en 1995, y 31.600 muertes intencionales en 2001.

Por otra parte, los casos de «terminación de la vida sin petición» del paciente ha permanecido prácticamente invariable en los diferentes informes, unos 1.000 pacientes. El control social es también prácticamente nulo, pues los médicos no los notifican. Para el Secretario de la Real Asociación Médica de Holanda, este número es un índice de que la práctica eutanásica está todavía bajo el control de los médicos²¹. Sin embargo, que alrededor de 1.000 enfermos mueran cada año de esta forma es inaceptable también para muchos partidarios de la legalización de la eutanasia (y no se incluyen otros tipos de eutanasia sin solicitud del paciente).

En relación a la «eutanasia neonatal», el control social es prácticamente nulo en estos casos, ya que los médicos no los denuncian. Se ha notificado una media de 3 casos anuales entre 1996 y 2001; sin embargo, en 2001, a unos 100 bebés de los 1088 niños que murieron con menos de un año, los médicos les suministraron fármacos para acelerar la muerte²².

21 Cfr. R. Dillmann, *Euthanasia in the Netherlands: transparency and Accountability*, en *Acta Neurochirurgica* 74 (1999) 78-79.

22 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie...*, p. 121. Como se ha dicho, la legislación holandesa prevé la eutanasia de menores de edad; los niños que sufren enfermedades crónicas sin esperanza de curación pueden solicitar la muerte a partir de los 12 años. Entre los

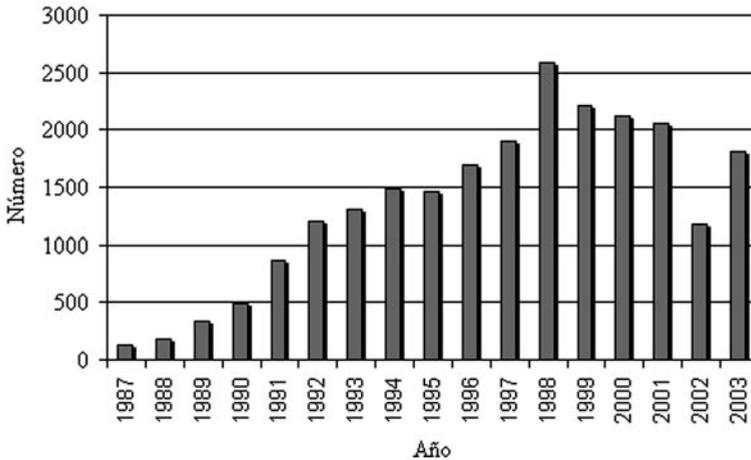
En relación a la «sedación terminal», el informe pretende combinar la suministración de medios para provocar la sedación profunda o coma y la omisión de la hidratación y la nutrición. En 8.400 casos ha sido aplicada la sedación, y en 5.500 no se ha suministrado ni alimento ni líquidos. En el 46% de los casos de sedación el fin era doble: aliviar los síntomas y acelerar la muerte, mientras que en el 54% acelerar la muerte era el fin principal²³. Todo esto, aunque la cesación de la vida sea más lenta, es un acto intencional de eutanasia.

También señalar que, según los informes, el motivo principal por el que se solicita la eutanasia está relacionado con una grave enfermedad física, que sea origen de un «sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejoría», o «para evitar la pérdida de dignidad» y «evitar un sufrimiento ulterior», siendo poco frecuente

12 y los 16 años, es necesaria la autorización de los padres; entre los 12 y los 16 sólo debe informar a sus allegados. Pero la realidad en Holanda ha superado ya esta normativa. Se calcula que entre 20 y 100 bebés son eutanasiados cada año. Así, la *Academisch Ziekenhuis de Groningen* ha realizado un protocolo con la Justicia para acortar la vida de los pacientes que no lleguen a los 12 años de edad. En la práctica lo que ocurre es que casi todas las eutanasias de niños se realizan en bebés que tienen malformaciones congénitas o una grave minusvalía. La Secretaria de Estado de Salud, Clémence Ross, ha afirmado que no le parece necesario realizar una modificación legal para estos casos, y que prefiere que se establezca un código de conducta concertado con los médicos (cfr. A. Hovine, *L'euthanasie, aussi pour les enfants?*, en el diario «*La libre Belgique*», 7-IX-2004, p. 8).

