

ETIENNE MONTERO

CITA CON LA MUERTE

10 AÑOS DE EUTANASIA LEGAL
EN BÉLGICA



RIALP

ETIENNE MONTERO

CITA CON LA MUERTE

Diez años de eutanasia
legal en Bélgica

EDICIONES RIALP, S. A.
MADRID

Índice

[Cubierta](#)

[Portadilla](#)

[Índice](#)

[Prólogo](#)

[I. Iniciativas médicas en el final de la vida](#)

[II. ¿Es eficaz el control de la eutanasia?](#)

[III. El control de la práctica de la eutanasia](#)

[IV. ¿Cabe observar en Bélgica un fenómeno de «pendiente resbaladiza»?](#)

[V. El impacto de la legalización sobre los cuidados paliativos](#)

[VI. El impacto de la legalización sobre la confianza en los médicos](#)

[VII. La dimensión sociopolítica de la eutanasia](#)

[Epílogo](#)

[Selección de referencias bibliográficas](#)

[Créditos](#)

PRÓLOGO

Viernes noche en un hospital.

Los médicos de guardia son informados de que una de sus pacientes está a punto de fallecer. Lleva varios días en coma, a causa de una insuficiencia hepática. Su marido ha manifestado el deseo de cumplir con la última voluntad de la paciente: morir en su propia casa.

Presintiendo el final, los médicos de guardia le indican que ha llegado el momento de trasladar a la paciente a su domicilio. La ambulancia está preparada.

Ante esa premura, el marido se opone, desconcertado e incluso contrariado: trasladarla esa noche implica hacerse cargo de ella hasta el lunes por la mañana, día de la cita con el médico de cabecera que practicará la eutanasia.

Por eso, solicita a los médicos que la mantengan con vida en el hospital durante el fin de semana...

A pesar de todo, la paciente morirá de forma serena, en el hospital, la noche del sábado.

La vida que termina suscita preguntas delicadas, en ocasiones dolorosas, que no se conforman con respuestas simplistas. Ponen a prueba nuestro sentido de la solidaridad y nuestro ingenio a la hora de buscar vías y medios para expresar, a través de gestos dignos, la auténtica compasión. En los albores del siglo XXI, la eutanasia se ha impuesto en algunos países como una solución éticamente aceptable para poner fin a situaciones de gran sufrimiento. Uno tras otro, Holanda (2001), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2009) han despenalizado esta práctica. Actualmente, ningún otro país del mundo se ha lanzado por esta vía.

La eutanasia continúa siendo origen de discusiones no solo en los países del Benelux, sino también en muchos otros Estados a los que se les presenta la tentación de dar ese paso. Nada más natural que volver la mirada hacia aquellos países que han vivido ya la experiencia.

Son incontables las publicaciones consagradas a este grave y difícil asunto. Multitud de libros, artículos especializados, comisiones de expertos, emisiones televisadas... en los que emergen argumentos a favor o en contra de la eutanasia. Todo parece dicho ya y no es mi intención repetir los argumentos —sobradamente conocidos— del debate. Mi propósito es muy distinto: elaborar un balance crítico de los diez años de eutanasia legal

en Bélgica con el objetivo de descubrir la eutanasia en acción, es decir, tal como se practica y se vive en un país en el que ya ha sido despenalizada.

Al acercarnos al décimo aniversario de la ley belga sobre la eutanasia, han proliferado artículos en la prensa para celebrar el acontecimiento. La mayoría de los columnistas se felicitaban por la adopción de la ley y por su correcta aplicación, haciendo un balance muy positivo: las estrictas condiciones legales se han respetado escrupulosamente; ninguna deriva; ninguna pendiente resbaladiza[1]. Y ahora hay voces que reclaman una mayor flexibilidad en las condiciones de la ley o la ampliación de su campo de aplicación, en particular a los menores y dementes. A modo de ejemplo:

«Final de la vida. La ley se aplica correctamente»[2].

«Cero. Es el número de irregularidades que la Comisión [de control] ha transmitido a la justicia en 2011. Traducción: los médicos que declaran una eutanasia respetan la ley y sus estrictas condiciones»[3].

«La experiencia belga demuestra que no hay pendiente ni nada resbala»[4].

Podríamos multiplicar los ejemplos.

El optimismo sin matices de estas afirmaciones es sospechoso. Invita a mirar más allá de los discursos e informes oficiales, lejos del lenguaje de unos medios de comunicación ampliamente ganados a la causa de la eutanasia. ¿No es la vocación primera del universitario la de ejercer una vigilancia crítica? Tras diez años de legalización de la eutanasia en Bélgica, ¿no habrá llegado la hora de hacer una evaluación honrada y sin prejuicios, prescindiendo de opiniones cargadas de ideología o carentes de rigor, o incluso en abierta contradicción con la realidad...?

En la medida de lo posible, adoptaré en mi análisis el punto de vista del observador objetivo, apoyándome en textos, hechos y datos verificados, antes que en teorías y sondeos de opinión.

No cabe duda de que existen numerosos médicos y ciudadanos favorables a la práctica de la eutanasia. Es igualmente cierto que hay pacientes que piden la eutanasia de forma voluntaria, reflexiva y lúcida, y que sus familiares se felicitan por las condiciones en las que esta se ha realizado. Para convencerse, basta con ir a la web de la «Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité» (Asociación por el Derecho a Morir Dignamente), donde figuran numerosos testimonios de personas satisfechas. Otras publicaciones aglutinan relatos narrados con gran carga emotiva[5].

Sin embargo, ¿podemos sostener legítimamente que la práctica de la eutanasia está rigurosamente controlada y que se respetan sus requisitos legales, como señalan con gran satisfacción algunos expertos? ¿Podemos afirmar con objetividad que no se ha producido en Bélgica ningún efecto de «pendiente resbaladiza»? ¿Es correcto hablar del «modelo belga de cuidados paliativos integrales», pretendiendo que la eutanasia forme parte de esos cuidados? ¿Podemos afirmar con certeza que su despenalización no ha alterado en absoluto la confianza en los médicos?

Para responder a estas cuestiones, me basaré en gran medida en los informes oficiales de la *Comisión federal de control y evaluación de la aplicación de la ley relativa a la*

eutanasia (en adelante, Comisión de control). Los examinaré no solo a la luz de los abundantes trabajos preparatorios de la ley sobre la eutanasia, que permiten descubrir la intención del legislador, sino también contrastándolos con otras informaciones pertinentes (datos empíricos, publicaciones, encuestas, testimonios...) que no figuran en los documentos de registro sometidos a la Comisión de control. En efecto, no olvidemos que el control efectuado por dicha Comisión se apoya exclusivamente en los formularios cumplimentados por los mismos médicos que han practicado una eutanasia. Respecto a los testimonios recogidos, se utilizarán cuidadosa y selectivamente para ilustrar, no para demostrar.

[1] La expresión francesa «*pente glissante*», codificada en los ámbitos jurídico y bioético, se ha traducido por «pendiente resbaladiza» (*slippery slope*), que es la forma habitual en la que aparece en castellano dentro del lenguaje de la bioética. *N. del T.*

[2] *Le Soir*, 23 de agosto de 2011.

[3] *Le Soir*, 9 de mayo de 2012.

[4] Dr. D. Lossignol, «Soins palliatifs et euthanasie : la fin du conflit», *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, n° 14, 2012, p. 23.

[5] Cf. Equipo de apoyo de la Red hospitalaria de Anvers - campus Middelheim, *Face à la mort - Récits d'euthanasies*, análisis de R. Pinksten, traducción del neerlandés de J.-M. Degueldre, prefacio de J. Herremans y prólogo de W. Distelmans, postfacio de R. Mathys, Bruxelles, éd. Aden, 2008 ; «Récits croisés d'euthanasie», *Le Soir*, 14 avril 2008, pp. 1-3 ; J. De Ceulaer, «Drie dagen voor haar dood: gesprek met een theurapeute die patiënte werd», *De Standaard*, 14 avril 2012, p. 44 et pp. 46-49.

I. INICIATIVAS MÉDICAS EN EL FINAL DE LA VIDA

Nombrar mal las cosas es añadir desgracia en el mundo.

ALBERT CAMUS[6]

Aunque las publicaciones especializadas sobre el final de la vida sean muchas, suelen quedar confinadas en reducidos cenáculos. Mientras tanto, la opinión pública sigue navegando entre malentendidos y aproximaciones, y con frecuencia el rigor de la reflexión se difumina ante las pasiones, los fantasmas y los pavores que rodean a la muerte. Incluso entre el personal sanitario existe quien no domina bien los múltiples aspectos que entran en juego en la gestión del final de la vida. No es, pues, inútil presentar brevemente la multitud de posibles decisiones médicas en el momento en que llega la muerte. El lector experimentado, si lo desea, puede pasar ya al capítulo siguiente.

Por eutanasia suele entenderse toda acción u omisión que por sí misma y de manera intencionada provoca la muerte de un enfermo para librarlo de sus sufrimientos. La *acción eutanásica* consiste en la administración, por vía oral o por inyección intravenosa, de una droga letal (barbitúricos como el Thiopental...) o de una combinación de productos tóxicos (cocktail letal), eventualmente completados con la inyección de un paralizante neuromuscular. La *omisión eutanásica* consiste en la privación de cuidados o de tratamientos útiles y proporcionados.

Tal como se entiende en la ley belga del 28 de mayo de 2002, la eutanasia designa más exactamente «el acto practicado por un tercero, que pone intencionadamente fin a la vida de una persona que así lo ha solicitado» (artículo 2)[7]. El médico que practica una eutanasia activa, mediante la administración de sustancias letales al paciente, a petición suya, no comete una infracción mientras respete las condiciones de fondo y de procedimiento previstas por la ley.

La *intención* de provocar la muerte es esencial, y distingue claramente la eutanasia de otras iniciativas médicas perfectamente legítimas, como la decisión de renunciar a tratamientos inútiles o desproporcionados, la administración apropiada de analgésicos que alivien el dolor u otros síntomas y la sedación paliativa en fase terminal. Se trata, respetando ciertas condiciones, de buenas prácticas médicas que no deben ser consideradas como eutanasia. Es, por lo tanto, erróneo el uso ocasional de la expresión «eutanasia pasiva» para calificar el rechazo al encarnizamiento terapéutico (omisión o suspensión de un tratamiento desproporcionado), así como el de «eutanasia indirecta» para referirse al alivio (adecuado) del dolor que podría tener como efecto no deseado una

anticipación del momento de la muerte. Estas desafortunadas expresiones alimentan una confusión muy perjudicial para la reflexión sobre el final de la vida.

Aún hoy, estas distinciones, pese a su enorme claridad, suelen ser desconocidas por el público, incluso por cierto personal sanitario. Me viene a la memoria un debate que tuvo lugar entre un médico y yo, hace unos doce años, ante un auditorio de estudiantes universitarios. Mi contendiente insistía en que, en la práctica, no cabía distinción entre omitir o detener el tratamiento de un paciente en fase terminal y el gesto eutanásico. Daba la clara impresión de haberse visto obligado habitualmente a practicar la eutanasia, y esa es sin duda la idea que los estudiantes retuvieron de su intervención. Su voluntad de convencer a su joven auditorio sobre la oportunidad de despenalizar la eutanasia influía en su forma de explicarla. Una vez terminado el debate, mientras le acompañaba al coche, le señalé que varios estudiantes, entre la admiración y la compasión, me habían confiado lo penoso que debía ser practicar con tanta frecuencia la eutanasia. Asombrado por la falsa impresión que había producido, me confesó haber practicado una única eutanasia durante su larga carrera. En realidad, discernía muy claramente su único (grave) gesto eutanásico, ejecutado con la intención de provocar la muerte, de otras decisiones, habituales, sobre interrupción de tratamientos.

No quiere esto decir que todas las decisiones médicas relativas al final de la vida sean fáciles de tomar. Aunque se haya afinado mucho en su elaboración, siempre existe una distancia entre los principios y la complejidad de los casos particulares. Esto es evidente. Pero también es cierto que ignorar las necesarias distinciones conceptuales falsea el debate sobre la eutanasia. De hecho, ya sea por ignorancia o por interés, sigue reinando cierta confusión. No es más que esto: confusión, que es ausencia de claridad, madeja de nociones imprecisas, vaguedad intelectual que difumina las fronteras... Parece poco democrático aprovecharse de esta confusión para justificar una ley de la eutanasia.

EL RECHAZO DEL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Se entiende por encarnizamiento terapéutico el combate exageradamente obstinado contra una muerte inevitable. Una sana tenacidad en la lucha contra la enfermedad merece toda la alabanza. Pero se convierte en criticable cuando conlleva la administración de tratamientos desproporcionados, es decir, aquellos cuyo beneficio esperado no está en consonancia con los inconvenientes que conlleva. Pensamos, por ejemplo, en un tratamiento agresivo (quimioterapia o radioterapia) para personas muy mayores con cáncer incurable, que reaccionan mal al tratamiento y sufren diversas complicaciones. Desconectar el respirador que mantiene vivo a un paciente terminal puede parecer también un rechazo legítimo a una obstinación irracional. La respiración asistida suele considerarse un medio desproporcionado, incluso aunque en el momento decisivo todo dependa de las circunstancias (la situación médica del paciente, su evolución pasada y previsible...).

Hubo un tiempo en que los médicos, formados para curar, se resistían a admitir su

impotencia ante una muerte segura. La tentación del encarnizamiento terapéutico es el reverso de los extraordinarios progresos que ha experimentado la medicina, especialmente en el campo de la reanimación. Este lleva a una parte del cuerpo médico a desplegar medios terapéuticos no proporcionados al estado del paciente y que alteran la calidad del final de la vida, sin estar justificados por una esperanza seria de curación o de mejora. El encarnizamiento terapéutico aparece así como un rechazo de los límites del arte de curar y de los propios de la condición humana.

Afortunadamente, hoy en día hay unanimidad ante los abusos del encarnizamiento terapéutico. Tras haber agotado —en conciencia— todos los recursos razonables del arsenal terapéutico y comprobado su inanidad, la medicina curativa, que tiene como objetivo sanar, acepta dar paso entonces a la medicina paliativa, que privilegia la calidad de vida del paciente.

Llega un momento en que la obstinación por querer alejar una muerte inevitable, con un despliegue de aparatos y tratamientos tan inútiles como forzados y dolorosos, carece de sentido. Ahora bien, ni la deontología médica ni la moral han obligado nunca al médico a comenzar o prolongar un tratamiento inútil o desproporcionado. Por su parte, el derecho no solamente no lo impone, sino que lo prohíbe, habida cuenta de que todo acto médico debe estar justificado por una motivación terapéutica. Prescindir de un tratamiento inútil o desproporcionado entra en el marco de la misión general de la medicina, que debe prodigar cuidados minuciosos y conformes con los datos de la ciencia, ni más ni menos. Si, tras haber hecho todo lo razonable, el médico comprueba que el estado del paciente no ofrece esperanza de curación, debe renunciar a un tratamiento que no presenta ya ninguna utilidad terapéutica, *a fortiori*, si así es la voluntad del paciente^[8]. Esta sabia decisión no debe confundirse con la eutanasia. Se trata, en definitiva, de aceptar la condición humana, mortal, y dejar paso al proceso natural que conduce a la muerte.

Existe una clara diferencia entre «dejar morir» (rechazando el encarnizamiento médico) y «hacer morir» (con una actuación eutanásica). En efecto, una cosa es ayudar a un paciente a morir dignamente, renunciando a un tratamiento ya inútil o desproporcionado y otra cosa es provocar deliberadamente su muerte. La causa de la muerte difiere en ambas hipótesis. Cuando un médico decide no continuar o detener un tratamiento desproporcionado, el paciente morirá como consecuencia de la enfermedad que sufría. En cambio, cuando se administra al paciente una sustancia letal, esta es la causa de su muerte.

También hay una diferencia importante en la intención: en el primer caso se quiere ahorrar al paciente sufrimientos inútiles, sin intención de anticipar la muerte; en el segundo, la intención es provocarle la muerte para poner fin a su sufrimiento.

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y DE LOS DEMÁS SÍNTOMAS

El papel del médico no consiste solo en restablecer la salud y en salvar vidas, sino

también en aliviar el dolor. La ley belga relativa a los derechos del paciente prevé expresamente que «toda persona debe recibir, por parte de los profesionales de la salud, los cuidados más apropiados para prevenir, escuchar, evaluar, tener en cuenta, tratar y aliviar el dolor»[9]. El personal sanitario tiene el deber de administrar los analgésicos que sean necesarios para aliviar el dolor, aun en el hipotético caso de que pudieran abreviar la vida del paciente, como un efecto indirecto y no buscado como tal. De todos modos, hay recientes estudios que confirman que los fármacos opiáceos —como la morfina y otros— no acortan la vida del paciente si se utilizan bien (con las dosis proporcionadas a la naturaleza e intensidad del síntoma)[10].

La teoría del doble efecto

El médico que se dedica a combatir el dolor (u otros síntomas) puede legítimamente asumir el riesgo de acelerar la muerte, siempre y cuando respete ciertas condiciones. Está permitido realizar un acto «bueno en sí mismo» y del que se espera un «efecto positivo», pese a no poder excluir un efecto negativo, no deseado como tal. Es lo que suele llamarse el principio del acto de doble efecto. De lo contrario, nos veríamos en la imposibilidad de actuar, puesto que siempre podríamos temer que un acto legítimo tuviera algún efecto indirecto negativo.

Para que un acto de este tipo sea éticamente aceptado, tienen que darse varias condiciones. El médico ha de encontrarse ante una situación que le obligue a utilizar un tratamiento de doble efecto y le impida aplicar otro que no tenga este inconveniente. El acto realizado tiene que corresponder, en sí mismo y en la intención del médico, a una práctica médica legítima. Así ocurre con el médico que se esfuerza únicamente por aliviar el dolor y escoge en consecuencia las sustancias y las dosis apropiadas. No puede buscarse de manera directa el efecto negativo (riesgo de adelantar la muerte) como medio para obtener el efecto positivo deseado (aliviar el dolor u otro síntoma). Finalmente, ha de haber una proporción razonable entre el efecto positivo buscado y el efecto negativo tolerado, es decir, el *eventual* acortamiento de la vida. El médico administra en la práctica un producto cuya dosis está en proporción al dolor que tiene que aliviar.

Si el médico está guiado por la sola intención de aliviar el dolor del paciente y escoge los productos y las dosis adecuadas para lograrlo, su decisión de administrar, en casos extremos, fuertes dosis de morfina o de otros analgésicos, no es comparable al acto eutanásico. Este busca abreviar la vida mediante una solución apta para producir eficazmente ese efecto. Conviene señalar la diferencia —sutil, sin duda, pero indiscutible y decisiva en el plano moral y jurídico— entre quitar la vida para suprimir el dolor y combatir el dolor asumiendo el riesgo, prudente y proporcionado, de acortar la vida.

Según los especialistas, en la medicina actual casi todos los sufrimientos físicos pueden ser adecuadamente aliviados. Es rarísimo que los síntomas sean refractarios, es decir, incontrolables o rebeldes a cualquier tipo de tratamiento. Aun en estos casos

extremos es posible recurrir a la sedación paliativa. No obstante, pese a los progresos en la materia, una parte del cuerpo médico está aún mal preparada para administrar tratamientos contra el dolor y para controlar otros síntomas. No hay que excluir que, todavía hoy, determinadas peticiones de eutanasia tengan su origen en un tratamiento inadecuado del dolor.

La sedación paliativa, ¿una «eutanasia lenta»?

Cuando nos aproximamos al décimo aniversario de la ley belga sobre la eutanasia, la sedación se ha convertido en el blanco privilegiado de los partidarios de una ampliación de la ley. Diversas voces se han elevado para reivindicar un marco legal para la sedación con el pretexto de que esta práctica, corriente en el contexto de los cuidados paliativos, disimula con frecuencia una eutanasia. Sus promotores se refugiarían en la regla hipócrita del «doble efecto». Numerosos son los artículos que siembran la duda sobre la sedación[11].

El debate no es nuevo. La confusión entre sedación y eutanasia se mantiene desde hace mucho tiempo. Con ocasión de las audiciones organizadas en el marco de la elaboración de la ley sobre la eutanasia, se presionó a expertos en cuidados paliativos para que declarasen que la sedación no es sino una «eutanasia lenta»[12]. Fue en vano. De esta época, me viene también a la memoria un reportaje sobre un centro de cuidados paliativos. Su autor concluía maliciosamente: «Aquí no se practica la eutanasia. Se duerme a los pacientes». El mensaje era claro: la práctica de la sedación es una hipocresía; en realidad, se trata de una eutanasia que no quiere confesar su auténtico nombre.

A algunos partidarios de la eutanasia les irrita manifiestamente la práctica de la sedación paliativa, que consideran, sin razón, como un sustituto inconfesado de la eutanasia. En la exposición de motivos de una propuesta de ley, presentada en el Senado en 2007, podemos leer lo siguiente: «Sobre todo en el sur del país, la sedación controlada (administración de morfina hasta que sobrevenga la muerte) todavía se aplica con frecuencia para desembocar en la eutanasia (esto no se confiesa abiertamente, claro está). Cuando un médico administra drogas a un paciente, sabe que corre el riesgo de acortarle la vida, pero lo hace con una finalidad curativa. La intención no es acortar la vida del enfermo, sino la de hacerle soportable el final de esta aliviando sus sufrimientos. La muerte es la consecuencia. Llamemos a las cosas por su nombre. El resultado es el mismo»[13].