23 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie...*, pp. 75, 76, 83.

Gráfico 1. Número de notificaciones de eutanasia declaradas por los médicos en Holanda.



que se practique la eutanasia a petición a causa de una patología psiquiátrica, o por «estar cansado de vivir»²⁴. En relación con los «cuidados paliativos»²⁵ el informe señala que la mitad de los médicos en-

cuestados no pueden juzgar su eficacia para prevenir las peticiones de eutanasia, pues no tienen un conocimiento suficiente sobre ellos, y que en Holanda la calidad Medicina paliativa deja aún mucho que desear²⁶. Sin duda una oferta insuficiente de cuidados paliativos puede hacer que el paciente perciba prontamente el dolor como insoportable; sin embargo, el síntoma dolor sólo es el motivo de la solicitud en el 29% de los casos²⁷.

Con relación a las «notificaciones» de las eutanasias hechas por los facultativos, podemos ver su evolución en la Gráfica

24 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie...*, pp. 46-47. Aunque en la práctica «estar cansado de vivir» constituye un motivo para pedir la eutanasia, esto se verifica en pocas ocasiones pero ha sido un tema muy discutido en los medios de comunicación holandeses, a raíz de la causa legal que se abrió contra un médico de familia que en abril de 1998 ayudó a suicidarse al ex-político Brongersma porque estaba cansado de la vida. Según el estudio de 2001, el 29% de los médicos considera aceptable este motivo para ayudar a suicidarse a una persona.

25 En Holanda los cuidados paliativos han comenzado a instaurarse tardíamente, en la segunda mitad de los años 90, a diferencia de lo que ha ocurrido en otros países europeos. Cfr. H. ten Have, R. Jansens, *Palliative care in Europa. Concepts and policies*, ed. Ios Press, Oxford 2001.

26 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie...*, p. 99.

27 G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen y cols., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie...*, pp. 50-51.

1. En 1990 hubo 486 notificaciones; en 1995, hubo 1466, y en 2001 se notificaron 2054. Aunque haya habido un aumento del número de notificaciones de eutanasia por parte de los médicos, se ha confirmado en los diferentes estudios que sólo una minoría de los médicos rellena el cuestionario, y los pocos que lo rellenan no siempre lo hacen, sino que a veces lo notifican y otras no²⁸.

El procedimiento de notificación ha sufrido varias modificaciones. Hasta 1998 se tramitaba a través del patólogo comunal, y a partir de esa fecha, la eutanasia y el suicidio asistido son notificados por el médico a la «Comisión regional de control sobre la eutanasia»; este procedimiento ha sido mantenido en la nueva ley, que entró en vigor en 2002²⁹. Ello puede haber influido en el número de casos de eutanasia y de suicidio asistido notificados. Como puede verse en la Gráfica 1, han aumentado hasta 1998, tendiendo después a disminuir hasta el 2000. La intención del procedimiento de notificación era inducir a los médicos a comunicar más frecuentemente los casos de eutanasia para hacer así más transparente esta práctica, pero

por los resultados obtenidos vemos que no se ha producido este cambio. En 2001 los médicos evitaban el control jurídico en la mitad de los casos, y en 2003 se ha revelado que para no tener que notificar los casos de eutanasia, los médicos acudían a la denominada «sedación terminal», utilizada frecuentemente con la intención de acabar con la vida³⁰. Es desconcertante para algunos que muchos médicos no observen las normas legales sobre la cesación de la vida³¹, sin embargo es obvio que el «procedimiento» no ha logrado conseguir un mínimo de control sobre la práctica de la eutanasia.

3. El caso holandés en la PR

Teniendo en cuenta el camino jurídico de la legislación holandesa que vimos en el primer apartado y los resultados de los estudios realizados en Holanda sobre la práctica eutanásica, analizados en el segundo apartado, vamos a intentar verificar ahora el fenómeno de la PR en el caso de Holanda.