Es fácil advertir que el propósito es confuso, la cuestión está mal documentada y el análisis es muy tosco. De seguir a la autora de esta propuesta, no debería establecerse ninguna distinción entre el homicidio cometido con la intención de matar (artículo 393 del Código penal belga) y, llegado el caso, con premeditación (art. 394) y los golpes o heridas voluntarias que hayan originado una muerte no deseada (art. 401). El Código penal distingue con cautela estos actos, que se saldan con la muerte de la víctima, y les

atribuye una pena diferente, proporcionada a su gravedad. ¿Habría, pues, que abolir esas *sutiles* distinciones de nuestro Código penal, puesto que «el resultado es el mismo»? No parece serio. Ningún jurista se opone a la gradación de faltas en materia penal o civil (falta por negligencia o imprudencia, falta voluntaria, falta grave, falta intencionada...).

Con razón, tanto la ética como el derecho tienen muy en cuenta la intención del sujeto a la hora de realizar un acto. Y la sedación no es, por principio, una eutanasia. Aplicada siguiendo los modelos habituales de las mejores prácticas y en situaciones determinadas, es considerada una terapia perfectamente aceptable y ética[14].

Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, según las combinaciones y dosis requeridas, con el fin de disminuir el nivel de conciencia de un paciente cuyo estado es pre-terminal o terminal, en la medida necesaria para calmar adecuadamente uno o varios síntomas que no reaccionan al tratamiento, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente.

La indicación clínica de la sedación paliativa es precisa. Se utiliza en la fase final de una enfermedad, cuando se prevé la muerte en un plazo muy breve, como único medio para aliviar el sufrimiento causado por ciertos «síntomas refractarios», es decir, aquellos que no pueden calmarse con otros tratamientos. Por ejemplo: sufrimiento físico rebelde a todo tratamiento anti-dolor, convulsiones, disnea (respiración difícil), trastornos gastrointestinales severos, delirio agitado, asfixia, angustia extrema, crisis de pánico... Con frecuencia, la combinación de diversos síntomas conduce a un estado de sufrimiento insoportable. La sedación solo puede ser practicada con el consentimiento bien informado y, si es posible, explícito del paciente. Así, hay que informar con antelación al paciente sobre los efectos y los riesgos que conlleva, y asegurarse que comprende en lo posible las implicaciones de su elección. No obstante, el consentimiento puede obtenerse por delegación (de la persona de confianza designada por el paciente) o de forma implícita, considerando los valores y deseos que ha manifestado a su familia o al equipo médico que le atiende. Es importante que los médicos hayan sido informados de esos valores y deseos (por el enfermo o su familia) y que éstos se hayan reflejado en su historial clínico. Subrayemos que la familia está estrechamente vinculada a las decisiones que se toman en el marco de los cuidados paliativos. En caso de que los miembros de la familia no participen en el proceso de decisión, está indicado pedir permiso al paciente para comunicar a su familia la decisión de administrar una sedación. Esta información debe presentársele como una práctica habitual.

En cualquier hipótesis, los sedativos son prescritos, dosificados y administrados con el fin de disminuir, más o menos profundamente según los casos, el estado de conciencia del paciente. Dicho de otra forma, los productos y las dosis deben ser administrados en proporción al objetivo perseguido, que es solo el de aliviar el sufrimiento causado por un síntoma refractario, y jamás el de abreviar de modo intencionado la vida del paciente.

Cuando al paciente todavía le quedan semanas o bastantes días de vida, puede ser razonable plantearse una *sedación reversible o intermitente*, que permite alternar períodos de inconsciencia con períodos de lucidez. Al tener los sedativos un efecto de tiempo limitado, en cuanto se detiene su infusión, el paciente sale de su sueño. Así,

puede ser despertado, según unas condiciones predefinidas, para recibir, por ejemplo, la visita de alguien cercano. En la sedación controlada, las familias desempeñan un cometido activo, muy apreciable y apreciado, en la adaptación regular de las dosis según las necesidades. Se les pregunta frecuentemente si el paciente sufre, si siente dolor... Se les confía así la misión de velar por el bienestar del paciente, para que no sufra por síntomas penosos. El equipo médico, por su parte, se encarga de asistir a las familias durante el período de sedación controlada y de prestar atención a sus emociones, sus puntos de vista, sus preguntas o necesidades.

En la fase agónica de la enfermedad —cuando el paciente está viviendo sus últimas horas—, la *sedación continua* procura un sueño profundo que se prolonga hasta el fallecimiento causado por la misma enfermedad. En este caso, ya no se contempla la posibilidad de despertarle.

Por último, la sedación se practica también en casos de urgencia, para afrontar un sufrimiento muy particular, considerado como catastrófico. Se sabe, por ejemplo, que en el caso del tumor de laringe, la carótida puede romperse de repente; la sangre empieza a brotar en un chorro continuo, y el paciente muere en condiciones particularmente penosas; en una situación así, está indicado recurrir a una *sedación de urgencia*.

La morfina y otros opiáceos no convienen por lo general para inducir una sedación, porque sus efectos secundarios cuando se administran en fuertes dosis (alucinaciones visuales, náuseas...) son muy desagradables para el entorno del paciente. La sedación suele practicarse a base de Benzodiacepinas (*Midazolam*, *Diazepam*, *Clonazepam*...), dosificadas en función de la profundidad del sueño que se quiera alcanzar, según la gravedad de los síntomas y la tolerancia del enfermo. El tratamiento induce una especie de coma y el paciente ya no reacciona a los estímulos simples. La sedación requiere una vigilancia continua, pues debe administrarse paso a paso de acuerdo con la evolución del paciente y con el objetivo buscado.

La hidratación y la nutrición artificiales en el final de vida son objeto de debate en el contexto de los cuidados paliativos[15]. En el caso de una sedación continua a veces se suprimen. Esta decisión es independiente de la relativa a la sedación propiamente dicha[16]. Algunos ven, sin embargo, en esto una forma camuflada de eutanasia (*slow euthanasia*). En realidad, el problema está con frecuencia mal planteado y la conclusión es apresurada.

Está establecido que el cese de todo aporte hídrico provoca la muerte en cualquier persona pasados tres o cuatro días. Así, el cese completo de hidratación se prohíbe en la mayoría de los casos. Cuando el paciente no ha entrado en agonía, el aporte del líquido debe estar garantizado por vía parenteral (intravenosa o subcutánea). Cuando la sedación está indicada en los ultimísimos momentos o días de la vida del paciente (contexto de agonía), la hidratación parental resulta opcional. No obstante, el aporte de pequeñas cantidades de líquido administradas por vía oral debe ser mantenido para el control de diversos síntomas tales como la sensación de sed o la sequedad de la boca. En algunos casos, cuando la hidratación se percibe como un obstáculo superfluo a la vista de una muerte inevitable a muy corto plazo, se puede suspender si agravara el malestar del

paciente o produjera complicaciones. Puede darse el caso que el paciente no haya dado ninguna directriz sobre la nutrición y la hidratación. En esas circunstancias, se recomienda que los miembros de la familia y el equipo médico se pongan de acuerdo sobre la solución éticamente aceptable, en la que se tenga en cuenta el interés del paciente.

El legislador, por su parte, estableció una clara distinción entre sedación y eutanasia. Solo el acto de eutanasia, definido como una muerte intencionadamente provocada a petición del paciente, debe ser objeto de una declaración ante la Comisión federal de control, para que esta supervise cada caso según las condiciones legales establecidas. La sedación, en cambio, está implícitamente considerada como una buena práctica médica, en el contexto de una muerte natural.

Es evidente que, como toda técnica, la sedación puede ser desviada, y no cabe excluir que a veces sea empleada con fines eutanásicos. Por ejemplo, cuando el médico utilizara deliberadamente una dosis excesiva de sedante con la intención de anticipar la muerte del paciente, o si recurre a la sedación en circunstancias clínicas inapropiadas. Pero el hecho de que una técnica o una práctica legítima en sí misma pueda ser desviada de su finalidad normal no autoriza a formular, sin matiz alguno, un juicio negativo sobre esa técnica o esa práctica. Así, cabe utilizar un mullido cojín, cuya función normal es la de reposar la cabeza, para ahogar a alguien. De mezcolanza en mezcolanza, se llegaría a condenar sin remedio a los cojines, a Internet (que puede servir para lo mejor o para lo peor), a las fotocopadoras (que facilitan las falsificaciones), a los cuchillos de cocina... *Abusus non tollit usum.*

En definitiva, la sedación paliativa correctamente practicada no abrevia la vida ni es en absoluto una eutanasia disfrazada[17]. Las dosis administradas no son letales, de modo que la enfermedad sigue su curso normal y evoluciona naturalmente hacia la agonía.

La sedación se distingue esencialmente de la eutanasia por la intención, el proceso aplicado y el resultado esperado.

Intencionalidad. — En la sedación, el médico prescribe y administra los sedativos con la única intención de aliviar al paciente que presenta unos síntomas refractarios determinados. Por el contrario, el objetivo del acto eutanásico es el de provocar deliberadamente la muerte del paciente, a petición suya, para liberarlo de sus sufrimientos.

Proceso. — En la sedación debe existir una indicación clara, es decir, la presencia de uno o varios síntomas refractarios. Por lo demás, los productos y las dosis empleados se ajustan regularmente en proporción a la profundidad de la sedación que se quiere y en función de la respuesta del paciente al sufrimiento inducido por el síntoma. Ello implica una evaluación continua, tanto de la indicación como del tratamiento. Este proceso debe ser registrado en la historia clínica. Por el contrario, en el marco de la eutanasia se trata de utilizar productos y dosis que garanticen una muerte rápida.

Por otro lado, la sedación siempre es objeto de una reflexión en equipo y de una concertación con las familias, que habitualmente permanecen vinculadas a todo el proceso de evaluación. La petición de eutanasia, por el contrario, puede darse sin concertación colegial en el seno del equipo médico y sin haberse consultado antes a la familia. Incluso pueden darse casos en los que no sea ni siquiera informada.

Resultado.— En la sedación, el parámetro de respuesta (éxito) es el alivio del síntoma refractario, que se mide gracias a un proceso de evaluación. Por el contrario, en la eutanasia el parámetro de respuesta (éxito) es la muerte.

En conclusión, la sedación paliativa aparece en el contexto de una muerte inminente, pero no es la causa de una muerte prematura. La responsabilidad ética del equipo médico recae sobre el proceso de toma de decisiones para aliviar el sufrimiento, y no en el resultado de las intervenciones que se saldan en términos de vida o muerte. En otras palabras, eutanasia y sedación terminal acaban en la muerte del paciente, pero el proceso de decisión (incluyendo la intención que anima a los cuidadores), marca la diferencia ética y jurídica entre ambas formas de acompañamiento médico hasta la muerte.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Concepto

Cuando las terapias curativas resultan vanas o desproporcionadas, los cuidados paliativos toman el relevo. Tienen como objetivo asegurar al enfermo y a su familia la mejor calidad de vida y la mayor autonomía posible. El acento se pone no solo en los cuidados relativos al bienestar (higiene, posición del cuerpo, cuidados de la piel, prevención de escaras...) y en el control del dolor y los demás síntomas que supongan incomodidad, sino también en el apoyo psicológico, social y espiritual del paciente y de sus seres cercanos, así como en el acompañamiento de estos durante el duelo.

Es importante que los cuidados paliativos se apliquen en el momento oportuno, sin retrasos perjudiciales, lo que implica no posponer inútilmente la difícil decisión de renunciar a tratamientos curativos que se han vuelto ya inútiles o desproporcionados con respecto a una esperanza razonable de curación.

Puede ocurrir que los cuidados paliativos se apliquen combinados con una terapia curativa aún esperanzadora. A veces coinciden, así, las fases curativa y paliativa. Desde esta perspectiva, algunos prefieren hablar de «cuidados continuos» para recalcar que estos cuidados se administran a lo largo de toda la enfermedad, ya sea en fase curativa, paliativa o terminal.

Ciertamente, la muerte representa una terrible prueba para todo mortal. Gracias a una atención profesional y humana a la persona que se encuentra en los momentos finales de su vida y a su familia, los cuidados paliativos pretenden ayudar a una muerte serena, alejando la tentación de diferirla inútilmente o de apresurarla.

Breve cronología

Tres personalidades —la Dra. Cecily Saunders en Gran Bretaña, la Dra. Elisabeth Kubler Ross en Estado Unidos y el Dr. Balfour Mount en Canadá— están consideradas como los pioneros indiscutibles de los cuidados paliativos modernos. La fundación de Saint Christopher's Hospice en Londres en 1967, por iniciativa de la Dra. Cecily Saunders, constituye una de las grandes claves de su desarrollo. Con sus numerosos trabajos, la profesora y psiquiatra Elisabeth Kubler Ross ha favorecido que el movimiento a favor de los cuidados paliativos se propague en el ámbito médico. Por último, Balfour Mount los introdujo en Canadá, y logró que el concepto se asentara en el lenguaje corriente.

En Bélgica, las primeras experiencias de cuidados paliativos vieron la luz a lo largo de los años 80, por iniciativa de voluntarios sensibilizados con el problema[18]. Los primeros subsidios públicos para cuidados paliativos ambulatorios o residenciales se concedieron en 1991. Hacia finales de los 90 se lleva a cabo una verdadera política en favor de los cuidados paliativos, especialmente en el marco de los seguros de enfermedad, a través de una diversidad de medidas: reconocimiento de plataformas de cuidados paliativos y de equipos de apoyo a domicilio, adopción de normas para la aprobación de asociaciones, abono paliativo, permisos paliativos... De igual modo, se adoptan textos legales en un nivel regional. Finalmente, en 2002 y en paralelo a la adopción de las leyes relativas a la eutanasia y a los derechos del paciente, Bélgica logra una ley sobre los cuidados paliativos[19]. En ella se reconoce a todo ciudadano el derecho a beneficiarse de esta ayuda médica, y se instituye un organismo federal que evalúe cada dos años la oferta y la calidad de estos cuidados en todo el territorio.

La organización de los cuidados paliativos

Tres federaciones representan en Bélgica las instituciones y asociaciones activas en este sector: la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* (región flamenca), la *Fédération Bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus* (región de Bruselas capital) y la *Fédération Wallonne des soins palliatifs* (región valona). Estos organismos desempeñan un cometido de coordinación, sensibilización y formación; aseguran el relevo de los agentes de campo y son los interlocutores ante los poderes públicos.

Las plataformas de paliativos fomentan, por su parte, campañas de sensibilización y de coordinación en el nivel local. Cubren determinadas zonas geográficas y, según su tipo de reconocimiento, están financiadas por el poder federal mediante intervenciones en el coste salarial.

En la práctica, los cuidados paliativos se ofrecen de tres formas en Bélgica:

a) en unidades residenciales extra-hospitalarias (casas de reposo y cuidados, casas de cuidados paliativos) e intra-hospitalarias. Hoy en día, en el conjunto del país, alcanzan la

cifra de 366 camas subvencionadas;

b) en el hospital, un equipo móvil multidisciplinar con preparación específica asegura la atención paliativa a los pacientes en los distintos servicios. Desde 1997, la presencia de este equipo es condición necesaria para obtener el permiso de apertura de un nuevo hospital. En las clínicas de menos de 500 camas, el equipo móvil consta de un médico, un psicólogo y una enfermera, todos a media jornada. Su misión: desarrollar en el seno del hospital una «cultura paliativa»; hacer sugerencias a la dirección sobre su política hospitalaria en materia de tratamiento del dolor y de otros síntomas, del uso del material especializado y del apoyo a los pacientes paliativos; velar por el respeto a la elección de residencia por parte del paciente; asegurar la continuidad del tratamiento cuando se le traslada a otra institución o a su domicilio; promover la formación continua en esta materia entre los médicos que están en primera línea...

c) finalmente, los equipos móviles extra-hospitalarios intervienen, en segunda línea, en el domicilio del paciente o en las casas de reposo y cuidados. El personal procede de plataformas o de asociaciones de cuidados paliativos. Apoyan, acompañan y aconsejan al personal facultativo, pero sin sustituirlo. De aquí que sean llamados equipos «de segunda línea».

[6] Esta frase se atribuye frecuentemente a Camus. Si no la enunció como tal, no por ello deja de resumir su pensamiento. Cf., por ejemplo, A. Camus, *La peste*, éd. Gallimard, 1947, p. 231: «J'ai compris que tout le malheur des hommes venait de ce qu'ils ne tenaient pas un langage clair (He comprendido que toda la infelicidad de los hombres procedía de no emplear un lenguaje claro)» o, del mismo autor, *L'homme révolté*, éd. Gallimard, 1951, p. 296 : «La logique du révolté est (...) de s'efforcer au langage clair pour ne pas épaissir le mensonge universel (...) (La lógica del rebelde estriba (...) en esforzarse por mantener un lenguaje claro, a fin de no hacer más densa la mentira universal (...))».

[7] Ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, *Moniteur Belge*, 22 de junio de 2002, p. 28515.

[8] Art. 8, § 4, y art. 14, § 1º, de la ley de 22 de agosto del 2002 relativa a los derechos del paciente, *Moniteur Belge*, 26 de septiembre de 2002, p. 43719.

[9] Ley de 22 de agosto de 2002 relativa derechos del paciente, artículo 11bis.

[10] D. Azoulay et al. (2011); R.K. Portenoy et al. (2006); A. Thorns, N. Sykes (2000); N. Sykes, A. Thorns (2003).

[11] Cf., por ejemplo, Dr M. Englert, «Deux mises au point. Sédation contrôlée et euthanasie», *Bulletin de l'ADMD* (Belgique), n° 112, junio de 2009, p. 17; «Specialist vraagt wettelijke regeling palliatieve sedatie», *Het Belang van Limburg*, 26 mai 2011; Entrevista con el Dr W. Distelmans, *De Morgen*, 15 de septiembre de 2012, p. 9; «Grove nalatigheid bij palliatieve sedatie. 'Een noodkreet is geen doodkreet'» y «Het verhaal. Palliatieve sedatie: de langgerekte eindstrijd van Nienke», *De Standaard*, 26-27-28 de mayo de 2012, p. 1 y pp. 24-26. Ver también la opinión del Dr M. Cosyns, misma referencia, p. 27; E. Verbeke, «Palliatieve sedatie. Distelmans bezorgd over stijging», *Artsenkrant*, 20 de noviembre de 2012.

[12] Cf. Audición del Dr J. Menten, servicio de enfermedades tumorales y de radioterapia, UZ Gasthuisberg (Clínicas universitarias de Lovaina), p. 683 y s. ; Audición de A. Schoonvaere, director del centro de cuidados paliativos Saint-François (Namur), pp. 334 y s.; Audición del Dr D. Bouckenaere, responsable de la Unidad de cuidados continuos y paliativos de las clínicas de Europa (Bruselas), pp. 628 y s.

[13] Proposición de ley que modifica la ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia y el decreto de ley del 2 de abril 2003 que fija las modalidades según las cuales la declaración anticipada relativa a la eutanasia debe ser redactada, confirmada, revisada o retirada, 18 de octubre de 2007, *Doc. parl.*, Senado, sesión 2007-2008, doc n° 4-301/1. Esta propuesta de ley retoma el texto de una propuesta ya presentada en el Senado el 25 de abril de 2006 (sesión 2005-2006, doc. n° 3-1671/1).

[14] N.I. Cherny, L. Radbruch, The Board of the EAPC (2009), y la abundante literatura científica documentada.

[15] S. Ede (2000).

[16] Además de N.I. Cherny, L. Radbruch, The Board of the EAPC (2009), especialmente p. 587, véase D.

Amadori, E. Bruera *et al.* (1996).

[17] A este respecto ver la reciente puntualización hecha por el Dr M. Desmet, el Dr G. Huysmans y el Prof. B. Broeckaert, entrevistados por E. Verbeke, «Palliatieve sedatie is geen gemakkelijksoplossing», *Artsenkrant*, 9 noviembre 2012, n° 2276, pp. 6-7.

[18] Para una breve historia, ver el portal de cuidados paliativos en Valonia (región de Bélgica) o la página web del INAMI (organismo nacional de la seguridad social).

[19] Ley del 14 de junio de 2002 relativa a los cuidados paliativos, *Moniteur Belge*, 26 de octubre de 2002, p. 49.160.

II. ¿ES EFICAZ EL CONTROL DE LA EUTANASIA?

El proyecto de ley tiene como objetivo «mejorar la percepción de la realidad gracias a una evaluación de la práctica»[20].

Tras largas discusiones que se saldaron con el rechazo de otras propuestas de control (consulta obligatoria al equipo médico y a la familia antes de practicar una eutanasia), la mayoría parlamentaria optó, con perfecto conocimiento de causa, por un control *a posteriori*.

Se imponen unas preguntas preliminares, de orden epistemológico, respecto de los informes de la Comisión de control: ¿Por qué se decide llevar a cabo ese control *a posteriori*? ¿Qué tipo de control es este? ¿Qué grado de fiabilidad proporcionan los datos y apreciaciones que figuran en sus informes?

¿POR QUÉ SE DECIDE LLEVAR A CABO EL CONTROL A POSTERIORI?

El mecanismo de control previsto por la ley belga se inspira claramente en el modelo de Holanda[21]. Allí, cinco comisiones regionales de control, compuestas cada una de ellas por un jurista, que a la vez es presidente, un médico y un especialista en cuestiones éticas se encargan de controlar *a posteriori* que el acto letal cumple los criterios de rigor previstos por la ley. El juicio motivado de la comisión, emitido por mayoría simple, se comunica al médico. Puede darse el caso de que, a petición de la comisión o del médico, ese juicio deba explicitarse mejor. Si finalmente es negativo, la comisión tiene que informar al Colegio de procuradores generales. Solo los casos sospechosos se comunican al Ministerio público.

En Bélgica, la ley de la eutanasia establece la creación de una Comisión federal de control y de evaluación. Está compuesta por dieciséis miembros: ocho son doctores en medicina, y al menos cuatro de ellos son profesores en una universidad belga; otros cuatro son profesores de derecho en una universidad belga o abogados; los otros cuatro proceden de medios relacionados con las dolencias de los pacientes que padecen una enfermedad incurable. Los miembros son nombrados por real decreto, a partir de una lista doble propuesta por el Senado, por un período renovable de cuatro años y respetando los habituales equilibrios en materia lingüística (francés y neerlandés), de pluralismo filosófico y de sexo. Un médico que ha practicado una eutanasia tiene obligación de declararla ante la Comisión federal de control mediante la entrega, en los

siguientes cuatro días laborables, de un formulario debidamente cumplimentado. Este documento, establecido por la Comisión, consta de dos hojas: *a)* una primera, sellada por el médico, contiene los datos de carácter personal relativos al paciente, al médico y a la eventual persona de confianza, y *b)* una segunda, que no es anónima, y que contiene los datos acerca de la eutanasia (enfermedad, naturaleza de los sufrimientos, procedimiento seguido, cualificación del médico o de los médicos consultados, manera en la que se ha llevado a cabo la eutanasia y medios utilizados, etc.). Basándose solamente en la segunda hoja, la Comisión se encarga de verificar si la eutanasia se ha efectuado según las condiciones de fondo y de procedimiento previstas por la ley. En caso de duda puede decidir, por mayoría simple, levantar el anonimato y acceder a la información de la primera parte del documento. Puede hacer preguntas complementarias al médico encargado, o pedirle que le comunique todos los elementos de la historia clínica. La Comisión se pronuncia en un plazo de dos meses. El dossier solo se envía al fiscal cuando, por decisión de dos tercios, la Comisión estima que las condiciones legales no han sido respetadas.

A propósito del mecanismo de control establecido por la ley holandesa, es interesante señalar las observaciones críticas formuladas por el Comité de derechos humanos encargado de hacer respetar el Pacto internacional sobre los derechos civiles y políticos (PIDCP). Esas observaciones fueron publicadas el 27 de agosto de 2001 tras la aparición de un tercer informe holandés establecido en el marco del PIDCP. El Comité de derechos humanos subrayaba entonces que, en lo referente a la eutanasia, cuando un Estado miembro del Pacto flexibiliza la protección ofrecida por el derecho, ese mismo Estado debe asegurarse de que satisface las obligaciones previstas en el Pacto sobre el derecho a la vida, protegido por el artículo 6 del PIDCP. Emite dudas a este respecto en lo que concierne a la ley holandesa. El Comité se pregunta si este sistema de control tiene la capacidad de detectar los casos en los que ha habido una presión inadmisible, y señala que un control *a posteriori* no puede impedir que se ponga fin a vidas humanas en los casos en los que no se han cumplido las necesarias condiciones legales. Que conste así. Estas observaciones siguen siendo pertinentes y valen igualmente para el mecanismo de control en vigor en Bélgica[22]. Se apoyan en testimonios que confirman la existencia de eutanasias realizadas fuera de las condiciones legales, en ocasiones sin petición por parte del paciente, no declaradas... y, naturalmente, difíciles de cuantificar[23].

Habida cuenta de que la eutanasia tiene consecuencias irreversibles, es discutible el mismo principio de control *a posteriori*. Es evidente que no resulta apto para proteger a los pacientes contra eutanasias que violan las condiciones legales. Por otra parte, cabe interrogarse sobre el alcance y la pertinencia del control, pues la Comisión no conoce la historia clínica del paciente, salvo en los casos (marginales) señalados antes. A partir de ese momento, la Comisión ejerce su control sobre la única base de las informaciones proporcionadas por el médico (*self reporting*). En ese escenario, ofrece dudas que la Comisión esté en condiciones de evaluar con conocimiento de causa el cumplimiento de los requisitos exigidos[24]. Por último y como fue frecuentemente señalado durante los trabajos preparatorios de la ley, si la comunicación de un caso al Ministerio público

requiere el consentimiento de dos tercios de la Comisión, es imposible sin la colaboración de los miembros médicos o en contra de una corriente filosófica importante[25]. Este punto es capital y tendré ocasión de volver a él. Señalemos que, a día de hoy, jamás en diez años se ha transmitido un caso al fiscal.

A esto hay que añadirle otro problema, ya señalado por el Consejo de Estado y por diversos expertos durante la elaboración de la ley: no se establece ninguna distinción entre la infracción de cuestiones de fondo y de forma (o, mejor dicho, entre infracciones graves y leves)[26]. Así, los casos conflictivos nunca llegan a ser denunciados al procurador, porque:

- o bien los miembros médicos de la Comisión o un grupo de miembros que representan una corriente filosófica se oponen a ello;

- o bien al médico responsable se le podría aplicar una pena desproporcionada a la gravedad de la infracción.

Así pues, la Comisión está abocada, lo quiera o no, a desempeñar un cometido jurídico que no le corresponde, y a no someter un caso al Ministerio público más que en circunstancias extremas. Ahora bien, podemos apostar que son precisamente esos casos extremos los que no se declaran a la Comisión de control.

¿EFICACIA DE LA COMISIÓN DE CONTROL?

En sus sucesivos informes, la Comisión confiesa su impotencia. Declara, en efecto, con gran realismo, no poder evaluar la proporción del número de eutanasias declaradas con respecto al número de eutanasias realmente practicadas[27]. Ahora bien, en 2002, el objetivo de sacar la eutanasia de la clandestinidad fue un argumento de peso esgrimido por los partidarios de su despenalización. Desde su primer informe relativo a los años 2002 y 2003, la Comisión decía ser «consciente de sus límites en el ejercicio del control de la aplicación de la ley de 28 de mayo de 2002 del que estaba encargada». «Es evidente —anotaba— que la eficacia de su misión reposa en primer lugar en que el cuerpo médico cumpla su obligación de declarar las eutanasias practicadas, y en segundo lugar, en la forma en la que esas declaraciones son redactadas»[28]. Dicho de otra forma, ¡la Comisión no puede ver sino lo que tienen a bien mostrarle los médicos sometidos a su control!

Este es todo el problema de un control *ex post*, efectuado tras provocar la muerte del paciente y sobre la base de la declaración del médico. ¿No es ilusorio pretender que un médico se autodenuncie cuando no ha respetado las condiciones legales? ¿Podemos imaginar seriamente que se someta de forma escrupulosa a las reglas formales si ha desestimado una o varias reglas de fondo? ¿No es infinitamente más probable que silencie la eutanasia practicada fuera de la ley o que lo haga de tal manera que no pueda ser cuestionado?

A modo de ejemplo, y con todas las reservas, una encuesta realizada en 2007 entre los médicos de Flandes sobre la base de los certificados de defunción, evaluaba en 53% el

número de eutanasias efectivamente declaradas[29]. Según otro estudio más reciente basado en una encuesta que tomaba como muestra 480 médicos de Flandes y 305 de Valonia, el 73% de las eutanasias practicadas por los médicos flamencos fueron declaradas a la Comisión de control, frente al 58% de sus homólogos valones[30]. Ocurre que los médicos rechazan hacer una declaración pública de las eutanasias que practican, sobre todo en los casos no permitidos por la ley[31].

¿FIABILIDAD DE LOS INFORMES DE LA COMISIÓN DE CONTROL?

A todos los problemas ya señalados, hay que añadir otra dificultad que puede bloquear el buen funcionamiento de la Comisión de control. Como ya se ha dicho, el legislador ha querido que en el nombramiento de los miembros de la Comisión se respete la paridad lingüística (francés y neerlandés), cada grupo cuente al menos con tres candidatos de cada sexo y «se vele por asegurar una representación pluralista» (art. 6, § 2). Ahora bien, una amplia mayoría de los miembros de la Comisión son, además, miembros de la ADMD, asociación que promueve la práctica de la eutanasia; o de la RWS (*Recht op Waardig Sterven*, equivalente flamenco de la ADMD) y/o miembros (incluyendo a los fundadores) del foro EOL (*End-of-life doctors*, creado en 2003 en la *Communauté française* a iniciativa y con el apoyo logístico de la ADMD) o de LEIF (*Levens Einde Informatie Forum*, procedente de la RWS). Otros, sin ser miembros de las organizaciones citadas, son claros partidarios, cuando no militantes, de la eutanasia. Sin poner en duda la competencia y la honradez de los miembros de la Comisión, cabe legítimamente temer que no se incline a examinar los documentos que deben cumplimentarse con todo el espíritu crítico deseado.

En resumen, el control de la eutanasia se ejerce *a posteriori*, por una mayoría de personas decididamente comprometidas en su promoción y sobre la única base de los documentos cumplimentados por los propios médicos (*self reporting*); nada permite saber si todas las eutanasias practicadas son efectivamente declaradas, ni si las informaciones que figuran en la segunda hoja son fiables.

Por otro lado, la Comisión no dispone de la historia clínica de los pacientes a los que se les ha practicado la eutanasia, y la comunicación de un caso al fiscal requiere una mayoría de dos tercios.

En estas condiciones, apenas hay que asombrarse de que diez años después de la entrada en vigor de la ley, la Comisión nunca haya considerado necesario someter un caso al fiscal. En realidad, no dispone de los medios para verificar que se cumple la ley.

De todas estas consideraciones se desprende que los datos y juicios emitidos por la Comisión de control deben ser recibidos con prudencia. Una cosa parece segura: es imprudente, cuando no deshonesto, basarse en sus informes oficiales para afirmar que la eutanasia en Bélgica está bajo control y que las condiciones fijadas por la ley son perfectamente respetadas.

- [20] Proposición de ley relativa a la eutanasia, presentada el 20 de diciembre de 1999, por Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy y J. De Roeck, *Doc. parl.*, Senado, sesión 1999-2000, n° 2-244/1, p. 3.
- [21] Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, capítulo V, artículos 6 a 13.
- [22] Cf. Audición del profesor M. Adams, Informe de la Comisión de Justicia, pp. 143-144.
- [23] Cf., por ejemplo, los testimonios reproducidos en «La légalisation de l'euthanasie en Belgique: un bilan» - Estudio realizado por el Grupo de trabajo 'Éthique, droit et santé' del Colectivo «Plus digne la vie», bajo la dirección del Dr B. Devalois, marzo de 2012, pp. 4-5 y *passim*.
- [24] Cf., por ejemplo, Audición del profesor R.O. Dalcq, p. 897.
- [25] Cf. Audición del profesor M. Adams, Informe de la Comisión de Justicia, p. 145.
- [26] Cf. Proposición de ley relativa a la eutanasia, Informe del Consejo de Estado, 2 de julio de 2001, n° 2-244/21, pp. 15-16; Audición del profesor M. Adams, Informe de la Comisión de Justicia, p. 145.
- [27] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 14; Segundo informe (2006), p. 22; Tercer informe (2008), p. 22; Cuarto informe (2010), p. 22; Quinto informe (2012), p. 14.
- [28] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 23.
- [29] Cf. K. Chambaere, J. Bilsen, J. Cohen, G. Pousset, B. Onwuteaka-Philipsen, F. Mortier, L. Deliens (2008).
- [30] J. Cohen, Y. Van Wesemael, T. Smets, J. Bilsen, L. Deliens (2012).
- [31] Entre otros, el testimonio del doctor Jacques T.: «J'agis en âme et conscience mais je ne veux rien déclarer», *Le Soir*, 23 de agosto de 2011, y las declaraciones del Dr M. Cosyns que afirma que no consultará con un segundo médico, como obliga la ley, y no declarará la eutanasia a la Comisión federal de control (cf. F. Soumois, «Émoi pour une euthanasie illégale prévue», *Le Soir*, 30 de junio de 2007).

III. EL CONTROL DE LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

El proyecto de ley fija «una serie de condiciones estrictas en las que un médico puede practicar la eutanasia»[32].

Es imposible poner límites a una legislación sobre la eutanasia.

LORD WALTON OF DETCHANT

En la cuarta tentativa de proyecto de ley sobre la eutanasia en el Reino Unido, John Walton (Lord Walton of Detchant), presidente de la Comisión de salud de la Cámara de los Lores, tuvo la buena idea, como médico y buen empirista, de decir: «No podemos forjarnos una opinión sobre la eutanasia si no la vemos en acción». Así, acompañado por ocho miembros de la Comisión, se desplazó a Holanda; allí acudió a numerosos hospitales, interrogó a los médicos y habló con las familias de los pacientes. A su vuelta declaró que «es imposible poner límites a una legislación sobre la eutanasia»[33].

Esta opinión coincide con la formulada, en la misma época, por Herbert Hendin, profesor de psiquiatría del *New York Medical College*, Director médico de la *American Foundation for Suicide Prevention* (Nueva York), y especialista reconocido internacionalmente en suicidio y suicidio asistido. Hendin realizó una amplia encuesta sobre la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido en Holanda, contrastando cifras y datos empíricos, informes oficiales, publicaciones de especialistas y testimonios de todos los actores sobre el terreno (médicos, pacientes, abogados, magistrados...). Da cuenta de los resultados de su trabajo en un libro riguroso y profundo titulado *Seduced by death*[34]. En él pone de relieve «la incapacidad de regular el proceso mediante reglas establecidas». «Puede decirse —precisa— que, virtualmente, cada directriz puesta por los holandeses en su intento de proteger a los pacientes, ha fracasado, o bien ha sido modificada o violada»[35].

Cabe preguntarse si es posible delimitar la eutanasia y controlar su práctica según unos criterios fijados por el legislador. ¿Qué sucede con el riesgo de que las condiciones legales sean, tarde o temprano, apreciadas con ligereza, ignoradas o modificadas? ¿Qué lecciones nos da la experiencia belga a este respecto?

En cualquier hipótesis, solo se puede practicar la eutanasia a la persona que la ha solicitado (art. 2). La ley belga distingue dos hipótesis. En su artículo 3, precisa las condiciones y el procedimiento que se debe seguir para la eutanasia de una persona consciente. En su artículo 4, precisa las condiciones y el procedimiento que se ha de

aplicar a una persona irreversiblemente inconsciente, que ha consignado previamente por escrito su voluntad de que se le practique la eutanasia en circunstancias precisas.

El médico que practica una eutanasia no comete ninguna infracción si cumple las siguientes condiciones:

- el paciente es mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de su petición;
- la petición es voluntaria, reflexionada y repetida y no procede de una presión exterior;
- la petición consta por escrito;
- el paciente se encuentra en una situación médica sin salida y presenta un estado de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede aliviarse y que resulta de una afección accidental o patológica grave e incurable;
- el médico ha informado al paciente de su estado de salud y de su esperanza de vida; han concertado juntos su petición de eutanasia y ha comentado con él las posibilidades terapéuticas que cabe aún considerar, así como las posibilidades que le ofrecen los cuidados paliativos y sus consecuencias;
- el médico se ha asegurado de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada; con este objeto, ha tenido varias entrevistas con el paciente, convenientemente espaciadas respecto de la evolución de su estado;
- el médico ha consultado a otro médico independiente y competente en la patología en cuestión, quien redacta un informe donde hace constar su propio juicio;
- el médico se ha entrevistado, a petición del paciente, con el equipo que le atiende o con determinados miembros de éste, si esa es la voluntad del paciente, así como con los allegados que el paciente haya designado.

Si el médico piensa que el fallecimiento no se va a producir a corto plazo, hay que añadir dos condiciones a las ya enunciadas:

1.º el médico debe consultar a un segundo médico independiente, psiquiatra o especialista en la patología que sufre el paciente;

2.º el plazo de reflexión entre la petición escrita del paciente y la eutanasia es de al menos un mes.

Por fin, todo mayor de edad o menor emancipado puede consignar por escrito que, en el caso en el que ya no sea capaz de manifestar su voluntad, se le practique la eutanasia si el médico comprueba que sufre una afección accidental o patológica grave e incurable, es inconsciente y su situación es irreversible en el estado actual de la ciencia.

Esta «declaración anticipada» puede designar a una o varias personas de confianza encargadas de informar de la voluntad del paciente al médico responsable. Debe constar por escrito, estar redactada en presencia de dos testigos mayores de edad, fechada y firmada por el declarante, por los testigos y, llegado el caso, por la o las personas de confianza. Si hay imposibilidad física permanente de redactar y de firmar, la declaración

puede ser asumida y escrita por un mayor de edad designado por el paciente, sin interés material alguno en la defunción del declarante, y en presencia de dos testigos mayores de edad. La declaración ha de estar fechada y firmada por esa persona, los testigos y, llegado el caso, la o las personas de confianza. Ese documento tiene una validez de cinco años: solo puede ser tenida en cuenta si se ha hecho o confirmado cinco años antes de que a esa persona le resulte imposible manifestar su voluntad[36]. Desde el 1 de septiembre de 2008, se puede registrar la declaración anticipada ante las autoridades locales, que transmitirán la información necesaria (identidad del declarante y de su o sus personas de confianza) al Ministerio de la Salud pública. El objetivo es el de constituir un banco de datos accesible a los médicos las 24 horas.

El número de eutanasias declaradas no ha dejado de crecer desde la entrada en vigor de la ley (ver la tabla). Actualmente, un 52% se practican en el lugar de residencia del paciente, bien en su domicilio (45%), en general por el médico de cabecera, bien en una casa de reposo, o de reposo y cuidados (7%). Un 45% se llevan a cabo en un medio hospitalario y el 3% restante en lugares diversos.

Casi todas las eutanasias (97% en 2006-2007 y 98% en 2010-2011) se practican a petición del paciente en estado consciente. Los casos de eutanasia en pacientes con inconsciencia irreversible y declaración anticipada, representan solo un 2 o 3%. En 2010-2011 la defunción a corto plazo se previó en el 91% de los casos y no se pudo prever en el 9% restante (eran esencialmente afecciones neuromusculares degenerativas, aunque también hubo casos de afecciones cardiovasculares o neuropsiquiátricas)[37].

Evolución del número anual de eutanasias registradas[38]

2011	918	215	1133
2010	809	144	953
2009	656	166	822
2008	578	126	704
2007	412	83	495
2006	340	89	429
2005	332	61	393
2004	304	45	349
2003	199	36	235
	en francés	en neerlandés	Total

Antes de comentar las condiciones de impunidad de la eutanasia y el modo de auditar por parte de la Comisión de control, conviene señalar que aquellas condiciones se presentaron inicialmente con una rigidez extrema. De lo contrario, el proyecto de ley no habría podido obtener una mayoría parlamentaria en 2002. Ahora bien, como veremos, la Comisión interpreta con una relativa flexibilidad los límites legales, reduciendo a cero

el control sobre algunas de las condiciones.

EL CARÁCTER VOLUNTARIO DE LA PETICIÓN

No es nada fácil controlar esto. En el documento de registro transmitido a la Comisión de control, el médico que ha practicado una eutanasia no tiene mayores problemas en indicar —la mayor parte de las veces de buena fe— los «elementos que le han permitido asegurar que la petición se ha formulado de manera voluntaria, reflexiva y reiterada y sin presión externa». Pero, ¿está todo dicho?

Desde el descubrimiento del inconsciente, sabemos que el sujeto no es transparente a sí mismo, y levanta defensas para no exponer ante otros su psicología profunda...[39]. Ciertamente, hay que ser muy prudente antes de reescribir la voluntad de un paciente, pero, ¿es siempre posible descodificarla sin riesgo de menospreciarla? No cabe ignorar el poder de sugestión que tienen el médico y el entorno sobre la voluntad de los enfermos. Muchas personas en situación de sufrimiento expresan dos deseos opuestos: vivir y morir. ¿Cómo asegurarse de que no se les está apoyando solo en su deseo de morir?

¿Cómo estar razonablemente seguros de que lo que pide no «procede de una presión externa»? ¿Qué utopía invoca el legislador con semejante formulación?, se pregunta un médico[40]. Todo sucede como si la petición de eutanasia se hiciera sin lazo alguno con el lugar en el que se vive, sin influencia del entorno o del equipo de cuidadores. «Es ingenuo —escribe P. Wesley— suponer que los propios puntos de vista del médico, expresados en los encuentros con el paciente, carecen de influencia sobre este. Los puntos de vista personales pueden estar implícitos en las preguntas que no se hacen y que deberían haberse hecho, o en el desafío que no se ha propuesto y que debiera haberlo sido»[41].

El insistente énfasis sobre el «coloquio singular» entre el paciente y el médico tiende a poner a este último en una situación de superioridad, con el riesgo de encarnar una nueva forma de paternalismo so capa de respeto a la autonomía. La ausencia de toda obligación de deliberación colegial previa no tranquiliza a este respecto. Equivale a decir que asegurar el carácter voluntario de la petición es difícil, cuando no imposible. ¿Cómo pueden, dos médicos y una comisión de control, medir la coacción y la presión a veces inconsciente que experimenta un paciente?

El testimonio siguiente parece interpelar al sentido común: «Ante el paciente que pide ‘la inyección’, la respuesta del primer médico me parece determinante. He encontrado muy pocos médicos que escuchen y analicen esta petición... La mayoría da una respuesta inmediata, ‘sí’ o ‘no’, según su propia posición ‘a favor’ o ‘en contra’... Y el paciente resulta ninguneado, su petición no es escuchada y, sobre todo, el sufrimiento que esconde semejante petición, ignorado... Entonces, o bien el paciente ‘se rebota’ y exige a toda costa ‘la inyección’, o bien encuentra a otra persona que sepa escucharle... Pero la relación que establezca con esta última estará marcada por la primera respuesta...»[42].

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

La ley prevé que el médico debe informar al paciente de su estado de salud y de su esperanza de vida, concertar con él su petición de eutanasia y ver juntos las posibilidades terapéuticas que todavía cabe considerar, así como las posibilidades y consecuencias que ofrecen los cuidados paliativos.

Nuevamente, ¿cómo controlar el modo en que recibe esta información? ¿Cómo puede asegurarse la Comisión de que el intercambio se ha desarrollado en un clima de empatía y de que la decisión del paciente ha sido objeto de un auténtico diálogo? ¿Cómo puede verificar que el médico ha mostrado una capacidad de escucha suficiente y que el pronóstico ofrecido al paciente no ha sido exageradamente ensombrecido? Hay, además, un margen nada despreciable entre ser informado sobre los cuidados paliativos y beneficiarse de ellos.