28 Por ejemplo esto ocurría en el informe de 1995 con el 52% de los médicos, especialmente entre los de mayor edad, y aquellos que realizan la eutanasia o asisten al suicidio con más frecuencia (cuatro veces o más por año). Además, el informe confirma que los requisitos legales se violan con mayor frecuencia precisamente cuando no se hace la notificación, y así se evitan los inconvenientes de una investigación por parte de las autoridades. Cfr. G. van der Wal, P.J. van der Maas, *Euthanasie...*, pp. 113-115.

29 *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 2001, n.194.

30 Cfr. W.J. Eijk, *Il Rapporto 2001/2002 sulla prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi: considerazioni critiche*, en «*Medicina e Morale*» 6 (2003) 1145.

31 El 5-VI-2004 el *British Medical Journal* informaba de la inquietud expresada por la ministra de sanidad holandesa, Clémence Ross porque los doctores no están cumpliendo la obligación legal de informar de los casos de eutanasia. Sus declaraciones, señala el artículo, tienen lugar después de que las cifras de 2003 mostraran una bajada, por cuarto año consecutivo, hasta los 1.815, en el número de casos de eutanasia comunicados. Cfr. T. Sheldon, *Dutch reporting of euthanasia cases falls-despite legal reporting requirements*, en '*British Medical Journal*' 328 (2004) 1336.

Recordamos que el argumento de la PR sostiene que si damos el primer paso Ha, se producirán los pasos B, C y D. En su aplicación al caso de la legalización de la eutanasia utilizaremos el esquema propuesto por Ortega³², que resumimos a continuación:

A: ley que autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos: 1º plena voluntariedad, 2º condición de enfermo terminal, 3º padecer dolores insoportables.
B: se permite la eutanasia no voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales).
C: se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar.
D: se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

Analizamos brevemente a continuación cómo se han cumplido los requisitos previstos por las normativas legales y se ha producido el deslizamiento por la PR.

32 Cfr. I. Ortega, La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?, en «Annales Theologici» 17 (2003) 107-112.

Nivel A

1^{er} requisito: «plena voluntariedad»

El primer requisito que hay que examinar para verificar la existencia de la PR es si existe o no una voluntariedad plena en el enfermo que solicita la eutanasia. Al estudiar el caso holandés se aprecia que, tanto las Cortes judiciales como la Real Sociedad Médica, en casos de pacientes que sufren depresión, demencia u otra enfermedad psíquica, aceptan que se les practique la eutanasia; aun reconociendo que la capacidad de juicio del enfermo está comprometida, consideran «cruel» aplicar los requisitos legales de forma estricta. Lo mismo ocurre con recién nacidos minusválidos o pacientes en coma, que claramente no pueden expresar su voluntad: para acabar con sus vidas basta que el doctor y/o la familia opinen que el sufrimiento es insoportable y pongan en duda la eficacia de los tratamientos³³.

Por otro lado, la Corte Suprema nunca ha definido el significado de «petición completamente libre y voluntaria». Quizás por este motivo es frecuente encontrar en la bibliografía acusaciones a médicos que intentan coaccionar a sus pacientes,

33 Cfr. CAL (Comisión para las acciones de terminación de la vida) KNMG, Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel III Ernstig demente Patiënten (Discusión sobre las acciones de terminación de la vida de pacientes incapacitados mentales. Cap. III. Pacientes con demencia grave), Utrecht 1993, pp. 40-50; Idem., Medical Treatment around the End of Life of Patients Who Cannot Form their Will, Utrecht 1997.

mujeres a sus maridos, hijos a sus padres, etc. Además, los medios de comunicación han hecho publicidad a favor de la eutanasia desde hace más de tres décadas, describiéndola como un acto valeroso, sabio y progresista, lo mejor que se puede hacer por la familia, por la sociedad y por uno mismo³⁴. Por eso, hay pacientes que se sienten desprotegidos, ancianos que se niegan a ser internados en hospitales o a tomar las medicinas, minusválidos que se sienten amenazados³⁵.

Existen pruebas razonables provenientes de diversas investigaciones que denuncian una extensión progresiva de la eutanasia no voluntaria e involuntaria; basta pensar en el Informe Rimmelink o

en el Segundo Informe, en el millar de eutanasias causadas sin ninguna petición del paciente.

No es fácil calcular con precisión la extensión de la eutanasia no voluntaria e involuntaria, aunque diferentes estudios coinciden en afirmar que es mayor el número de las muertes «sin petición expresa». Entre las causas se señalan tanto el deseo del médico de acabar con casos de sufrimiento extremo, convencido de que actúa en beneficio del paciente, como el considerar que hay vidas carentes de valor que no merecen la pena ser vividas, por la falta de calidad de vida.

2º requisito: «condición de enfermo terminal»

34 Cfr. R. Fenigsen, A Case Against Dutch Euthanasia, en «Hastings Center Report» suppl. (1989) 22-30; J. Keown, Some reflections on the law relating to euthanasia in England and the Netherlands, IX World Congress on Medical Law, Gante 1991, Proceedings, pp. 439-445.

35 Cfr. T.M. Schalken, Nederlands Juristenblad 1984, p.38; Asociación Holandesa de Pacientes, en «Medicus» 93 (1985) 3; M. Wagner, Stervenshulp: wensen van patiënten, en «Medisch Contact» 49 (1984) 1569-1571; V. Van der Does, Een Magna Charta voor de verdedigers van het menselijk leven, en «Vita Humana» 11 (1984) 3-5; R. Fenigsen, Euthanasie: een weldaad?, ed. Van Loghum Slaterus, Deventer 1987. Un grupo de minusválidos de Amersfoort envió una carta a los Comités parlamentarios de Sanidad y Justicia, mientras se estaba debatiendo en las Cámaras la legislación sobre la eutanasia, en la que entre otras cosas declaraba: «Sentimos que nuestras vidas están amenazadas, nos damos cuenta que suponemos un gasto muy grande para la comunidad, y mucha gente piensa que somos inútiles. Nos damos cuenta de que a menudo se nos intenta convencer para que deseemos la muerte, por lo que nos resulta peligroso y aterrador pensar que la nueva legislación médica pueda incluir la eutanasia» (en «Nederlands Dagblad», 1-IV-1988).

El segundo requisito, la condición de enfermo terminal, no es exigido por los tribunales desde el caso Chabot, y ni siquiera la Real Sociedad de Médicos la considera importante. Ya durante el debate parlamentario, temiendo un descenso por la PR, el senador holandés Egbert Schuurman, había predicho el peligro de que «los defensores de la eutanasia irán añadiendo nuevos criterios, por ejemplo “estar cansado de vivir”»³⁶. Efectivamente, nada más acabar el debate, el propio Ministro de Sanidad Els Borst, en una entrevista, se mostró partidario de la así llamada píldora de suicidio (*Drion-pill*) para aquellas personas mayores que estuvieran cansadas de vivir³⁷. Otro ejemplo

36 Cfr. Eerste Kamer, 9-IV-2001, n. 26, p. 1223.

37 Entrevista al ministro Els Borst. NRC Handelsblad, 14-IV-2001.

es el del Dr. Sutorius; el Tribunal Supremo holandés mantuvo la culpabilidad de este médico por ayudar a morir a un hombre anciano, que «estaba cansado de vivir». Sutorius dio al antiguo miembro del Senado, Edwar Brongersma, de 86 años, un cocktail letal de medicamentos, que el paciente se administró a sí mismo. Brongersma gozaba de buena condición física. Un tribunal de inferior categoría dictaminó inicialmente que el doctor no era culpable de violar las directrices holandesas que regulan la práctica de la eutanasia. Más tarde, un tribunal de apelación dictaminó a favor del procesamiento, una decisión mantenida por la Corte Suprema³⁸.

3^{er} requisito: «padecer dolores insopportables»

El último requisito ya hemos estudiado cómo se verifica; es indiferente que el dolor sea somático o psíquico, y se aplica la eutanasia a personas que la solicitan por otros motivos diferentes al sufrimiento.