LA CONSULTA A UN SEGUNDO MÉDICO

Con prudencia, la ley prevé que el médico al que se le ha solicitado la eutanasia tenga que consultar con otro médico el carácter grave e incurable de la afección, precisando las razones de la consulta. El médico consultado debe estudiar el expediente, examinar al paciente y asegurarse del carácter constante, insoportable e inevitable del sufrimiento físico o psíquico. A continuación debe escribir un informe. Ha de ser independiente, tanto del paciente como del médico y tiene que ser competente en la patología. Si el primer médico opina que el fallecimiento no se producirá en breve, debe consultar a un segundo médico, psiquiatra o especialista de la patología en cuestión.

Como se observó en el transcurso de los trabajos preparatorios de la ley, resulta lamentable que el médico consultado no deba expresar su opinión sobre la petición de eutanasia[43]. Las comprobaciones del segundo médico, aunque puedan confirmar el diagnóstico, no prueban que, en la situación del paciente, «no haya ninguna otra solución razonable» más que la eutanasia (cf. art. 3, § 2, 1.º, de la ley).

También existe el riesgo de que esta consulta obligatoria se convierta en una rutina entre médicos particularmente favorables a la eutanasia. Es solo un riesgo, pero no puede descartarse de un plumazo, tanto más cuando, por lo general, se suele recurrir a médicos de la EOL o del LEIF, «de quienes se espera que consideren la eutanasia como una opción ética de final de la vida perfectamente válida»[44]. En el quinto informe de la Comisión se aprecia que, en el 50% de los casos señalados, el médico consultado es generalista; en el 40%, un especialista; y solo en el 10% de los casos se trata de un médico formado en cuidados paliativos. Los médicos de la LEIF o de la EOL son tomados como médicos generalistas si no hay otra mención explícitamente señalada en el formulario de registro[45].

Ciertamente, la ley indica que «si existe un equipo de cuidadores en contacto regular con el paciente, el médico deberá, a petición del paciente, entrevistarse con el equipo o con alguno de sus miembros» (art. 3, § 2, 4º, de la ley). La mayoría parlamentaria no previó de modo sistemático una concertación interdisciplinar, sino que la petición de eutanasia se inscribe en el marco del «coloquio singular» entre el paciente y el médico invitado a practicar el acto de eutanasia. Como ya se indicó en el transcurso de los trabajos preparatorios, este último, y solo él, es a la vez el portavoz, el que decide y el ejecutante[46].

Cabe sorprenderse de esta elección del legislador belga, pues «el coloquio singular ‘médico-paciente’ ya no es un paradigma suficiente para la medicina moderna frente a la toma de decisiones graves. Hay ‘células de ayuda a la decisión médica’ que permiten la discusión de informaciones que proviene de los diversos actores del equipo de cuidadores. No se trata ni de un tribunal de expertos, ni de una comisión de funcionarios que rechazarían la opinión del paciente o que amenazarían la libertad y la responsabilidad médicas»[47]. Este diálogo pluridisciplinar en equipo permite descodificar mejor la petición, enriquecer la información y justificar mejor la decisión que tomará, con total libertad, el médico encargado del caso.

¿Por qué eliminar con pleno conocimiento de causa esta praxis, cuando una reunión interdisciplinar habría estado especialmente indicada en el caso de un gesto eutanásico, cuyo efecto es irreversible? ¿Es suficiente la libre consulta a los cuidadores, dejando la elección discrecional al médico? Muchos expertos opinan que no[48]. Nos limitaremos a contar aquí un testimonio dado en la Comisión de justicia.

«La historia de Arthur es elocuente. Tiene 23 años. Se ha quedado tetrapléjico tras un accidente de carretera. Está hospitalizado para tratarse de una importante escara. Muy pronto se muestra agresivo y grosero con varias enfermeras. (...) Prefiere morir si es incurable. (...) La petición se repite. El equipo médico decide entonces reunirse para examinar cómo responder. Es convocado todo el personal sanitario que conoce o ha conocido al enfermo. Enseguida el médico comparte con ellos su desconcierto. Está profundamente frustrado por no poder hacer ninguna propuesta al joven tetrapléjico. Algunos cuidadores están indignados por el comportamiento brutal del enfermo. Otros, movidos por su desgracia, defienden su actitud y lo que pide. Se establece un diálogo. Una enfermera habla de la importancia que da el enfermo al proceso judicial que castigará al chófer que le ha dejado en ese estado. El kinesiterapeuta añade que, con la indemnización que espera obtener, piensa acondicionar una parte de la casa de su hermano para irse a vivir allí. En cualquier caso, precisa el asistente social, ‘no está verdaderamente contento en la residencia donde la familia le ha enviado’. El psicólogo traza una parte de la evolución mental del paciente: ‘está cuestionándose los valores sobre los que había construido su vida antes del accidente’. Las piezas de puzzle se juntan. Antes de la reunión el médico tenía la certeza de que el paciente quería morir y

de que era su deber ayudarlo. Ahora duda. Más vale esperar. Informará al paciente de su decisión e intentará asegurarse de que el proyecto terapéutico que han puesto en marcha le conviene (...)»[49].

La ley prevé que, «si tal es la voluntad del paciente, el médico debe ocuparse de su petición con los allegados que este designe» (art. 3, § 2, 5.º). Dicho de otro modo, del «coloquio singular» con el paciente el médico puede sacar la idea de que no ha querido que sus allegados sean consultados. No es raro que la eutanasia se practique sin que ninguno de los allegados del paciente haya sido previamente contactado.

Así, un hombre se enteró que a su madre se le había aplicado la eutanasia en abril de 2002. Esta sufría una depresión crónica. Especialmente herido, el hijo, al que no se le había dicho nada, hizo pública su dolorosa experiencia[50]. Contactó con el médico que le había puesto la inyección letal. Este le aseguró que era «absolutamente cierto» que su madre ya no quería vivir.

En Bélgica es efectivamente posible que haya personas a las que se les aplique la eutanasia, en total conformidad con la ley, sin que lo sepan la familia o los amigos más cercanos. En este terreno, hay una enorme diferencia entre el procedimiento de la eutanasia y los cuidados paliativos, que asocian ampliamente a la familia o a los allegados a todas las decisiones que conciernen al enfermo.

LA EXIGENCIA DE UNA PETICIÓN ESCRITA

La ley belga prevé que la petición del paciente sea por escrito. El documento debe estar «redactado, fechado y firmado por el propio paciente. Si no está en condiciones de hacerlo, la petición debe ser establecida por escrito por una persona mayor de edad designada por él, que no puede tener ningún interés material en el fallecimiento del paciente» (art. 3, § 4). En todos los supuestos es necesario un documento escrito.

Conviene señalar que esta exigencia —esencial— no asegura necesariamente la protección deseada, y podría incitar a un menor rigor en el resto de las condiciones (deseo reiterado, ausencia de presión sobre el paciente...). En este caso, señala un experto, esta obligación reduce la protección ofrecida al paciente en lugar de reforzarla[51].

El primer informe de la Comisión de control, referente a los años 2002 y 2003, señala catorce declaraciones en las que no se menciona la existencia de una petición por escrito[52]. En dos de los casos, la Comisión estimó que «la urgencia de la situación y su carácter dramático podían explicar la ausencia del documento escrito». En otros casos, señala la Comisión, el médico estimó que la declaración escrita era superflua pues existía una declaración anticipada, o el fallecimiento era inminente. A pesar de las reservas expresadas por ciertos miembros de la Comisión, esta última decidió aceptar esas declaraciones tras comprobar que «el conjunto de elementos recogidos [le] habían permitido asegurarse de que las condiciones legales relativas al carácter voluntario, reflexionado y reiterado de la petición estaban presentes».

Sin embargo, la ley impone formalmente que haya una petición escrita y prevé además la posibilidad de que un tercero redacte esa petición cuando el paciente sea incapaz, siempre que se respeten determinadas condiciones.

LA NECESIDAD DE UNA AFECCIÓN GRAVE E INCURABLE

Para que un médico pueda atender una petición de eutanasia, la persona debe presentar una «afección accidental o patológica grave e incurable». He aquí una condición que parece objetiva y verificable. No nos hagamos, sin embargo, muchas ilusiones.

La noción de enfermedad incurable es difícil de delimitar. Dados los constantes progresos de la medicina, una enfermedad considerada incurable hoy puede curarse mañana. Durante las audiciones organizadas en el Parlamento, el Dr. Englert defendió el criterio de enfermedad incurable, al tiempo que reconocía que «el carácter evolutivo de la incurabilidad es evidentemente un problema. Les recuerdo que Boris Vian murió de una insuficiencia mitral menos de diez años antes del primer trasplante de válvula cardíaca»[53]. Por supuesto, no podemos aliviar los sufrimientos presentes con los tratamientos que saldrán a la luz el siglo próximo. Las dificultades de apreciación no son menos terribles cuando parece que se puede encontrar una solución en breve.

Se ha señalado, sobre todo, que las enfermedades incurables son legión: diabetes, reumatismo, artrosis, descompensación cardíaca, enfisema, bronquitis crónica, insuficiencia renal crónica, hepatitis...[54]. Esta observación lleva a relativizar la exigencia legal. A veces cabe preguntarse si la persona a la que se le aplica la eutanasia sufría efectivamente una enfermedad incurable. Esta cuestión se planteó en el caso de Marcel Smets e Hilde Beckers, una pareja de ancianos a los que se les aplicó conjuntamente la eutanasia. Él (83 años) tenía un cáncer en estado terminal, y ella (78 años) no podía imaginar la vida sin él[55].

Pero esto no es todo. A los ojos de la Comisión de control, la gravedad del estado del paciente puede proceder de «patologías múltiples», aunque ninguna de las cuales, examinada aisladamente, sea grave. Fue la Comisión de control la que acuñó esta expresión: no se encuentra ninguna huella de ello en las múltiples páginas que dan cuenta de las discusiones parlamentarias.

De vez en cuando aparece un caso sospechoso que resulta difundido por la prensa. Así es como el gran público ha podido descubrir la noción de «patologías múltiples». Pensemos en el caso de Jeanne. Tiene 88 años, conserva perfectamente la cabeza, y quiere morir. No sufre ni de un cáncer generalizado ni de ninguna otra enfermedad grave e incurable. Se le aplica la eutanasia. Oficialmente, las condiciones legales se han respetado: adolecía de «patologías múltiples» que entrañaban un sufrimiento insoportable. Para su hijo es evidente que no sufría ninguna enfermedad grave e incurable como lo exige la ley de la eutanasia. El antiguo médico de Jeanne compartía su opinión[56].

A propósito de este caso, J. Herremans, presidente de la ADMD/Bélgica y miembro de la Comisión de control, se expresó de la siguiente manera: «Para que un médico pueda acceder a una petición de eutanasia, la persona debe presentar una afección grave e incurable, que por lo demás la ley no define. Es posible también considerar la presencia de una pluripatología, es decir, la combinación de varias afecciones de las cuales ninguna, tomada individualmente, puede ser calificada de grave e incurable. Pero, precisamente por darse juntas, provocan sufrimientos psíquicos y morales que no se pueden aliviar»[57].

El caso de Amelie Van Esbeen fue también noticia[58]. Salvo que se considere que la vejez es una enfermedad incurable, todo lleva a pensar que esta mujer de 93 años de edad no reunía las condiciones legales para conseguir que le practicaran una eutanasia[59]. Su muerte fue, no obstante, provocada por un médico distinto a su médico de familia, quien se había negado, por su parte, a acceder a su petición de eutanasia. Oficialmente, también en este caso todas las condiciones legales fueron respetadas.

Es interesante señalar que el Dr. Englert, miembro de la ADMD/Bélgica y de la Comisión de control, reconoce que la edad avanzada y el cansancio de la vida no son afecciones médicas, pero no por ello excluye la legalidad de la eutanasia. Esta mujer sufría de «patologías múltiples incurables que engendran un enorme sufrimiento, pero cuya gravedad plantea problemas». Ahora bien, explica, «la edad es un factor que debe ser tenido en cuenta en la evolución de la gravedad del estado del paciente, e incluso en ocasiones también de su incurabilidad. Aunque las afecciones tomadas por separado y en otro contexto no habrían sido consideradas como graves e incurables según lo prescrito por la ley, su conjunción (más que su simple adición) y el contexto particular en el que interviene el factor de la edad han llevado, consecuentemente, a admitir este carácter de gravedad»[60]. Por esto, prosigue, ninguna de las declaraciones relativas a estos casos ha sido considerada por la Comisión como transgresora de las condiciones legales. No obstante, admite que no habría sido lo mismo en el caso de una persona joven[61].

A propósito de la gravedad del estado de Amelie Van Esbeen, un autor se pregunta: «¿Quién, fuera de la propia persona, puede juzgar de forma válida?»[62]. Pero si una condición legal no es objetivable, tampoco es susceptible de control. Ello equivale a decir que no estamos frente a una verdadera condición. En el mismo orden de ideas, y en referencia al mismo caso, los autores de un artículo de opinión concluían lúcidamente que «estamos ante el núcleo de esta ley de despenalización de la eutanasia: el respeto a la autonomía de la persona humana»[63].

Todo esto parece lógico y razonable... y confirma la intuición de que los requisitos exigidos por la ley, tantas veces presentados como «muy estrictos», se reducen prácticamente a uno solo: la voluntad libre, reflexionada y reiterada del paciente.

Resulta notable comprobar que la Comisión acepta fundir en una sola dos condiciones diferentes de la ley: 1.º la necesidad de comprobar una afección grave e incurable, 2.º de la que se derive un sufrimiento físico o psíquico constante, insoportable y que no pueda aliviarse. Este enfoque, unido a la ausencia de definición de la noción de «patología

grave e incurable» y al hecho de que la eutanasia es legalmente posible en los pacientes cuyo fallecimiento no tiene manifiestamente lugar en un lapso breve de tiempo, parece hecho a medida para permitir la eutanasia de pacientes que presentan un sufrimiento insoportable como resultado de su avanzada edad, de su soledad o de un cansancio de vivir. Esta eventualidad, hoy en día real, es aceptada incluso por aquellos que la temían hace algunos años[64].

El primer informe a las Cámaras legislativas da cuenta de cuatro afecciones clasificadas como «otras» en el marco de las afecciones en las que se autoriza la eutanasia; conciernen a «un caso de insuficiencia renal y tres casos de ‘patologías múltiples’»[65]. A partir del segundo informe de la Comisión de control, apareció la categoría de «patologías múltiples» en el marco de las afecciones por las que se autorizaba la eutanasia. Se mencionan 27 casos en los años 2004 y 2005, a los que hay que añadir 4 casos de afecciones clasificadas como «otras»[66]. El tercer informe cubre los años 2006 y 2007, y menciona 18 casos de «patologías múltiples» (y 29 casos de afecciones clasificadas como «otras»)[67].

En su cuarto informe, relativo a los años 2008 y 2009, la Comisión menciona 44 casos de «patologías múltiples» (y 48 casos de dolencias clasificadas como «otras»)[68]. Se trata especialmente de personas afectadas por diversas patologías debidas a su avanzada edad (por ejemplo personas enfermas de poliartrosis con reducción de movilidad, que ven mal y que se vuelven sordas)[69]. Algunos miembros de la Comisión estimaron, según cabe leer en su informe, que el sufrimiento y la petición de eutanasia estaban ligados a las consecuencias normales de la edad y no a las afecciones que sufrían. La cuestión fue manifiestamente discutida en el seno de la Comisión, pero la mayoría prevaleció[70].

Finalmente, en su quinto informe, relativo a los años 2010 y 2011, la Comisión menciona 57 casos de «patologías múltiples» (y 104 casos de afecciones calificadas como «otras»[71]), y precisa que, «en los raros casos de pacientes de edad muy avanzada y aquejados de patologías múltiples incurables, algunos miembros de la Comisión han estimado que el sufrimiento y la petición de eutanasia estaban más bien ligados a las consecuencias naturales de la edad que a las afecciones de las que estaban aquejados. Estos casos fueron objeto de discusiones en las sesiones de la Comisión y la decisión se tomó por votación»[72].

LA EXIGENCIA DE UN SUFRIMIENTO FÍSICO O PSÍQUICO

El médico que accede a practicar una eutanasia solicitada por un paciente que «presenta un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable y que no puede ser aliviado (...)» no comete infracción (siempre que las otras condiciones legales de fondo y de forma se hayan respetado). Dos cuestiones vienen inmediatamente a la mente.

Primero: ¿no resulta paradójico hacer tal caso de la libre expresión de una persona que, por exigencia legal, es presa de un sufrimiento insoportable? ¿No será ilusoria una

decisión verdaderamente libre tomada en ese estado? [73]. Un anciano que no recibe ninguna visita, tratado sin empatía, aislado en el marco poco grato de un hospicio envejecido... Esta situación es efectivamente insoportable para él, para los cuidadores y sin duda para sus allegados, poco presentes a su lado, pero ¿es inevitable? La afirmación un tanto categórica de la autonomía del paciente, ¿no puede ser tomada como una manera de declararse ajeno a una decisión trágica? ¿De carecer, por lo tanto, de responsabilidad?

Segundo: cabe preguntarse si es posible apreciar objetivamente el sufrimiento y, a raíz de esto, controlar esta condición legal.

Dolor físico

Los expertos confirman que la gran mayoría de las peticiones de eutanasia no tienen su origen en un dolor físico insoportable, que es, de ordinario, controlado y en cualquier caso controlable[74]. Si bien es cierto que los recursos de la medicina actual son cada vez más eficaces para aliviar y hacer soportable el dolor físico, la pericia de cierto número de médicos en materia de control del dolor y de los síntomas resulta con demasiada frecuencia insuficiente.

Podrían multiplicarse los relatos sobre pacientes que, tras haber formulado una insistente petición de eutanasia, justificada por un dolor insoportable, han cambiado de servicio o, puestos en manos más expertas y una vez reajustado el tratamiento analgésico, han recuperado el gusto por la vida y se han vuelto atrás de su decisión.

Así, por ejemplo, la siguiente historia. «Annie tiene 82 años cuando es hospitalizada por un violento dolor lumbar. El diagnóstico concluye con la presencia de un voluminoso tumor renal inoperable. El mal estado general de la paciente y su edad llevan al equipo médico a no proponer sino la prescripción de analgésicos. Pero el dolor resulta resistente al tratamiento aplicado. Las medicaciones se suceden y los medios técnicos empleados son cada vez más sofisticados. La paciente termina por exigir que la duerman. Ya no soporta más seguir sufriendo. Se le prescriben somníferos y neurolépticos. Cuatro semanas más tarde, está totalmente postrada y no reconoce a ninguno de sus allegados. El médico propone trasladarla a la unidad de cuidados continuos. Desde su admisión, su marido y sus hijos exigen que se ponga fin a los días de la enferma. Tras una larga y difícil discusión, aceptan que se modifique el tratamiento médico. El tiempo pasa. El estado de conciencia de la enferma mejora y el dolor resulta soportable. La enferma vuelve a su casa un mes más tarde, con ayuda de un equipo de compañía. ¿Qué habría sido de esa paciente si se hubiera quedado en el servicio inicial y el médico al que se consultara hubiera testificado la naturaleza incurable de la afección y el carácter incontrolable de su sufrimiento?»[75].

La respuesta a esta pregunta es obvia: habría venido a engordar las estadísticas de las eutanasias realizadas, oficialmente, en el respeto de las condiciones legales. No cabe, sin embargo, cuantificar las eutanasias practicadas, no tanto por respeto a la autonomía del paciente cuanto por falta de pericia médica en el tratamiento del dolor.

Sufrimiento psicológico

La mayoría de las peticiones de eutanasia están en realidad sustentadas por un sufrimiento psíquico. Este es —¿es preciso decirlo?— particularmente difícil de evaluar, tanto más cuanto que los factores que lo desencadenan y lo alimentan son complejos. La angustia psicológica está con frecuencia ligada a la pérdida de salud, de autonomía, al aislamiento social... Puede nacer de la aprehensión de un sufrimiento venidero, real o imaginario[76]. El sufrimiento puede estar acompañado de una auténtica depresión, que hay que reconocer y tratar, antes de considerar que el paciente que expresa su deseo de morir se encuentra en un estado de sufrimiento psíquico insoportable y que no puede ser aliviado.

Diversos estudios convergentes han demostrado que la depresión es frecuente en enfermos terminales, particularmente en los que presentan un cáncer avanzado, y que los enfermos que sufren depresión están expuestos a un riesgo suicida 25 veces más alto que el de la población general[77]. Ahora bien, es muy frecuente que la depresión no se trate de forma adecuada, incluso que no se diagnostique[78]. En el período terminal, el sufrimiento, mal controlado en el tratamiento del cáncer, sería una de las causas más frecuentes del impulso suicida o de la petición de eutanasia por parte de un paciente o de su entorno[79]. Autores competentes han arrojado asimismo luz sobre otro factor importante, distinto a la depresión, en la génesis de la idea suicida de los pacientes terminales: la desesperación (*hopelessness*)[80]. El psiquiatra canadiense Harvey Chochinov ha elaborado un modelo de psicoterapia conocido como *dignity therapy*, merced al cual se intenta especialmente ayudar a la persona a no identificarse con su propia enfermedad[81]. Otro elemento sospechoso de contribuir a la petición de eutanasia es el «síndrome de desmoralización», identificado en 2001 por David Kissane, jefe del departamento de psiquiatría del Memorial Sloane-Kettering Cancer Center[82]. Además de una situación caracterizada por la desesperación, la pérdida del sentido de la vida y un cansancio existencial ante el futuro, se han identificado varios elementos que pueden incitar al paciente gravemente enfermo a pedir la eutanasia; entre ellos está la impresión de ser una carga para los demás o el debilitamiento de la cohesión familiar, pero también la insuficiente habilidad terapéutica del médico que trata el caso y la sensación de una voluntad de anticipar la muerte del enfermo.