La falta de evolución de la Medicina paliativa en Holanda es uno de los efectos previstos en el argumento de la PR que se ha cumplido con más claridad³⁹. Cuando en 1993 se reglamentó la eutanasia, los cuidados paliativos en Holanda apenas estaban desarrollados,

como ya mencionamos; el Gobierno parecía más preocupado por el debate de la eutanasia que por buscar alternativas eficaces. Es difícil comprender cómo el Ministro de Justicia pudo afirmar en ese momento que «realmente no había otras alternativas»⁴⁰. El Ministro de Sanidad del siguiente gobierno (del que no formaron parte los democristianos), en una carta enviada al Parlamento en 1996 reconoció una gran carencia de profesionales de asistencia paliativa, falta de coordinación y descuido de los programas de formación en este sector de la Medicina⁴¹. Hasta el verano de 1997 no se produce una inversión económica sustancial del Gobierno para mejorar el desarrollo de los cuidados paliativos, buscando aumentar la competencia, la instrucción y la organización.

Actualmente el concepto de cuidados paliativos está aún en su infancia⁴²; la causa de este retraso se atribuye a la eutanasia —desde el exterior de Holanda, y recientemente también en el interior—, que se ha convertido en una opción sustitutiva de estos cuidados, una opción rápida, barata y definitiva del problema

40 Cfr. M. Hirsch Ballin, *Il reato di eutanasia...*, pp. 53-58.

41 Minister Borst, *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over palliative zorg in de terminale fase*, Ministerie VWS, Den Haag 18-IV-1996; cfr. Z. Zylis, *Hospice in Holland. The story behind tite blank spot*, en «*The American Journal of Hospice and Palliative Care*» 4 (1993) 30-34; R. Bruntik, *Het ene hospice is het andere niet*, en «*Pallium*» 1 (1999) 7-10.

42 Cfr. J.P. Janssens, A.M. ten Have, Z. Zylcz, *Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view*, en «*Journal of Medical Ethics*» 25 (1999) 410.

38 Según citaba la BBC el 24-XII-2003 (cfr. *Zenit.org*, 1-II-2003).

39 Cfr. R. Janssens, H. Ten Have, *Le cure palliative in Olanda*, en «*Bioetica e Cultura*» 13 (1999) 23-31.

del sufrimiento, impidiendo el desarrollo de alternativas⁴³.

Nivel B

Como señala Ortega⁴⁴, de la evolución de la eutanasia en Holanda se deduce que se ha producido un fuerte descenso por la PR al nivel B (ausencia de voluntariedad): se ha permitido la eliminación de pacientes incapaces (con depresión, dementes, enfermos psíquicos, recién nacidos minusválidos o pacientes en coma); no se han desarrollado mecanismos que puedan evitar las presiones (médicas, familiares o sociales), y existe una práctica extendida de eutanasia involuntaria que ha provocado desconfianza y deterioro de la convivencia.

Nivel C

El nivel C, que admite varios grados de profundidad creciente, lo han alcanzado todos ellos: el primero, el más superficial, cuando se ha permitido la

eliminación de enfermos incurables pero que no se encontraban todavía en estado terminal; el segundo, con la eutanasia de los que no están en situación irreversible; y el tercero, con la supresión de pacientes con enfermedades que se pueden curar. Puede afirmarse que se ha descendido hasta el nivel más profundo.

Nivel D

En el descenso al nivel D se ha llegado a una «profundidad» considerable; de permitir la eutanasia a personas que padecían dolores intratables, se ha pasado a las personas con sufrimientos psíquicos, y de aquí a los que en realidad no experimentaban dolor, sino que tenían otros motivos para acabar con sus vidas. Además, la práctica de la eutanasia ha provocado en Holanda un considerable retraso en la aplicación de los cuidados paliativos, con relación a sus vecinos europeos.

Pero el argumento de la PR no se limita a pronosticar que una vez dado el paso A y aceptada la eutanasia en unos pocos casos límites, se producirán B, C y D. También sostiene que las medidas preventivas que intenten impedir este fenómeno 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.

En Holanda, esta previsión se ha cumplido: los tribunales han eliminado varios de los límites considerados como «medidas estrictas de seguridad» introducidas por el Gobierno en 1993. El Gobierno no ha conseguido controlar la práctica, pues

43 Cfr. K.M Foley, Pain, physician-assisted suicide and euthanasia, en «Pain Forum» 4 (1995) 163-178. Como declara Willem Budde, uno de los médicos de cabecera que forma parte de la CAL del KNMG, «la Medicina paliativa se ha puesto en marcha en Holanda con cierto retraso. La habíamos frenado, ¿por qué no reconocerlo? Teníamos que haber empezado antes. Es una lástima no haber tenido conocimientos para aliviar los síntomas y para ofrecer apoyo psicosocial al paciente terminal y a sus familias (...) por haber centrado la atención en la eutanasia, no habíamos considerado otras alternativas» Cfr. NRC Handelsblad, 22-XI-2001.