En este complejo contexto, se comprende que la petición de eutanasia por parte del paciente se presente como un desafío no solo humano y ético, sino también puramente médico, a nivel terapéutico y de diagnóstico. Se trata de identificar correctamente el problema y no precipitarse hacia una falsa buena solución.

Un testimonio, entre otros muchos, permite medir la dificultad. Ante un médico escéptico que, en un foro de discusión, afirmaba normalidad de la depresión en una persona aquejada de un cáncer terminal, una señora reaccionó así: «Tiene usted razón;

¿quién no estaría deprimido por un cáncer terminal? Quien le escribe es una madre que ha perdido a una hija, hace apenas cuatro meses, una hija maravillosa de 23 años. En cuanto le diagnosticaron la enfermedad luchó con todas sus fuerzas; después, con los primeros fracasos terapéuticos, comenzó a dejarse ir, alejó a su novio, dejó los estudios y empezó a desear la muerte. Afortunadamente, encontré una buena psiquiatra que, con solo una pastilla de antidepresivo y alguna sesión terapéutica, devolvió a mi hija las fuerzas para luchar; retomó sus estudios universitarios, obtuvo su permiso de conducir, preparó la tesis de licenciatura, recommenzó su vida de joven ‘normal’, pese a sus sufrimientos. Todo esto ocurría entre sesión y sesión de quimioterapia y un montón de complicaciones... Cuanto peor estaba, más se aferraba a la vida. Todos en la familia constatamos que su deseo inicial de morir se debía a una fuerte depresión (...) [83]».

Los autores de la ley belga de la eutanasia se mostraron muy prudentes ante la idea de autorizarla cuando el sufrimiento fuera principal o exclusivamente de orden psíquico [84]. La Comisión de Salud pública de la Cámara estimó, por unanimidad, que «el solo sufrimiento psiquiátrico del paciente nunca puede conducir a la eutanasia» [85]. Parecía admitido que a los pacientes depresivos, psiquiátricos o dementes no les atañía la ley en gestación [86]. Este punto de vista fue confirmado, en numerosas ocasiones, en la Comisión de Justicia [87]: «Los grupos de la mayoría reconocen que el campo de aplicación de este proyecto de ley no concierne a los pacientes aquejados de demencia o de trastornos psiquiátricos. Aquellas personas que aún tengan dudas al respecto podrán acudir al informe relativo a los trabajos parlamentarios, que será publicado y en el que la voluntad del legislador quedará expuesta de una manera suficientemente clara a este respecto» [88].

Un caso mediático suscita ciertos interrogantes. A mediados de septiembre de 2002, se practica la eutanasia en prisión a un detenido psiquiátrico de 48 años. Es una novedad. Este acto en un entorno penitenciario, confirmado por la administración competente, se juzga conforme a la ley belga de la eutanasia. La noción de sufrimiento psicológico aparece aquí como algo delicado de manejar. «Incluso aunque la petición de eutanasia corresponda a todas las condiciones legales, la cuestión que todo el mundo se plantea en este debate social es la de saber si el detenido habría tomado esa decisión con un tratamiento psiquiátrico adecuado», advierte el Dr. Marc Moens, presidente de la Asociación Belga de Sindicatos Médicos (ABSyM) [89]. Cuando conocemos el lamentable estado de nuestras prisiones, el fenómeno de la superpoblación penitenciaria y la insuficiencia de medios financieros para el seguimiento de los detenidos psiquiátricos, la apreciación del sufrimiento psicológico resulta singularmente delicada. En estas condiciones, cabe también preguntarse acerca del carácter plenamente libre y voluntario de la petición de eutanasia. Desde el instante en el que la eutanasia se permite en el caso de un sufrimiento puramente psíquico, ¿podemos llegar a considerar que un encarcelamiento de larga duración constituye un sufrimiento suficiente como para justificar la eutanasia?

Resulta claro que las afecciones neuropsiquiátricas plantean de forma grave el problema de la validez de la petición de un paciente por la dificultad de asegurarse de su carácter voluntario, reflexionado y lúcido. La autonomía del demente resulta también dudosa: «su juicio está alterado, sus emociones menos autocontroladas, su vida impregnada de un humor depresivo, etc.»[90].

Comprendemos que la eutanasia de Hugo Claus provocase revuelo hace unos años. Este conocido escritor flamenco escogió morir mediante una eutanasia a los 78 años, aún cuando solo estaba en el primer estadio de la enfermedad de Alzheimer. Perdía la memoria y el control y se sentía disminuido[91]. El caso fue declarado a la Comisión de control, que lo estimó aceptable a la vista de las condiciones legales, y no lo transmitió al fiscal.

Me abstendré, por pudor, de comentar este caso concreto. No obstante, se impone de forma general una extrema prudencia. En el estado actual de la ley sobre la eutanasia, la posibilidad de redactar una declaración anticipada no es de ninguna ayuda en este tipo de situaciones. En efecto, una declaración de ese tipo solo puede ejecutarse si el paciente se encuentra en un estado de inconsciencia *irreversible*, lo que no afecta a la disminución progresiva de las facultades cognitivas y de la conciencia de uno mismo. La única salida es la de formular una petición de eutanasia al inicio de la enfermedad, cuando la persona aún puede cumplir las condiciones de conciencia y lucidez fijadas por la ley.

Sin embargo, los trastornos de memoria, sin duda desconcertantes, pero relativamente leves al principio, pueden hacer temer un principio de Alzheimer. Estos trastornos cognitivos leves («*mild cognitive impairments*») pueden efectivamente constituir un principio de demencia, pero pueden también estabilizarse, incluso retroceder, y corresponder a trastornos funcionales benignos[92]. Existe, pues, el riesgo, al inicio de la enfermedad, cuando aparecen los primeros síntomas, de que el paciente se equivoque sobre la naturaleza de los mismos. ¿Cómo considerar su petición de eutanasia libre y lúcida, cuando ha podido, erróneamente, hacer un pronóstico demasiado sombrío? Ello tanto más cuanto que su decisión ha podido estar influida por un error de diagnóstico, un contexto emocional, una eventual presión del entorno, una percepción errónea de la evolución probable de la enfermedad... Existen formas de demencia o de otras enfermedades neurodegenerativas de evolución lenta o poco severa, que permiten una autonomía y una calidad de vida decentes durante mucho tiempo.

Es tan difícil apreciar el carácter insoportable del sufrimiento psicológico del demente como saber si va a persistir. Al aceptar la eutanasia en el umbral de la enfermedad, ¿no nos arriesgamos a anticipar la angustia de un sufrimiento insoportable? ¿No podemos ver en esto una forma de presión ejercida sobre personas mayores, frecuentemente preocupadas por ser una carga para las personas de su entorno o para la colectividad? ¿Cómo asegurarse seriamente de que su petición de eutanasia es voluntaria, reflexionada y a salvo de toda presión externa?[93].

Todas estas consideraciones muestran hasta qué punto la cuestión es delicada. Pero no todo el mundo es de esta opinión. Para el Dr. Dominique Lossignol, «la demencia no es una patología que debiéramos tratar de forma separada: la eutanasia debería permitirse también en pacientes ciegos o politraumatizados. Lo que importa es la voluntad del paciente»[94]. ¡Opinión de lo más coherente, cuando la ley de la eutanasia se funda en la autonomía del paciente! Pero, ¿qué pasa con las otras «estrictas condiciones» a las que la ley subordina el gesto eutanásico?

Según la opinión expresada por un miembro de la Comisión de control, «es raro que un enfermo afectado por una enfermedad neuropsiquiátrica incurable sea capaz de hacer una petición clara, voluntaria y reiterada»[95]. Otro miembro de la misma Comisión abunda en un sentido similar, señalando que «la ley de la eutanasia no especifica en ninguna parte que una afección incurable causada por una enfermedad no pueda ser una afección psiquiátrica. Sin embargo, resulta muy difícil en estos casos determinar si el paciente se ha curado, si es capaz y si se encuentra, por lo tanto, en situación de pedir por sí mismo la eutanasia»[96].

Pese a la prudencia anunciada tanto por los autores de la ley de la eutanasia cuanto por diversos expertos, la Comisión de control ha aprobado en diversas ocasiones casos de eutanasia practicada en pacientes psiquiátricos, dementes o depresivos. En su segundo informe, avaló nueve eutanasias declaradas por afección neuropsiquiátrica: un caso de Creutzfeldt-Jakob, tres casos de Alzheimer, un caso de Huntington y cuatro casos de depresión crónica[97]. Una activa asociación flamenca de apoyo a personas depresivas (*Netwerk Depressie Vlaanderen*) se conmocionó, estimando que se trataba de un antecedente peligroso: «se ha abierto la puerta de la eutanasia a millares de personas depresivas o con tendencias suicidas para que se den muerte con toda legalidad»[98].

En su tercer informe a las cámaras legislativas, la Comisión de control de nuevo avala nueve eutanasias declaradas en el caso de afecciones neuropsiquiátricas: dos personas aquejadas de Alzheimer, un caso de demencia vascular, un caso de depresión crónica, otro de psicosis con tentativa de suicidio, así como cuatro de personas afectadas por la enfermedad de Huntington[99]. A ello hay que añadir cuatro eutanasias declaradas de personas enfermas de una afección neuropsíquica y cuyo fallecimiento no estaba previsto a corto plazo[100]. Tras vivas discusiones, la mayoría de la Comisión decidió igualmente que «una evolución dramática futura (como el coma, la pérdida de autonomía o la demencia progresiva), basta para ser calificada de sufrimiento psíquico insoportable sin posibilidad de alivio según los términos de la ley»[101].

El cuarto informe presenta 34 eutanasias declaradas de personas aquejadas de una afección neuropsíquica, a las cuales hay que añadir 28 casos de eutanasia declarada de personas aquejadas del mismo tipo de enfermedad y cuyo fallecimiento no estaba previsto en un plazo breve[102]. Los autores del informe mencionan, no obstante, que ciertos miembros de la Comisión estiman que se ha dado una interpretación demasiado imprecisa a la noción de sufrimiento psíquico. Pero esta forma de ver las cosas no fue

aceptada por la mayoría de los miembros de la Comisión[103].

Finalmente, en su quinto informe de los años 2010 y 2011, la Comisión aprueba un número aún más elevado de eutanasias declaradas en casos de afecciones neuropsíquicas (Alzheimer, Huntington, demencias vasculares, psicosis irreductibles, etc.): 58 casos de enfermos en fase terminal más 47 casos de fallecimientos no previstos a corto plazo[104]. Como en su anterior informe, la Comisión de control señala que «la cuestión de los límites de la noción de ‘sufrimiento psíquico’ ha sido objeto de diferencias en el seno de la Comisión: algunos de sus miembros han estimado que una evolución dramática previsible no podía ser calificada ‘hic et nunc’ de sufrimiento psíquico insoportable e imposible de aliviar según los términos de la ley de eutanasia. Este punto de vista no fue el de la mayoría de la comisión»[105].

Desde entonces, han saltado a la opinión pública otros nuevos casos. Uno de los más recientes es el de Eddy y Marc Verbessem, verdaderos gemelos (univitelinos), sordos de nacimiento[106]. Han sido eutanasiados juntos, a petición suya, el 14 de diciembre de 2012 en la clínica universitaria de Jette. Tenían 45 años. Su petición de eutanasia tiene su origen en el diagnóstico de un glaucoma que, al parecer, les conduciría progresivamente hacia la ceguera. Esta perspectiva, junto a la idea de perder su autonomía, les resultaba insoportable. El caso ha sido presentado por algunos medios de comunicación en primera plana. Hasta ahora, habían recibido la eutanasia varias parejas, pero nunca había ocurrido que dos hermanos pidiesen y obtuviesen juntos la eutanasia. No descarto que se reunieran formalmente las condiciones de la ley. Entre ellas, el sufrimiento psicológico que, en este caso, proviene de la anticipación del sufrimiento futuro asociado a la ceguera y a la pérdida de autonomía. Sin embargo, subsiste la sensación de que algo no encaja: de forma insensible, la eutanasia parece haberse convertido en la respuesta humanamente más digna en situaciones de sufrimiento. En la medida en que disminuye el nivel de tolerancia respecto a la enfermedad o al sufrimiento, la eutanasia se banaliza. La elección de los hermanos gemelos es comprensible y respetable. Aún así, uno puede preguntarse si la sociedad les ha apoyado suficientemente para mantener una calidad de vida aceptable a pesar de sus deficiencias[107]. Su situación pone la medicina y la sociedad a prueba para imaginar maneras de acompañar a quienes sufren en los caminos de la vida, y no solo en la vía de la muerte.

LA EXIGENCIA DE UN SUFRIMIENTO INSOPORTABLE E IMPOSIBLE DE ALIVIAR

El tono quedó fijado desde el primer informe: la Comisión estima de entrada que la evaluación del carácter insoportable del sufrimiento es «en gran medida subjetiva y depende de la personalidad del paciente, de sus concepciones y de los valores que le son propios»[108].

En cuanto al carácter imposible de aliviar del sufrimiento, la Comisión de control afirma que hay que tener en cuenta que «el paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento contra el dolor, incluso paliativo, cuando el tratamiento conlleve, por ejemplo, efectos secundarios o modalidades de aplicación que considera insoportables»[\[109\]](#). En realidad, toda idea de «filtro paliativo» es despreciada por los partidarios de la eutanasia. El médico debería limitarse a informar sobre las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos. Otra cosa es para el paciente experimentar los beneficios que estos procuran. ¿Cómo cabe afirmar que el sufrimiento del paciente «no puede aliviarse» si este último rechaza todo tratamiento paliativo?

Pero la verdad es que, en la práctica, la Comisión ejerce un control muy laxo del carácter insoportable e imposible de aliviar del sufrimiento, criterio que, sin embargo, ocupa un lugar central en la ley.

UN ACTO PRACTICADO POR UN MÉDICO

Para que el acto eutanásico no sea considerado como una infracción, este debe ser llevado a cabo por un «médico». A este propósito, resulta obligado comprobar la existencia de una discrepancia entre los informes oficiales de la Comisión de control — que jamás presentan el más mínimo problema respecto a esta exigencia— y el testimonio de enfermeras y enfermeros que, por otro lado, afirman ser llamados para ejecutar el gesto letal.

Hay que reconocer que no es nada fácil recopilar las pruebas de semejante alegación. Es evidente que estos enfermeros y enfermeras están en una situación incómoda, tanto para resistir a las presiones como para denunciar a la justicia o a su superior jerárquico en el seno del hospital una grave infracción que puede ser sancionada penalmente. Dicho esto, existen al menos indicios en este sentido.

Ante todo, esta situación aparece ya en la literatura especializada[\[110\]](#). Luego, según un artículo publicado en diciembre de 2010 en el diario *De Standaard*, la asociación flamenca de enfermeras (*Vlaamse Verpleegunie*), que reúne a la mayor parte del sector, se habría rebelado. En este artículo sale a relucir que «las enfermeras y los enfermeros ya no quieren administrar con sus propias manos ninguna forma de eutanasia. En el 12% de los casos es un enfermero quien realiza el gesto letal. Esto es aún más frecuente en los casos de interrupción de la vida sin petición del paciente. (...) La asociación flamenca de enfermeras desaconseja a sus miembros administrar el producto letal. Debe seguir siendo tarea exclusiva del médico, como lo prevé la ley de eutanasia. Un médico no puede dejar o delegar esto en los enfermeros»[\[111\]](#).

Finalmente, una encuesta realizada entre los profesionales de la salud que ejercen en la Bélgica francófona confirma, con el apoyo de testimonios, que en ocasiones las

eutanasias son practicadas por enfermeras o enfermeros[112]. Debo añadir este testimonio de una enfermera que conoce bien las distintas decisiones médicas al final de la vida: «(...) Siendo enfermera en cuidados intensivos desde hace varios años (y antes en otros servicios como oncología o geriatría), me veo fuertemente enfrentada a este grave problema. (...) La situación actual ya no es la de hace diez años (cuando acababa de llegar a Bélgica y ya estaba asustada de lo que veía). Hoy en día la realidad de la eutanasia se ha convertido en ‘normal’ en el espíritu de los cuidadores, ya no es un tabú, ya no incomoda a nadie; se considera como ‘un derecho del paciente’ y es inaceptable que un médico pueda rechazar este derecho. No obstante, a mi modo de ver queda sin resolver la cuestión del cuerpo de enfermeros que, sin tener la responsabilidad de la decisión, se ve frecuentemente confrontado a actos eutanásicos frente a médicos abiertamente favorables a la eutanasia, pero que no llevan a cabo el acto y delegan la tarea. Es difícil decir ‘no’ en un equipo favorable a la eutanasia (y enemistarse con él, hablo por experiencia personal); e imposible también entrar en este juego de muerte. Se habla mucho de médicos, de forenses... en este debate y muy poco del papel de los enfermeros. Esta es la impresión que tengo desde hace muchos años y pienso que no soy la única que vive este combate todos los días de una forma difícil y con muy poco apoyo de mi entorno. ¿Qué hacer para ayudar a los enfermeros en estas situaciones difíciles, para ayudarles en el justo discernimiento de las situaciones y animarles a decir no, para apoyarles frente a esta terrible realidad, y darles un espacio en el que puedan hablar?».

[32] Proposición de ley relativa a la eutanasia, presentada el 20 de diciembre de 1999 por Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy y J. De Roeck, *Doc. parl.*, Senado, sesión 1999-2000, n° 2-244/1, p. 3.

[33] Citado por el Prof. Dr. G. Herranz, Comparecencia en el Senado, Madrid, 16 de junio de 1998, n° 307, p. 5.

[34] H. Hendin (1998).

[35] *Ibid.*, cap. 4 y referencias. Damos la referencia precisa en la reciente edición española de la obra: H. Hendin (2009), p. 157.

[36] Ver también el decreto real del 2 de abril de 2003 en el que se fijan las modalidades según las cuales se redacta, confirma, revisa o reitera la declaración anticipada de eutanasia. *Moniteur belge*, 13 de mayo de 2003, p. 25587.

[37] Para otros datos, ver los informes de la Comisión federal de control.

[38] Fuente: Comisión de control, Quinto informe (2012), p. 13.

[39] Para otras consideraciones, B. Hanson, «Euthanasie et figures de l'autonomie», *Ethica Clinica*, 2003, n° 32, p. 33.

[40] G. Deschietere, «L'homme volontaire. Réflexions sur les nouvelles législations et en particulier celle relative à l'euthanasie», *Ethica Clinica*, 2003, n° 32, p. 28.

[41] P. Wesley (1993), especialmente p. 480.

[42] Testimonio reproducido en «La légalisation de l'euthanasie en Belgique : un bilan» - Estudio realizado por el Grupo de trabajo ‘Éthique, droit et santé’ del Colectivo ‘Plus digne la vie’, bajo la dirección del Dr. B. Devalois, marzo de 2012, pp. 7-8.

[43] Cf., por ejemplo, Audición del profesor H. Nys, especialista en derecho médico, Informe de la Comisión de Justicia, p. 154.

[44] «Médecins EOL – Le forum EOL. Origine et objectifs», www.admd.be/medecins.html, p. 1.

[45] Comisión de control, Quinto informe (2012), p. 8.

[46] Audición del Dr. M. Desmedt, Informe de la Comisión de Justicia, p. 139.

[47] Audición del profesor M. Dupuis, Informe de la Comisión de Justicia, *ibid.*, pp. 115-116.

[48] Cf., entre otras referencias, el Informe de las Comisiones conjuntas, p.154, pp. 336 y 337; Audición del Dr D. Bouckaenare, médico responsable de la Unidad de cuidados continuos y paliativos de las clínicas ‘Europe-Saint-Michel’, p. 625 y p. 629; Audición del profesor R.O. Daleq, misma referencia, p. 896.

- [49] Audición del Dr M. Desmedt, Informe de la Comisión de Justicia, pp. 140-141.
- [50] Cf. Dr. T. Mortier (con la colaboración del Dr. S. Bieseman y del Prof. em. H. De Dijn), «Naar een gecontroleerde suïcidemaatschappij door euthanasie bij psychisch lijden?», *Artsenkrant*, 6 noviembre de 2012, n° 2275, p. 31.
- [51] Audición del prof. H. Nys, Informe de la Comisión de Justicia, p. 153.
- [52] Comisión de Control, Primer informe (2004), p. 18.
- [53] Audición del Dr. Y. Englert, p. 50.
- [54] Cf., entre otras, la audición del Dr. W. Distelmans, p. 664.
- [55] Cf., por ejemplo, «Bejaard koppel kiest samen voor euthanasie», *Het Belang van Limburg*, 26 de marzo de 2011; «Bejaard koppel stapt uit het leven», *De Standaard*, 26 de marzo de 2011.
- [56] Cf., por ejemplo, P. Gruber, «Jeanne avait décidé de mourir», *Le Vif/L'Express* (Bélgica), 21 de enero de 2008, pp. 36-40; F. Delpierre, «Jeanne — ‘Ma mère ne répondait pas aux critères pour être euthanasiée’», *Le Soir*, 15 de enero de 2011, p. 12; E. Saget, «L’euthanasie, ma mère et moi», *L'Express* (Francia), 24 de abril de 2008.
- [57] J. Herremans, miembro de la Comisión de control y presidente de la ADMD (Bélgica), *Le Vif/L'Express*, 25 de enero de 2008, p. 36.
- [58] Cf., por ejemplo, M. Lamensch, «Amelie Van Esbeen», *Le Soir*, 24 de marzo de 2009, p. 19 ; M. Lamensch y F. Soumois, «La vieille dame de 93 ans a obtenu l’euthanasie», *Le Soir*, 2 de abril de 2009, p. 8 y el editorial « Les leçons d’un cas très médiatisé », p. 22.
- [59] F. Keuleneer, miembro suplente de la Comisión de control, «Puntjes op de ‘i’ in het euthanasiedebat. Euthanasie veeler inperken dan uitbreiden», *Tertio*, n° 477, 2009, p. 10; A. Hovine «Le douloureux destin d’Amelie Van Esbeen», *La Libre Belgique*, 2 de abril de 2009.
- [60] Dr. M. Englert, «L’euthanasie des patients âgés», p. 12, www.admd.be/medecins.html.
- [61] *Ibidem*.
- [62] J.P. Jaeken, «Mise au point concernant des patients âgés», *Bulletin de l’ADMD*, n° 112, junio de 2009, p. 10.
- [63] J. Herremans y P. Galand, Carte blanche «Euthanasie: entre l’application de la loi et son extension», *Le Soir*, 2 de abril de 2009, p. 14, publicado igualmente en el *Bulletin de l’ADMD*, n° 112, junio de 2009, p. 13.
- [64] Cf. H. Nys (profesor de derecho médico), «De redelijkheid is teruggekeerd», *Knack*, 15 de febrero de 2012, p. 33.
- [65] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 8.
- [66] Comisión de control, Segundo informe (2006), p. 16 (rúbrica «diagnostics») y p. 17 (rúbrica «diagnostics des décès non prévus à brève échéance»).
- [67] Comisión de control, Tercer informe (2008), pp. 16 y 17 («diagnostics des décès non prévus à brève échéance»).
- [68] Comisión de control, Cuarto informe (2010), p. 16.
- [69] Cf. Dr. M. Englert, miembro de la Comisión de control y de la ADMD, «L’euthanasie des patients âgés», p. 12, www.admd.be/medecins.html.
- [70] Comisión de control, Cuarto informe (2010), p. 22.
- [71] Comisión de control, Quinto informe (2012), p. 8 y 9 («diagnostics des décès non prévus à brève échéance»).
- [72] *Ibid.*, p. 14.
- [73] Cf., por ejemplo, Informe de la Comisión de Justicia, pp. 69-70, p. 83 y *passim*.
- [74] Cf., por ejemplo, Audición del Dr. M. Desmedt, Informe de la Comisión de Justicia, p. 135; Audición del doctor J. Menten, servicio de enfermedades tumorales y de radioterapia, UZ Gasthuisberg (Clínicas universitarias de Lovaina), p. 683.
- [75] Audición del Dr. M. Desmedt, Informe de la Comisión de Justicia, p. 136.
- [76] Para ejemplos y referencias, ver Audición del Dr. M. Desmedt, Informe de la Comisión de Justicia, p. 137.
- [77] W. Breitbart, B. Rosenfeld, H. Pessin, M. Kaim, J. Funesti-Esch, M. Galiotta, y alii (2000); B. Rosenfeld, W. Breitbart, S. Krivo, H.M. Chochinov (2000); H.M. Chochinov, K.G. Wilson, M. Enns, N. Mowchun, S. Lander, M. Levitt, J.J. Clinch (1995).
- [78] H. Pessin, B. Rosenfeld, W. Breitbart (2002), especialmente p. 358 ; S.D. Passik, W. Dugan, M.V. McDonald, B. Rosenfeld, D.E. Theobald, S. Edgerton (1998); H.M. Chochinov, K.G. Wilson, M. Enns, S. Lander (1997); R. Fresco, «Menace suicidaire et demande d’euthanasie: des équivalents dépressifs ?», in M. Abiven, C. Charcot y R. Fresco (2000), pp. 212 y s., y los estudios citados.
- [79] Cf. también C. Charcot, «Vieillesse, suicide et risque d’une euthanasie dépénalisée», in M. Abiven, C. Charcot y R. Fresco (2000), p. 212.
- [80] W. Breitbart, B. Rosenfeld, H. Pessin, M. Kaim, J. Funesti-Esch, M. Galiotta, y alii (2000); W. Breitbart, E. Bruera, H. Chochinov, M. Lynch (1995).
- [81] Por ejemplo, H.M. Chochinov (2002).

- [82] D. Kissane (2001).
- [83] Testimonio contado por R. Pucetti, «Entre depresión y eutanasia», 2007, artículo sin publicar.
- [84] Informe de la Comisión de Justicia, p. 19.
- [85] Informe de la Comisión de salud pública, p. 379.
- [86] Cf. También Proyecto de ley relativo a la eutanasia, Enmiendas, *Doc. parl.*, C. repr., n° 50 1488/005, p. 9.
- [87] Informe de la Comisión de Justicia, pp. 19, 52, 56, 217, 243, 244, 245, etc.
- [88] Informe de la Comisión de Justicia, p. 244.
- [89] Dr. Marc Moens, presidente de la ABSyM, Comunicado de prensa – Les détenus psychiatriques ont droit aux soins médicaux, 13 de septiembre de 2012.
- [90] J.M. Maloteaux, «Éthique de fin de vie dans les maladies neurodégénératives», *Tempo Médical*, junio-julio de 2012, p. 110.
- [91] Cf., por ejemplo, «L'écrivain belge Hugo Claus a choisi l'euthanasie», AFP, 19 de marzo de 2008 ; «En Belgique, le départ choisi d'Hugo Claus», *Libération*, 21 de marzo de 2008. Ver igualmente las opiniones analizadas y publicadas en *De Standaard*, 22-23-24 de marzo de 2008, pp. 22-23; «Euthanasie kent Claus-effect», *De Standaard*, 21 de mayo de 2008.
- [92] J.M. Maloteaux, «Éthique de fin de vie dans les maladies neurodégénératives», *Tempo Médical*, junio-julio de 2012, pp. 110-111.
- [93] Para otras consideraciones, ver el artículo de opinión firmado por un colectivo de profesores universitarios, «Démence et euthanasie: démentir la déchéance», *Le Soir*, 2 de marzo de 2006.
- [94] «Oser le débat sur l'euthanasie», *Le Soir*, 15 de abril de 2008.
- [95] Dr. M. Englert, miembro de la Comisión de control y de la ADMD, www.admd.be/medecins.html, p. 11.
- [96] Cf. «Quatre cas pour dépression majeure irréductible», *La Libre Belgique*, 2 de febrero de 2007. El propósito es del profesor Wim Distelmans.
- [97] Comisión de control, Segundo informe (2006), p. 22.
- [98] Propósito retomado en el artículo «Quatre cas pour dépression majeure irréductible», *La Libre Belgique*, 2 de febrero de 2007.
- [99] Comisión de control, Tercer informe (2008), pp.16 y 22.
- [100] *Ibid.*, p. 17.
- [101] *Ibid.*, p. 24.
- [102] Comisión de control, Cuarto informe (2010), pp. 16 y 17.
- [103] *Ibid.*, p. 33.
- [104] Comisión de control, Quinto informe (2012), pp. 8, 9 y 14.
- [105] *Ibid.*, p. 16.
- [106] *De Standaard*, 14 de enero de 2013, pp. 2, 6-7 y 23; *De Standaard*, 15 de enero de 2013, p. 10; *Artsenkrant*, n° 2991, 18 de enero de 2013, p. 4.
- [107] Cf. la opinión conjunta de los directores de «Spermalia» en Brujas y «La Bastide» en Namur, dos instituciones especializadas en el acompañamiento de las personas sordas y ciegas, publicada en *L'Avenir*, 18 de enero de 2013.
- [108] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 18.
- [109] *Ibid.*
- [110] E. Inghelbrecht, J. Bilsen, F. Mortier, F. Deliens (2010).
- [111] «Verplegers willen laatste spuitje niet meer geven» (traducción: los enfermeros ya no quieren administrar la inyección final), *De Standaard*, 13 de diciembre de 2010, p. 9.
- [112] Cf. Los testimonios reproducidos en «La légalisation de l'euthanasie en Belgique: un bilan» - Estudio realizado por el Grupo de trabajo 'Éthique, droit et santé' del Colectivo 'Plus digne la vie', bajo la dirección del Dr. B. Devalois, marzo de 2012, pp. 6 y 7.

IV. ¿CABE OBSERVAR EN BÉLGICA UN FENÓMENO DE «PENDIENTE RESBALADIZA»?

*La ley obedecerá a su propia naturaleza y no a la voluntad del legislador, e inevitablemente dará los frutos que
hayamos sembrado en ella.*

G.K. Chesterton[\[113\]](#)

En el contexto que nos ocupa, se entiende habitualmente por «pendiente resbaladiza» (*slippery slope*) el hecho de que las disposiciones relativas a la eutanasia (o al suicidio asistido por un médico) han creado las condiciones para una progresiva ampliación de las indicaciones de la eutanasia, y han entrañado la aceptación de prácticas que el legislador no quería inicialmente permitir, o una evolución hacia actuaciones manifiestamente ilegales.

REFLEXIONES PRELIMINARES

Cuando se refieren al argumento de la «pendiente resbaladiza», los partidarios de la eutanasia tienden a presentarlo de forma caricaturesca, con acentos dramáticos, exagerando su alcance[\[114\]](#). Esta retórica catastrofista facilita la crítica del argumento. Es cierto que con frecuencia se ha abusado de él. Y es tanto más fácil de movilizar cuanto que no exige grandes esfuerzos demostrativos: para oponerse a cualquier reforma basta con anunciar las peores desgracias que inevitablemente conllevaría. Algunos adversarios de la eutanasia han hecho así un uso torcido de esta teoría, agitando el espectro de los crímenes nazis, y sugiriendo que nos dirigimos hacia el mismo tipo de horrores en cuanto se legalice la eutanasia voluntaria. Con el paso del tiempo no se observan esas derivas... y toda esa dialéctica alarmista resulta muy debilitada, cuando no, y con toda razón, ridiculizada.

Aunque el argumento no carezca de sentido, hay que reconocer que es extremadamente débil en el plano lógico[\[115\]](#). Así, no hay que equivocarse sobre el objeto y alcance del presente capítulo. La referencia a la «pendiente resbaladiza» no se ha tomado aquí como una herramienta de deducción lógica, sino como simple instrumento de análisis basado en datos históricos extraídos, llegado el caso, de las relaciones oficiales de la Comisión de control. Se trata, ni más ni menos, de sacar a la luz las consecuencias verificables —y verificadas— de una opción que se consideró

pertinente en su origen. Y conviene insistir: esas consecuencias no son, por tanto, producto de la invención, como otros tantos proyectos adivinatorios de un futuro desconocido, sino fruto de la observación sobre la base de datos y comprobaciones objetivas.

En la obra ya citada, *Seduced by death*, H. Hendin sostiene que Holanda ha evolucionado «desde la eutanasia para enfermos terminales hasta la eutanasia para enfermos crónicos, desde la eutanasia para enfermedades físicas hasta la eutanasia para enfermedades psicológicas, y desde la eutanasia voluntaria hasta la no voluntaria y a la involuntaria»[\[116\]](#).

La historia de la eutanasia en Holanda es compleja. Este país es el primero del mundo en haber legalizado la eutanasia. Aunque esté fuera de lugar relatar el largo camino recorrido hasta llegar a la situación actual, resulta, sin embargo, útil señalar sus principales jalones, con el único objetivo de evidenciar, por contraste, la singularidad de la situación belga[\[117\]](#).

Incursión furtiva en Holanda

La eutanasia y la ayuda al suicidio están siempre formalmente incriminados en el Código penal (arts. 293 y 294). Sin embargo, a partir de los años 70 se produce un cambio de percepción respecto de la eutanasia y del suicidio asistido. Se alzan algunas críticas contra la prohibición penal de esas prácticas, que no carecen de incidencia sobre la política penal preconizada por el Ministerio público. De ello se sigue un largo período de *tolerancia jurisprudencial*. Aunque las disposiciones penales permanecen intactas, los médicos que han practicado la eutanasia o ayudado a un paciente a suicidarse gozan de una amplia impunidad de hecho, siempre y cuando se hayan respetado ciertos criterios.

Las primeras decisiones prácticamente absolutorias datan de 1973 en un caso de eutanasia[\[118\]](#), y de 1981 en otro de ayuda al suicidio[\[119\]](#). El inconveniente estriba en que las condiciones de impunidad varían de una decisión a otra[\[120\]](#). Los tribunales holandeses y la Real Sociedad Holandesa de Medicina (KNMG) han establecido unas líneas directrices que los médicos deben seguir respecto de la eutanasia y el suicidio asistido:

- 1) la petición del paciente debe presentar un carácter voluntario (debe ser libre, reflexionada y persistente);
- 2) el paciente debe hallarse en una situación de intolerable sufrimiento, que no puede ser apaciguado por otros medios (dicho de otro modo, cabe tomar en consideración otras posibilidades);
- 3) el médico debe consultar a otro médico.

Por lo demás, se espera de los médicos que declaren los casos de eutanasia como «muertes no naturales», sabiendo que no serán perseguidos si se atienen a las directrices.

En 1984, el Tribunal Supremo es llamado por primera vez a pronunciarse sobre la materia[\[121\]](#). Mediante un fallo de 27 de noviembre de 1984, anula una disposición del

Tribunal de apelación de Amsterdam, que había reconocido la culpabilidad de un médico por haber puesto fin a la vida de una paciente[122]. Sin embargo, no se inflige ninguna pena al médico, aduciéndose que el Tribunal no ha tomado en consideración los motivos de fuerza mayor (o justificación por estado de necesidad). El caso es remitido al Tribunal de apelación de La Haya, que libera al procesado[123]. El fallo de casación crea un precedente que en lo sucesivo permite a los médicos invocar con éxito el estado de necesidad (art. 40 del Código penal holandés). La mayoría de los casos presentados desde entonces ante la justicia terminan, así, con la absolución o con una condena simbólica[124].

Como reacción a estas decisiones judiciales, se decide establecer un formulario de notificación que el médico que ha practicado una eutanasia debe cumplimentar. Además, una Comisión de Estado sobre la eutanasia, presidida por el profesor Jan Remmelink, dirige una investigación destinada a medir con exactitud la práctica de la eutanasia. El estudio, publicado en 1991, y en inglés al año siguiente, da cuenta del resultado de esos trabajos de investigación financiados[125]. En ellos aparece que apenas el 18% de los casos de eutanasia ha sido objeto de notificación. Revela también 1000 casos de eutanasia practicados sin el consentimiento del paciente. La relación suscita vivas polémicas, y las conclusiones que se derivan de los datos suministrados se interpretan de forma diversa según el concepto de eutanasia de unos y otros. Tan es así que el gobierno decide dar inicio a una legislación sobre el tema.

En 1993, en el marco de una modificación de la legislación sobre los funerales, se autoriza al poder normativo a prever un formulario *ad hoc*, que el médico tiene que cumplimentar en caso de un fallecimiento sobrevenido a consecuencia de una ayuda al suicidio (*hulp bij zelfdoding*) o de una «interrupción activa de la vida» (*actieve levensbeëindiging*)[126]. El formulario, debidamente cumplimentado, debe ser enviado al Ministerio público.

Desde 1994, la jurisprudencia hace saltar paulatinamente diversas «barreras infranqueables» (*strict safeguards*)[127]. Con ocasión del célebre proceso *Chabot*, el Tribunal Supremo precisa que la impunidad de la ayuda al suicidio no requiere que los «sufrimientos insoportables» sean de naturaleza física (un sufrimiento puramente psíquico basta). No se exige que el paciente esté en fase terminal, ni que sufra una enfermedad física. Se trataba de un caso de ayuda al suicidio de una mujer de 50 años, gravemente depresiva, que consideraba que su vida ya no tenía sentido después del fallecimiento de sus dos hijos y de un matrimonio roto[128]. Por otra parte, algunos médicos que habían puesto fin a la vida de pacientes incapaces de expresar su voluntad (especialmente de recién nacidos minusválidos) son puestos en libertad con el argumento de que se han respetado los criterios de rigor[129]. El gobierno pide una nueva relación con el fin de evaluar la práctica de la eutanasia y la proporción de eutanasias notificadas. Los resultados son publicados en 1996[130]. El número de casos señalados con relación al total de las eutanasias y ayudas al suicidio practicadas se eleva al 41%. De los 6.324 casos consignados entre 1990 y 1995, solo trece han dado lugar a un proceso.

En 1998, el gobierno decide crear cinco comisiones regionales y un nuevo

procedimiento que restrinja el control judicial de la práctica de la eutanasia[131]. El objetivo de la reforma es vencer la resistencia de los médicos a cumplimentar el formulario, evitándoles la relación directa con el Ministerio público. En adelante, el formulario debe ser enviado al médico forense (*lijkschouwer*) del municipio, quien lo comunica a la comisión regional de control de la eutanasia geográficamente competente. Esta se compone de un jurista, un experto en ética y un médico. Tras la verificación de las circunstancias del fallecimiento, la comisión remite una relación al Ministerio público.

El mismo año se presenta en el Parlamento una propuesta de ley con el objetivo de modificar el Código penal y la ley sobre los funerales[132]. Es adoptada en abril de 2001[133]. Se completan los artículos 293 y 294 del Código penal, cada uno de ellos mediante un párrafo segundo que prevé una causa de justificación: la interrupción activa de la vida (*actieve levensbeëindiging*) o la ayuda al suicidio (*hulp bij zelfdoding*), a petición del interesado, no es punible si el hecho es llevado a la práctica por un médico que respete los criterios de rigor establecidos por la ley y lo señale al médico forense del municipio. De acuerdo con dichos criterios, el médico debe:

- tener la convicción de que la petición del paciente es voluntaria y la reflexión ha sido madurada;
- tener la convicción de que los sufrimientos del paciente son insoportables y sin posibilidad de mejora;
- haber informado al paciente de su situación y sus perspectivas;
- tener, junto con el paciente, la convicción de que no existe otra solución razonable en la situación en la que se encuentra;
- haber consultado al menos a otro médico independiente que, habiendo visto al paciente, se pronuncie por escrito acerca de los cuatro criterios anteriormente enunciados;
- haber practicado la interrupción de la vida o ayudado al suicidio con todo el rigor médico requerido.

La ley también concede valor legal a las declaraciones de voluntad anticipadas y abre la eutanasia a los menores de edad: entre los 12 y 15 años se requiere el consentimiento de los padres o del tutor, mientras que entre los 16 y 17 años los menores pueden decidir solos, aunque se deba consultar a los padres.

Por último, la nueva ley reforma el procedimiento de declaración. Las comisiones regionales ya no están obligadas a comunicar todos los casos de eutanasia y de suicidio asistido al fiscal. Ellas mismas evalúan la actuación del médico a la luz de los criterios de rigor, sobre la base de su declaración y de la relación del médico forense. Transmiten un caso al Ministerio público solo cuando estiman que el médico no ha actuado con el rigor requerido.

El asunto *Brongersma*, nombre de un antiguo senador de 86 años que, en abril de 1998, recibió asistencia médica para el suicidio, ilustra un principio importante. Su deseo de morir estaba determinado principalmente por un sufrimiento psicológico. Según sus propias palabras, no quedaba nadie vivo que le interesara. Consideraba su soledad y su

cansancio de vivir algo insoportable y sin esperanza. Su médico consignó por escrito su manera de ver las cosas y consultó a otro médico de familia y a un psiquiatra, quienes fueron del mismo parecer. En un juicio del 8 de noviembre, el tribunal de Haarlem considera que el médico había actuado con el rigor requerido. Los hechos no son juzgados punibles y el médico es absuelto. El Ministerio público apela esta decisión, estimando que el cansancio de vivir no entra en el campo médico, al que se limita la legislación sobre la eutanasia. El 6 de diciembre de 2001, el Tribunal de apelación de Ámsterdam declara al médico culpable, sin infligirle por ello ningún castigo. El médico recurre en casación. En un fallo de 24 de diciembre de 2002, el Tribunal Supremo, confirmando la apelación, decide que el sufrimiento existencial (*lijden aan het bestaan*) no puede ser fundamento principal de una eutanasia o de una asistencia médica al suicidio[134]. Según la alta jurisdicción un médico puede invocar la noción de estado de necesidad (*noodtoestand*) solo si se trata de un sufrimiento insoportable y sin posibilidad de mejora, que proceda de una enfermedad o de una afección médicamente consignada, de naturaleza somática o psiquiátrica[135].

Regreso a Bélgica

¿Cabe observar en Bélgica un fenómeno de «pendiente resbaladiza»? La experiencia de Holanda permite comprender lo difícil que es dar una respuesta convincente a esta delicada cuestión, y ello por diversos motivos.

En primer lugar, la eutanasia ha sido despenalizada en Bélgica hace apenas diez años, lo que no parece representar un período muy largo para observar un deslizamiento significativo. Y ello tanto más cuanto que el país no ha tenido, a diferencia de Holanda, una larga historia de tolerancia judicial, ni una progresiva decantación de la jurisprudencia. Es necesario observar que la ley belga relativa a la eutanasia resulta de entrada muy liberal: en ella la eutanasia no se limita a los enfermos terminales, sino que atañe también a las personas afectadas por una enfermedad crónica y cuyo fallecimiento no está previsto en un plazo breve; se admite la eutanasia para aquellos pacientes con sufrimientos físicos o psíquicos; la eutanasia de las personas en estado de inconsciencia irreversible, con una enfermedad grave e incurable, es igualmente posible siempre y cuando hayan redactado una declaración anticipada; el procedimiento de notificación, inspirado en la última reforma efectuada en Holanda, convierte de hecho a la Comisión federal de control en un «filtro» entre el médico que practica una eutanasia y el Ministerio público.

Después, y por las razones indicadas anteriormente, las relaciones oficiales de la Comisión de control no permiten precisamente medir la amplitud y las modalidades de la práctica de la eutanasia, ni evaluar el número de casos en los que se ha dado muerte al margen de las condiciones legales.