44 Cfr. I. Ortega, La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?, en «Annales Theologici» 17 (2003) 77-124.

la mayoría de los médicos no «notifican» los casos de eutanasia (es irreal pretender que el médico se autodenuncie cuando no ha cumplido con las condiciones establecidas), y es incapaz de verificar que se cumplen el resto de las medidas preventivas. Por su parte, los tribunales, a juzgar por el escaso número de procesos y la cantidad irrisoria de condenas, no parecen demostrar capacidad o interés en perseguir a los infractores de la ley.

En Holanda el descenso por la PR ha sido muy fuerte; las autoridades no han podido controlar la práctica de la eutanasia ni a los trasgresores de la ley; las precauciones establecidas legalmente han desaparecido en parte y la ley ha terminado permitiendo nuevos casos distintos de los iniciales.

También otros autores, como Jochemsen y Keown⁴⁵, a la vista de los datos empíricos holandeses, confirman que «el paso A» (permisividad legal de la eutanasia voluntaria bajo ciertos requisitos) ha dado origen en Holanda a un fuerte descenso por la PR en la eutanasia. Señalan que el informe de 1990 ha manifestado el fracaso de las «salvaguardas estrictas» establecidas en 1984 por los tribunales y la Real Asociación Médica holandesa, y que no se han cumplido las garantías esenciales ofrecidas por los partidarios de la eutanasia voluntaria⁴⁶. Estos autores

señalan también que los datos del segundo informe de 1995 confirman de nuevo el descenso por la PR, y muestran que la mayoría de los casos de eutanasia, tanto con petición como sin ella, quedan sin informar y sin comprobar⁴⁷.

Los proponentes holandeses de la eutanasia voluntaria aseguraban que su tolerancia, sujeta a «salvaguardas», permitiría a la eutanasia quedar «expuesta a la luz pública» y ser controlada con efectividad. Sin embargo, ante el hecho indiscutible de que la mayoría de las veces no existe siquiera oportunidad de examinar los casos oficialmente, las afirmaciones holandesas de regulación efectiva son palabras vanas: la eutanasia en Holanda se está deslizando por la PR⁴⁸. También en el tercer informe

que pusieran fin a la vida sin dicha petición serían procesados por asesinato; que la eutanasia sería únicamente utilizada en casos de «último extremo» y no como alternativa de los cuidados paliativos, y que los casos serían comunicados abiertamente y debidamente examinados.

47 Sin embargo, un autor norteamericano, Angell, observa que la semejanza entre los hallazgos respecto a 1990 y 1995 demuestra que los holandeses no están, aparentemente, descendiendo por la PR. Pensamos que no tiene en cuenta la evidencia de que ya en 1990 se demuestra la PR y que en 1995 los datos lo confirma de nuevo. Cfr. M. Angell, *Euthanasia in the Netherlands – good news or bad?*, en «*New England Journal of Medicine*» 335 (1996) 1677.

48 Cfr. C. Gómez, *Regulating death*, ed. Free Press, New York 1991; H. Jochemsen, *Euthanasia in the Netherlands: an ethical critique of the new law*, en «*Journal of Medical Ethics*» 20 (1994) 212; J. Keown, *Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope?*, en J. Keown, *Euthanasia examined*, ed. Cambridge University Press, Cambridge 1995; H. Hending, *Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure*, ed. W. Norton, New York 1997.

45 Son dos conocidos autores holandeses. Cfr. H. Jochemsen, J. Keown, *Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands*, en «*Journal of Medical Ethics*» 25 (1999) 16-21.

46 Que la eutanasia sólo sería practicada a petición expresa del paciente y que los médicos

de 2001 hemos visto cómo han continuado aumentando las muertes intencionales en el contexto sanitario holandés.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar que en el caso holandés

se comprueba la versión empírica del argumento de la PR.

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