Por último, es muy arduo reunir pruebas de las prácticas ilegales al ser clandestinas y encontrarse su denuncia con numerosos obstáculos. Estas consideraciones invitan a una

reflexión previa, antes de señalar los indicios de un eventual efecto de «pendiente resbaladiza» en Bélgica.

La dinámica del derecho

Todo buen jurista sabe que el precedente no carece nunca de valor... y que la excepción está llamada a ampliarse (incluso cuando, en puridad, deba ser interpretada estrictamente). También se sabe que —en el ámbito del derecho—, desde el instante en que se toma la decisión de abrir una puerta, por pequeña que sea la rendija, se acepta a la vez el riesgo de que esa puerta se abra más. No cabe entonces entreabrir una puerta sin aceptar también todas las consecuencias que esa decisión pueda entrañar.

Esta reflexión fue, es y sigue siendo difícil. El debate sobre el final de la vida está poblado de rostros: Karen Ann Quinlan o Terri Schiavo en Estados Unidos, Ramón Sampederro o Inmaculada Echeverría en España, Vincent Humbert o Chantal Sébire en Francia, Piergiorgio Welby o Eluana Englaro en Italia, Hugo Claus en Bélgica, etc., quíerese o no, pueblan nuestro imaginario colectivo. Algunos se las ingenian para publicitar unos casos extremos, presentados a la opinión pública por su carácter particularmente trágico. Así, la reflexión se focaliza, de forma o no consciente, en algunos casos «límite», con una fuerte carga emocional. Es cierto que en esta materia sensible nos repugna pensar de manera abstracta, con el rigor conceptual requerido. Pues los principios parecen siempre abstractos y distantes al considerar la complejidad de las situaciones vividas. Resulta más tentador concentrar la atención en un caso extremo, especialmente dramático, sin darse cuenta o fingiendo ignorar que la solución dada *ad casum* será pronto algo generalizado.

El mismo legislador no siempre logra quedar a salvo de lo que en sociología jurídica se llama el «efecto macedonio», esa lamentable tendencia a pensar y modelar una regla general partiendo de un caso excepcional o marginal. De seguir esta lógica hasta sus últimas consecuencias, la solución ideal sería la pura y simple abolición del derecho penal, pues toda regla plantea más o menos problemas en los límites del ámbito que regula. Evidentemente, no cabría ignorar ningún dolor particular. Pero importa ser consciente de *las lógicas que operan en la dinámica del derecho*[\[136\]](#).

Las reglas de derecho no tienen una vida autónoma, que se desarrolle conforme a la sola voluntad del legislador que las ha concebido. Se insertan en el conjunto del sistema jurídico que, como todo sistema, tiene su dinámica propia, determinada por unos macro-principios (jerarquía de las normas, principios de interpretación, principios de igualdad y de no discriminación, principios derivados de la lógica o del sentido común tales como «quien puede lo más puede lo menos», etc.).

Hay multitud de mecanismos que operan en la dinámica del derecho y que tienen un impacto en el destino de la regla de derecho. A la inversa, toda modificación de las reglas tiene a la vez un impacto sobre el funcionamiento propiamente dicho del sistema y sobre el medio regido por este, en este caso la sociedad. Resulta legítimo llamar la

atención sobre casos reales para los que el derecho no ofrece una solución satisfactoria y plantear que, para estos casos, el derecho deba ser modificado de forma que se consiga un resultado que se considere deseable. Pero siempre cabe preguntarse previamente si ese acercamiento no entrañará, en el seno del sistema, la instalación de una dinámica de efectos imprevisibles y no deseados.

En nuestros regímenes constitucionales, los principios fundamentales de igualdad y no discriminación han adquirido, con toda razón, una importancia que a nadie pasa inadvertida. Exigen otorgar un tratamiento jurídico similar a situaciones objetivamente similares y un tratamiento distinto a situaciones objetivamente distintas. Pero es sabido que la valoración de las situaciones (¿son o no similares?) y la calificación de los tratamientos (¿son o no similares?) son cuestiones sujetas a controversias jurídicas. Una vez despenalizada la eutanasia (o el suicidio asistido) bajo ciertas condiciones, es lógico que se desarrolle la tendencia a considerar como similares situaciones muy próximas, incluso «ligeramente distintas», y apelar a los principios de igualdad y «no discriminación» para reivindicar ese *derecho*. Tres ejemplos pueden bastar para ilustrarlo.

Primer ejemplo.— Una vez admitida la eutanasia, parece lógico y razonable que también lo sea el suicidio asistido por un médico. En la medida en que se respeten las mismas condiciones de fondo y procedimiento, apenas hay diferencias en lo que atañe al resultado y a la intención del médico, excepto que en el primer caso el médico administra el producto letal mientras que, en el segundo, este último es puesto a disposición del paciente, que se lo administra a sí mismo. Esta única diferencia no parece poder justificar una diferencia de tratamiento.

Segundo ejemplo.— Si se admite la eutanasia únicamente de personas mayores, hay que esperar que, antes o después, se alzarán voces que consideran ese límite de edad como arbitrario y fuente de discriminación injustificada. ¿Qué diferencia «objetiva y razonable» hay, se dirá, entre un mayor de 18 años y un menor de 17 (o de 14 o de 10 años...), si ambos padecen un sufrimiento constante e insoportable que no puede ser aliviado y que procede de una afección accidental o patológica grave e incurable? Así se expresa, entre otros, el profesor Distelmans: «¿No es una forma lógica de actuar? ¿Es admisible que los menores afectados por una enfermedad incurable deban esperar a cumplir dieciocho años para poder pedir la eutanasia?»[\[137\]](#).

Tercer ejemplo.— La eutanasia de una persona capaz y consciente es posible cuando el paciente se encuentra en una situación médica sin salida y adolece de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no puede paliarse y procede de una afección accidental o patológica grave e incurable. La exigencia de la «afección accidental o patológica grave e incurable» es aquí una condición esencial. Combinada con el criterio del sufrimiento físico, no plantea particulares problemas. En un caso de dolor físico insoportable, se trata siempre, en efecto, de una afección accidental o patológica. Esta exigencia no entraña, por tanto, diferencia de tratamiento entre pacientes que solo adolecen de un sufrimiento físico. No obstante, la ley belga otorga también este derecho a los pacientes que adolecen de un sufrimiento puramente psíquico, insoportable

e imposible de aliviar, y que procede de una afección accidental o patológica grave e incurable. Ahora bien, una persona puede adolecer de un sufrimiento psíquico insoportable (cansancio de vivir...) que no procede de ningún accidente ni de ninguna enfermedad, salvo que se desnaturalice por completo esta última noción. Así, no todas las personas que padecen un sufrimiento psíquico insoportable están en el mismo caso. Se propone una «solución» para aquellos que padecen un sufrimiento insoportable como resultado de una enfermedad o de un accidente, pero no a los otros pacientes. Existe el riesgo de que esa distinción resulte, más pronto o más tarde, arbitraria y discriminatoria[138].

Llegamos a la identificación de eventuales indicios de una pendiente resbaladiza en Bélgica.

DE LA EUTANASIA AL SUICIDIO ASISTIDO

Los autores de la ley sobre la eutanasia han querido con toda evidencia sustraer el suicidio asistido por un médico del campo de aplicación de la ley. Esta distinción ha sido criticada y profusamente discutida a lo largo de la elaboración de la ley. Cabría, sin embargo, pensar que, a la vez que pretendía excluir el suicidio asistido en general, el legislador se había hecho ya a la idea de que entraba en el ámbito de la ley siempre y cuando se respetasen las condiciones de fondo y de procedimiento equivalentes a las previstas para la eutanasia. Pero no es en absoluto así.

De este modo se expresaba un miembro de la Comisión de Justicia de la Cámara de representantes: «Si se eligiese englobar la ayuda al suicidio en la ley sobre la eutanasia, ese acto estaría sometido a las mismas condiciones que la eutanasia; un fundamento legal a la ayuda al suicidio no equivaldría en absoluto a consagrar un derecho completo, absoluto e incondicional a la autodeterminación. La principal diferencia con la eutanasia reside en el hecho de que ciertas personas gravemente enfermas desean conservar su destino en sus manos y no confiar a otros el hecho de poner fin a su vida. En esta estricta acepción, la ayuda al suicidio llega incluso menos lejos que la eutanasia, sobre todo porque pone una carga menos pesada sobre los hombros del médico. Para evitar que después de la entrada en vigor de la ley sobre la eutanasia la ayuda al suicidio continúe dependiendo de la ley penal, es deseable que ambos actos estén reglamentados en la misma ley»[139].

Otro miembro de la Comisión abundaba en el mismo sentido: «Si se legaliza la eutanasia con ciertas condiciones, resulta insensato no admitir «la ayuda al suicidio» en idénticas condiciones. En efecto, apenas hay diferencia entre ambos actos, y la ayuda al suicidio supone además una intervención menor del médico»[140].

Fueron presentadas varias enmiendas con objeto de que el suicidio asistido por un médico entrase en el ámbito de la ley. Todas fueron rechazadas[141]. Por otra parte, el Consejo de Estado se preguntó «sobre la pertinencia de la decisión tomada por las comisiones reunidas del Senado de sacar la asistencia al suicidio del ámbito de la

proposición de ley sobre la eutanasia»[142]. La clara voluntad del legislador al respecto se dedujo especialmente del rechazo de las enmiendas nº 5, 24 y 97[143].

Hay que añadir que, tras la adopción de la ley, hubo varios parlamentarios que consideraron necesario presentar diversas propuestas de ley para modificar la ley relativa a la eutanasia, de manera que en ella figurase la asistencia al suicidio practicado en las mismas condiciones que las previstas para la eutanasia[144]. Resulta claro que, en la mente de aquellos, la ley de la eutanasia no contemplaba la asistencia al suicidio, que constituye desde entonces, en el actual estado del texto de la ley, una práctica ilegal. Así se expresa un parlamentario en la exposición de los motivos de su propuesta de ley: «La propuesta de ley pretende *añadir una noción nueva*, la de la ayuda a morir, es decir, el hecho de ayudar intencionadamente a una persona a suicidarse o de procurarle los medios para ello. Esto puede, en efecto, ser considerado como un sustituto de la eutanasia en el caso de personas que prefieren conservar la iniciativa y tienen todavía esa capacidad. *Para ser legal*, esa práctica debe responder a las mismas estrictas condiciones que la eutanasia»[145].

La ley de 28 de mayo de 2002 es sin duda un texto penal. Ahora bien, es algo muy conocido que el derecho penal es de estricta interpretación. En consecuencia, la ley solo se aplica a la eutanasia, tal como se define en su artículo 2, y no puede atañer a otras decisiones médicas relativas al final de la vida. En estricto análisis jurídico, la asistencia al suicidio del paciente, que no es mencionada en la ley, resulta una infracción penal, incluso aunque respete las condiciones de fondo y forma prescritas por la ley para la eutanasia.

Resulta notable comprobar que, pese al principio de estricta interpretación del derecho penal y a la voluntad del legislador de no hacer entrar el suicidio asistido en el ámbito de la ley sobre la eutanasia, la Comisión avala regularmente los casos de suicidio asistido que se le declaran.

Desde su primer informe a las Cámaras legislativas, publicado en 2004, la Comisión de control recoge los casos de «suicidio médicamente asistido», sin dar el número[146], y considera que esta práctica «entra en el marco de la ley en su redacción actual, que implica que el médico tenga el control del proceso de fallecimiento hasta su término, sean cuales fueren sus modalidades»[147]. En su segundo informe, la Comisión de control recoge aparentemente diez casos de «suicidios médicamente asistidos» (1% de las eutanasias declaradas) y precisa que su postura es acorde con la del Consejo del Colegio de médicos[148]. Por lo demás, en un «folleto informativo dirigido al cuerpo médico», anexo al informe, explica que ha considerado que el suicidio médicamente asistido «es autorizado en la medida en que las condiciones y procedimientos legales para que la eutanasia se autorice hayan sido respetados y la acción haya tenido lugar bajo la responsabilidad del médico, presente y dispuesto a intervenir: en efecto, la ley no impone el modo en que haya de practicarse la eutanasia»[149]. El tercer informe consta de 24 casos de «suicidios médicamente asistidos» (3% de las eutanasias declaradas) [150]. Los informes cuarto[151] y quinto[152] recogen respectivamente 14 y 12 casos (menos del 1% de las eutanasias declaradas).

En la medida en que la asistencia al suicidio se produzca respetando las condiciones previstas para la eutanasia, parece lógico y razonable darle un mismo tratamiento. A este respecto, la postura de la Comisión puede entenderse. Es, sin embargo, forzoso señalar que resulta, así, avalada una práctica que el legislador quería mantener fuera del ámbito de la ley. De donde se ve que, por el juego de los argumentos jurídicos (los principios constitucionales de igualdad y de no discriminación) o lógicos (razonamiento *a fortiori* o movilización del principio «quien puede lo más, puede lo menos»), pronto se han admitido prácticas inicialmente no queridas por el legislador. Se trata de un verdadero deslizamiento[153], pues, evidentemente, no compete ni al Colegio de médicos ni a la Comisión de control ponerse por encima de la ley.

Hay que añadir que es absolutamente falso que los médicos se sientan legalmente obligados a declarar a la Comisión federal de control las situaciones en las que han ayudado a un paciente a poner fin a su propia vida. A este respecto reina la mayor incertidumbre. Como se sabe, la eutanasia es el acto por el que un médico «pone intencionadamente fin a la vida de una persona a petición de esta» (art. 2 de la ley), mientras que el suicidio médicamente asistido, que no es definido por la ley (¡y con razón!), es el acto por el que una persona pone fin a su propia vida con ayuda de un médico[154]. La comparación de estas dos definiciones indica una diferencia conceptual: ¡el sujeto del acto no es el mismo en ambas hipótesis! Esta diferencia se refleja en el plano jurídico: el médico es el *autor* del acto de eutanasia, mientras que es *cómplice* del suicidio de otro. Ahora bien, la ley solo obliga «al médico que practica una eutanasia» a declararla ante la Comisión de control (art. 5). En consecuencia, el médico que no ha puesto intencionadamente fin a la vida de una persona, limitándose a ayudar a un paciente a poner fin a su propia vida, puede legítimamente pensar que su gesto no es una eutanasia *stricto sensu*, en el sentido de la ley, y, consecuentemente, que no está formalmente obligado a completar el documento de registro, ni remitirlo a la Comisión de control.

Es decir, que el Consejo de Estado y, a continuación, numerosos parlamentarios y expertos no se habían equivocado al lamentar que el legislador no regulase este aspecto de la muerte asistida. No cabe fiarse, por tanto, de las cifras dadas por la Comisión de control en lo que respecta a los «suicidios médicamente asistidos».

¿HACIA UNA SUAVIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA EUTANASIA?

Más arriba se ha mostrado cómo la Comisión de control se tomó alguna discutible libertad con varias condiciones previstas por la ley. Cuando esta exige una «afección accidental o patológica grave e incurable», la Comisión aprueba eutanasias practicadas en casos de «patologías múltiples», entendiendo por ello una combinación de varias afecciones, cada una de las cuales, tomada individualmente, no puede ser calificada de grave e incurable. Cuando el legislador pretendía excluir a los pacientes psiquiátricos del ámbito de aplicación de la ley, la Comisión avala eutanasias en casos, cada vez más

numerosos, de afección neuropsiquiátrica. Asimismo se admitió que una «evolución dramática futura», podía ser calificada de sufrimiento psíquico insoportable e imposible de calmar según los términos de la ley.

Eventualmente combinadas, estas tres últimas «aperturas» conducen a una ampliación significativa de los supuestos de eutanasia. La tercera edad —¡que no es una enfermedad!— justifica cada vez más la eutanasia, siempre y cuando la persona adolezca de un sufrimiento psicológico insoportable resultante de la combinación de patologías vinculadas al envejecimiento (artrosis, debilitamiento de la vista y el oído...). Esta evolución resulta inquietante[155]. El diagnóstico de una enfermedad incurable, combinada con el dolor de vislumbrar un sufrimiento futuro, aparece también como una indicación aceptable de la eutanasia.

En definitiva, en la práctica basta con la voluntad de morir, pues las demás condiciones requeridas son consideradas de forma muy flexible. ¿Una patología grave e incurable? La lista de las enfermedades incurables es larga y la gravedad del estado del paciente puede proceder de «patologías múltiples», incluso cuando cada una de las cuales, tomada aisladamente, no es grave. ¿Un sufrimiento insoportable e imposible de calmar? El carácter insoportable del sufrimiento queda a la estimación subjetiva del paciente y este puede fácilmente —de hecho y de derecho[156]— rehusar un tratamiento paliativo.

Pero hay más. Desde la entrada en vigor de la ley sobre la eutanasia, las iniciativas parlamentarias que tratan de enmendarla se han multiplicado. Un estudio publicado en 2009 consigna no menos de veinticuatro propuestas de ley presentadas por senadores o diputados procedentes de distintos partidos[157]. A ello se añaden todas las que han sido planteadas desde entonces, a veces en repetidas ocasiones, lo que da testimonio de la obstinación en lograr que triunfen. Salvo raras excepciones, todas ellas intentan suavizar o ampliar la ley sobre la eutanasia.

Algunas de estas propuestas tratan de aligerar las condiciones fijadas por el legislador para la formulación de la petición de eutanasia. Otras pretenden simplificar las modalidades de redacción y confirmación de la declaración anticipada, reduciendo el número de testigos ante cuya presencia debe hacerse la declaración y ampliando la duración de validez de esta en cinco a diez años, e incluso previendo que resulte válida por tiempo ilimitado[158]. Así, varias propuestas de ley, recientemente planteada en el Senado, quieren suprimir toda referencia a la obligación de confirmar la declaración menos de cinco años antes del comienzo de la imposibilidad de manifestar la propia voluntad[159].

Otras propuestas pretenden imponer al médico que se niega a aceptar una petición de eutanasia que transfiera el dossier a otro médico favorable[160]. Esto supondría una evolución notable. Como se ha observado, en la óptica del legislador en 2002, «el derecho a solicitar la muerte del que implícitamente se trata en la ley no es otro que la facultad —medida— de formular una petición y otorgar con ella la impunidad al médico que acepta libremente llevarla a cabo. No hay ninguna obligación vinculada a esta petición, excepto la que se impone al médico que la rehúsa de informar en un tiempo útil

al paciente o a su persona de confianza de su negativa y de las razones que la justifican»[161]. El médico debe, todo lo más, comunicar la historia clínica del paciente al médico designado por este o por su persona de confianza, si y solamente si este último o esta última se lo pide expresamente. Ahora bien, de acuerdo con varias propuestas de ley planteadas en el Parlamento, en caso de que el médico consultado rechace la petición de eutanasia por una razón no médica, en lo sucesivo se obligaría a ese médico[162], o al servicio social del establecimiento[163], a transferir el dossier a otro médico dispuesto, sin que el interesado o su persona de confianza tenga que solicitarlo. Estas propuestas pretenden «dotar a la petición de eutanasia de un efecto obligatorio suplementario» (...) y, así, «dar mayor peso al derecho de pedir la muerte establecido con prudencia en 2002»[164].

Sea como fuere, hay una presión cada vez más intensa, a través de medios de comunicación, para que los médicos adviertan lo antes posible al paciente de su rechazo a practicar la eutanasia. Y se han propuesto[165] o adoptado algunos textos en este sentido. De este modo, un decreto del gobierno flamenco prevé que, como muy tarde al final de la prestación de ayuda y de servicios, los centros de día remitan al usuario una copia de la «nota de acuerdo», mencionando, entre otras, las posibilidades y restricciones en materia de eutanasia[166]. En la práctica, las cosas no son tan simples, en la medida en que el rechazo a una eutanasia puede no proceder de una objeción de conciencia, sino del hecho de que el médico, junto con el paciente, no piensa que se haya agotado toda solución razonable en su situación, y de que la petición del paciente es enteramente voluntaria (art. 3, § 2, 1º, de la ley sobre la eutanasia). Ello tanto más cuanto que hoy día sucede con frecuencia que nada más recibir un diagnóstico inquietante, el paciente formula una vaga petición de eutanasia. Se comprende que el médico empiece por tranquilizarle, indicándole que su enfermedad está en sus primeros estadios, que su evolución puede ser frenada o que es curable... y le muestre las posibilidades terapéuticas que cabe considerar.

ALEGATOS A FAVOR DE UNA AMPLIACIÓN DE LA LEY

En los últimos años se han presentado en el Congreso o en el Senado numerosas propuestas de ley que pretenden ampliar su campo de aplicación a los menores de edad y a las personas que pierden progresivamente sus facultades cognitivas. Varias de estas propuestas dejan entrever una modificación de la opción fundamental que está en la base de la ley sobre la eutanasia. De la consagración del derecho a formular una petición de muerte por uno mismo se pasaría peligrosamente, si esas propuestas fuesen adoptadas, a la introducción de una especie de derecho a *pedir la muerte de otro*. Se daría, así, un paso suplementario... y nos alejaríamos de la motivación inicial consistente en asegurar el respeto de la autonomía del paciente al afrontar el final de su vida. No parece inútil precisar que varios partidos de la mayoría han manifestado ya su determinación para hacer triunfar esas propuestas.

Algunos llegan a reivindicar que se consideren las peticiones de otras categorías, como las personas aquejadas de una minusvalía mental profunda y los mayores de edad bajo estatuto de «minoría prolongada»[\[167\]](#). Cabe precisar que ese estatuto está reservado tanto al menor, cuando este último, en razón de su retraso mental grave, es y seguirá siendo incapaz de gobernar su persona y de administrar sus bienes, como al mayor que se encontraba en ese mismo estado durante su minoría. Según el derecho belga, el retraso mental grave procede de una deficiencia mental congénita o iniciada durante la primera infancia, y se caracteriza por una falta de desarrollo del conjunto de las facultades intelectuales, afectivas y volitivas[\[168\]](#). En estas condiciones, no se ve muy bien cómo los «interesados» hayan podido formular una petición de eutanasia que presente las características requeridas de conciencia y lucidez.

¿Hacia la eutanasia de los menores de edad?

Como era previsible, la opción de reservar únicamente a los mayores y a los menores emancipados el derecho a pedir la eutanasia es hoy en día criticada. Se estima que el límite de edad, actualmente fijado en los 18 años, es «puramente arbitrario» y que «se ha establecido, así, una distinción según la edad, sin que esté sostenida por la menor distinción respecto del sufrimiento físico y psíquico»[\[169\]](#).

Distintas propuestas de ley sugieren que los menores de edad con facultad de discernimiento sean autorizados a pedir la eutanasia[\[170\]](#). Una reciente propuesta de ley va más lejos, creando la siguiente distinción:

1.º Cuando el niño carezca de la «facultad de discernimiento», son los padres los que pueden pedir la eutanasia;

2.º Cuando el niño tenga «facultad de discernimiento», es él quien debe formular la petición[\[171\]](#).

Algunas propuestas de ley anteriores preveían análogamente la despenalización de la eutanasia solicitada por los padres o los representantes legales, para un paciente menor carente de discernimiento, sea cual fuere la edad, es decir, también en la hipótesis de un recién nacido, prematuro llegado el caso[\[172\]](#).

Está fuera de lugar un examen crítico profundo de estas propuestas. Tres breves consideraciones pueden bastar:

- *Primera:* si el menor es en principio jurídicamente incapaz, es porque se presume que carece del discernimiento requerido para los actos de la vida civil. Después de todo, el «discernimiento» está siempre sujeto a interpretación, lo que significa que padres y médicos tendrían un amplio poder de apreciación.
- *Segunda:* cabe interrogarse sobre la suerte que correrían los menores de edad aquejados de una minusvalía mental. Hay que tener en cuenta que, en la intención de los autores de la ley sobre la eutanasia, no se trataba de autorizarla, tuviese la forma que tuviese, para personas incapaces de expresar su voluntad, especialmente en los casos de minusvalía mental.

- *Tercera:* no se puede ignorar el poder de sugestión que cabe ejercer sobre el menor de edad, en lugar de sostenerle en un momento de desánimo y desplegar toda la imaginación para acompañarle en su sufrimiento. Resultará igualmente posible decidir que carece de discernimiento para pedir, en su lugar, que se ponga fin a sus días.

¿Hacia la eutanasia de los dementes?

Varias propuestas de ley están dirigidas a ampliar la despenalización de la eutanasia practicada sobre la base de una declaración anticipada en el caso en que el médico estime que el paciente, sin estar sumido en un coma irreversible (criterio actualmente en vigor), ya no es consciente de su propia persona ni lo será nunca (enfermedad de Alzheimer, otra forma de demencia...) [173]. Como ya se ha observado, otras propuestas pretenden otorgar a la declaración anticipada una validez ilimitada. Una propuesta de ley presentada en el Senado en mayo de 2012 reúne las dos aproximaciones. De un lado, la eutanasia le puede ser practicada al autor de una declaración anticipada si el médico comprueba «que ya no tiene conciencia de su propia persona, de su estado mental y físico y de su entorno mental y físico». Del otro, se propone abrogar la disposición que prevé que «la declaración anticipada solo puede ser tomada en cuenta si ha sido hecha o confirmada antes de cinco años del comienzo de la imposibilidad de manifestar la propia voluntad» (art. 4, § 1º, de la ley en vigor) [174].

No se trata de pormenorizar ahora las críticas a estas propuestas. Baste con señalar que no es casual que los autores de la ley hayan limitado la posibilidad de que tenga efecto una declaración anticipada en el caso de que el médico compruebe que el paciente está aquejado de una afección accidental o patológica grave e incurable, y esté en un estado de inconsciencia irreversible. Este último criterio restringía considerablemente el poder de apreciación del médico y de la persona de confianza designada en la declaración anticipada. En efecto, no es nada fácil determinar el umbral a partir del cual puede estimarse que una persona pierde la conciencia de sí. Cabe también preguntarse en qué momento ha de aplicarse la declaración anticipada cuando se alternan los momentos de conciencia e inconsciencia. ¿No existe también el riesgo de que los familiares de esa persona que pierde sus facultades cognitivas, cansados de atenderla, tiendan a suponer un sufrimiento..., proyectando en realidad el suyo propio?

La cuestión de fondo es, en definitiva: ¿qué energía estamos aún dispuestos a desplegar en la atención a personas que, no aportando ya nada a la sociedad, no pueden sino esperar los cuidados de esta? Es grande el riesgo, particularmente en una sociedad envejecida, de abrir la puerta a la eutanasia económica, a la eugenesia, que legitime eliminar a los más débiles, «empujando» a los afectados por una enfermedad neurodegenerativa a pedir la eutanasia o a redactar una declaración anticipada.

Por último, la necesidad de confirmar cada cinco años la declaración anticipada venía motivada, en la mente del legislador, por el hecho de que «no se razona del mismo modo

frente a la muerte según se esté sano o enfermo», «a los 20 años y a los 60», y porque «la persona en la que se confía puede cambiar». También la experiencia de la enfermedad puede hacer evolucionar al autor de la declaración anticipada. Su escala de valores puede cambiar y su apego a la vida reforzarse. Estas consideraciones, tantas veces repetidas a lo largo de los trabajos preparatorios de la ley[175], parecen hoy olvidadas o minimizadas. En su momento, sin embargo, tranquilizaban a los parlamentarios que se oponían a la declaración anticipada, pues no veían suficientemente probado que en el momento de redactar la declaración de voluntad, el paciente pueda anticipar correctamente el futuro. Pensaban que, incluso aunque esa declaración un día hubiera reflejado con precisión la voluntad del paciente, era una elección que correspondía a una época determinada, con otras posibilidades en el plano médico y social[176].

¿Se trata de precauciones inútiles? Hay un relato, entre otros, que merece ser contado. Desde hace ya mucho tiempo, un paciente se encuentra en una unidad de cuidados paliativos de un gran hospital belga. Está en la fase terminal de una enfermedad poco agresiva y de evolución lenta. Está sereno. No se queja y se muestra satisfecho con los cuidados que se le prodigan. De repente, los médicos reciben la visita de un hijo del paciente que nunca habían visto antes. Esta persona presenta una carta manuscrita firmada por el paciente. En ella indica su deseo de que se le practique la eutanasia cuando llegue a la fase paliativa. El médico se sorprende, porque conoce al paciente desde hace algún tiempo y nunca ha formulado una petición de eutanasia. Coge la carta para mostrársela al paciente. Este último afirma que él nunca ha redactado semejante carta, que no es de su mano. El hijo nunca volvió a aparecer...

¿Hacia un «derecho» a la eutanasia?

A lo largo de los trabajos preparatorios de la ley, la cuestión de saber si convenía incorporar al Código penal las nuevas disposiciones relativas a la eutanasia fue largamente debatida, y en numerosas ocasiones. Por razones simbólicas evidentes, se decidió no tocar el Código penal y tratar la cuestión de la eutanasia en una ley particular. Se repitió hasta la saciedad que la petición de eutanasia, ya fuese actual o anticipada, no tenía un efecto obligatorio. Varias disposiciones de ley confirman esta visión. El artículo 4.º, línea 1.ª, prevé explícitamente que «la petición y la declaración anticipada de voluntad tal como están previstas en los artículos 3 y 4 de la presente ley» no tienen valor obligatorio. Por lo demás, en la ley (art. 14) hay inscrita una cláusula de rechazo, también llamada a veces «cláusula de conciencia». De ello se deriva que «ningún médico está obligado a participar en una eutanasia».

La ley se limita a prever que, si el médico se niega a practicar una eutanasia, debe informar de ello a tiempo al paciente o a la eventual persona de confianza, precisando sus motivos. Si su rechazo está causado por una razón médica, esta debe ser consignada en la historia clínica del paciente. Además, a petición de este último o de la persona de confianza, el médico está obligado a comunicar esa documentación al médico que esta

designe. Por último, según los términos del artículo 3, párrafo 2, el médico «debe llegar, junto con el paciente, a la convicción de que no hay ninguna otra solución razonable en su situación», lo que da a entender que puede legítimamente llegar a una conclusión contraria.

Como se ha subrayado, la ley otorga al paciente el derecho a formular una petición de eutanasia y permite al médico aceptarla sin exponerse a incurrir en delito penal. Este derecho «no se comprende, en el sentido fuerte de la expresión, como un derecho a solicitar la muerte y obligar a otro a responder positivamente a esa demanda»[\[177\]](#). Dicho de otro modo, la ley consagra «la facultad —medida— de formular una petición» y prevé que el médico «que acepta libremente llevarla a cabo» no comete una infracción. Lejos de instituir un nuevo «derecho a la eutanasia», la ley se limita a despenalizar, bajo condiciones, el acto por el cual el médico acoge libremente una petición de eutanasia[\[178\]](#). Durante la elaboración de la ley, todos los intervinientes —parlamentarios y expertos escuchados—, estaban de acuerdo en considerar que «este proyecto de ley no prevé ni el derecho a la eutanasia por parte de los pacientes, ni la obligación de practicar la eutanasia por parte del médico»[\[179\]](#), o que «el proyecto de ley no otorga al paciente ningún derecho subjetivo a la eutanasia»[\[180\]](#). Resultaría tedioso multiplicar las referencias a este género de afirmaciones dado su alto número[\[181\]](#).

¿Qué se dice diez años después? Son innumerables los artículos de prensa lamentando que tal o cual persona ha tenido «dificultades para obtener su derecho a la eutanasia» o estigmatizando a los médicos y hospitales que se niegan a practicar la eutanasia, «que es, sin embargo, un derecho del paciente». Esta fraseología ha sido denunciada en más de una ocasión[\[182\]](#).

Cabría pensar que se trata solo de imprecisiones por parte de algunos periodistas, si no fuera porque hay instancias oficiales y expertos que practican el mismo lenguaje. Sin embargo, resulta forzoso observar que la expresión «derecho a la eutanasia» se insinúa allí donde cabría esperar ciertos matices. Así, en el muy oficial Portal *Belgium.be* puede leerse: «Eutanasia: un derecho estrictamente reglamentado - En Bélgica, la ley de 28 de mayo de 2002 regula el acto eutanásico. Se reconoce la eutanasia como un derecho que tiene cada enfermo para plantear su elección en términos de vida y muerte siempre y cuando se encuentre en las condiciones dictadas por la ley»[\[183\]](#). En una propuesta de ley, presentada en el Senado el 7 de julio de 2004, cabe leer: «(...) Paralelamente a *la ley que garantiza el derecho a la eutanasia* para las personas mayores, ha entrado en vigor (...)»[\[184\]](#). Un folleto informativo difundido por una de las aseguradoras de Bélgica y redactado en forma de preguntas y respuestas no duda en plantear la cuestión siguiente: «¿Cuáles son las enfermedades que dan derecho a la eutanasia? (...)»[\[185\]](#). En la web de la ADMD se encuentran también referencias a la existencia de un «derecho a la eutanasia»[\[186\]](#). Las referencias podrían multiplicarse.

En la práctica y según un médico holandés, esta insistencia no se produce sin generar enormes y penosos malentendidos, pues «los pacientes parecen considerar que tienen derecho a la eutanasia y que pueden determinar el momento en el que esta se produzca,

sin que el médico tenga nada que decir»[187]. Este punto de vista es compartido en Bélgica por numerosos profesionales de la salud. Así se expresaba, especialmente, la *Asociación belga de practicantes del arte de la enfermería*: «En nuestra práctica de cuidadores, con frecuencia tenemos que deshacer malentendidos respecto de un pretendido derecho a la eutanasia. Numerosos pacientes y familias piensan de buena fe que la eutanasia es un derecho que no se puede rehusar al ciudadano»[188].

La reivindicación, abierta o subrepticia (a través de un trabajo sobre el lenguaje) de un verdadero «derecho a la eutanasia» viene acompañada de una creciente polémica sobre la dimensión institucional de la «cláusula de rechazo». A lo largo de los trabajos preparatorios de la ley, parecía claro que las instituciones hospitalarias podían negarse a prestar su ayuda después de la entrada en vigor de la ley. Se estimaba que el proyecto de ley no confiere al Rey el poder de obligar a las instituciones a garantizar entre sus paredes el acceso a la eutanasia y que semejante obligación tampoco puede ser inferida de la legislación relativa a los hospitales. Efectivamente, en esa legislación el hospital queda definido como un lugar en el que se realizan actos médicos. «El Rey puede imponer normas de consentimiento, pero únicamente en lo que atañe a los actos médicos (y algunas otras formas de intervención; por ejemplo, la intervención de las enfermeras), de las que no forman parte los actos dirigidos positivamente a poner fin a la vida»[189].

La eutanasia suele ser presentada hoy como un acto médico, un cuidado más, entre muchos otros[190]. Parece lejano el tiempo en el que se repetía que se trataba al menos de una trasgresión ética, de un acto excepcional, aceptable solo como «último recurso», en «casos extremos»[191]. Si el legislador no ha querido modificar el Código penal es para subrayar el hecho de que la eutanasia sigue siendo un homicidio con premeditación, penalmente reprensible. Solo por excepción pierde su carácter de infracción, en las condiciones fijadas por la ley. En lo sucesivo, se nos dice: «La eutanasia no es ni una excepción ni una trasgresión ética, y su práctica, debidamente reglamentada, se inscribe en los cuidados del final de la vida»[192]. Algunos se alegran al comprobar que la ley sobre la eutanasia entra cada vez más en las costumbres, y otros lamentan que «demasiadas pocas personas dementes en casas de salud han redactado una declaración anticipada»[193]. Semejantes afirmaciones son cada vez más frecuentes. Personalmente, confieso que no comprendo. Se sabe que la finalidad terapéutica es una de las condiciones esenciales de la legalidad de todo acto médico. Incluso si la salud es «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solo en una ausencia de enfermedad o de dolencia» según la amplia definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se ve cómo suprimir el *ser* puede procurar el *bienestar*.

Salvo que se violenten las palabras, el «bienestar» o el «estar mejor», ¿no supone el «ser»[194]? Algunos rechazan la expresión «dar muerte», diciendo que se trata más bien de «poner fin a la vida», o presentan el acto de eutanasia como un cuidado médico o como el último «gesto de amor que libera al paciente» e incluso como el «don de muerte». Hay otros también que usan y abusan de eufemismos tales como «decisión médica en el final de la vida» o «ayuda médica que garantiza el bienestar» y un largo etcétera. Esta terminología engañosa no cambia para nada la realidad: la eutanasia es,

intrínsecamente, una infracción[195]. Ahora bien, la ley ya no considera la eutanasia como tal si se respetan las condiciones prescritas. Pero no por ello ha dejado de prever que este acto tan particular deba ser objeto de un control social. ¿Cómo explicar de otro modo que el acto de eutanasia, y solo él entre todos los realizados por un médico, deba ser notificado a la Comisión federal de control?

La afirmación por la cual la eutanasia, aunque esté confiada a un médico no es un «acto médico» fue repetida muchas veces durante la elaboración de la ley[196]. Así, se entiende que una institución pueda prohibir la práctica de la eutanasia en su seno y también que un médico no pueda invocar su derecho a la libertad terapéutica para exigir el derecho de practicar la eutanasia en el hospital[197]. Esta libertad se limita, en efecto, a los actos médicos *stricto sensu*, lo que no es el caso del acto eutanásico. Todo esto parecía admitido en la época en que la ley sobre la eutanasia se encontraba en gestación. En el informe de la Comisión de Justicia se puede leer, por ejemplo, lo que sigue: «El interviniente (...) pregunta de forma expresa a todos los miembros de la comisión si están de acuerdo con la tesis según la cual el proyecto otorga a las instituciones la posibilidad de prohibir la práctica de la eutanasia. El presidente concluye que, según la interpretación correcta del proyecto, las instituciones tienen derecho a prohibir la práctica de la eutanasia entre sus paredes. *Ningún miembro discute esta interpretación del presidente*»[198].

Hoy día, sin embargo, las instituciones hospitalarias que se niegan a practicar la eutanasia son puestas con frecuencia en la picota y resultan objeto de diversas intimidaciones. Así, se blande, por ejemplo, la amenaza de privar de financiación pública a los hospitales que se niegan a practicarla[199]. Insensiblemente nos alejamos, aquí también, de las intenciones iniciales del legislador.

EUTANASIA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

La coordinación de trasplantes de órganos en Austria, Bélgica, Croacia, Alemania, Luxemburgo, Holanda y Eslovenia corre a cargo de *Eurotransplant*. En 2008, el comité de ética de este organismo consideró que la extracción de órganos en pacientes fallecidos por eutanasia era aceptable siempre y cuando se respetaran los criterios establecidos en un protocolo[200]. Este último fue publicado en el informe anual 2008 de *Eurotransplant*.

El 28 de septiembre de 2012 se celebró en Bruselas un simposio sobre el tema «Eutanasia y donación de órganos», a iniciativa de la *Sociedad Belga de Trasplantes*, *LEIF* y la asociación «*Maakbare Mens*». Desde 2005, nueve pacientes fallecidos por eutanasia en Bélgica habrían donado previa y voluntariamente sus órganos. En ello ven una manera de dar un sentido al final de su vida. Según parece, en torno al 10% de los pacientes fallecidos por eutanasia son donantes potenciales de órganos. Se trata, en lo esencial, de pacientes con problemas neurológicos o neuropsiquiátricos, dado que la extracción de órganos no puede hacerse en pacientes afectados de cáncer (80% de los

pacientes fallecidos por eutanasia en Bélgica) o por enfermedades virales como el sida o la hepatitis B o C. En el caso de una petición de eutanasia procedente de una persona cuyo fallecimiento no está previsto en breve plazo, la ley belga impone la consulta a un segundo médico y a un psiquiatra. Un participante en el simposio admitió que a los psiquiatras consultados para dar su parecer en una petición de eutanasia «no les gusta dar una opinión negativa».

Un equipo de las clínicas universitarias de Lovaina habría efectuado con éxito injertos de pulmones extraídos de cuatro pacientes fallecidos por eutanasia entre 2007 y 2009. Los médicos expresan su esperanza de que la eutanasia pueda contribuir al aumento del número de órganos disponibles[201]. De un estudio publicado en *Appiel Cardiopulmonary Pathophysiology* se desprende que la calidad de los pulmones de una persona fallecida por eutanasia es claramente superior a la de los extraídos de donantes cuya muerte cerebral ha sido comprobada o de personas fallecidas por una parada cardíaca[202]. Todas estas personas tenían entre 48 y 62 años y estaban aquejadas de una enfermedad no terminal (neurológica, muscular degenerativa o neuropsiquiátrica). No obstante, los autores del estudio subrayan que todavía no es posible evaluar las consecuencias y el efecto tóxico en los pulmones de los barbitúricos administrados por la eutanasia del donante.

El procedimiento está descrito en el artículo. Se realiza una radiografía de los pulmones algunos días antes de poner en marcha el procedimiento. Los donantes son recibidos en el hospital algunas horas antes de sufrir la eutanasia con el fin de preparar la infraestructura: dos salas adyacentes, una para la eutanasia y otra para la extracción subsecuente a la parada cardíaca provocada. Justo antes de practicar la eutanasia, el médico administra un anticoagulante destinado a preservar los órganos del donante. Cuando la parada cardíaca ha sido comprobada por tres médicos independientes, el cuerpo es transportado a la sala de extracción e inmediatamente entubado para conservar «vivos» los órganos y evitar su degradación. Entre el acto de eutanasia y la operación de extracción de los órganos transcurren catorce minutos. Las eutanasias son practicadas por un equipo de médicos distinto al que procede a las extracciones y trasplantes. La identidad y las circunstancias de la muerte del donante no son conocidos por el receptor. Se subraya que la extracción de los órganos después de una eutanasia permite una planificación mejor.

En otra publicación, unos médicos explican haber atendido la petición de eutanasia de una paciente de 44 años que, a consecuencia de un accidente cerebro-vascular, sufría de un síndrome de clausura (*locked-in syndrome*). Previamente, esta paciente había expresado no solo su petición de eutanasia, sino también su consentimiento para la extracción de diversos órganos con vistas a una donación *post-mortem*. El procedimiento seguido fue similar al descrito más arriba. La eutanasia fue realizada, en presencia del marido, en una sala adyacente al quirófano. Ningún miembro del equipo de trasplantes estaba presente. Una vez que la muerte de la paciente fue comprobada por tres médicos independientes y transcurrieron diez minutos sin actividad cerebral, su cadáver fue puesto en la mesa de operaciones para la extracción. «Esta posibilidad —concluyen los

médicos— puede incrementar el número de órganos trasplantables y procurar cierto consuelo al donante y a su familia, dado que la interrupción activa de la vida del paciente ayudaría a personas que esperan un órgano»[203].

Esta práctica no ha tenido mucho eco fuera de Bélgica. Lejos de operar a escondidas, los médicos han dado cuenta de su procedimiento en varias publicaciones científicas. No obstante, se plantean varias cuestiones[204].

Desde el punto de vista de la transparencia, resulta asombroso que un documento relativo a «consideraciones éticas relativas al trasplante de órganos», publicado en la página web de *Eurotransplant*, no haga la menor alusión a la cuestión de la extracción de órganos a consecuencia de una eutanasia[205]. Aunque este organismo ponga la transparencia en los principios fundamentales que guían su actividad, el término «eutanasia» no aparece en ningún sitio en sus últimos informes anuales. Aparentemente, la eutanasia estaría clasificada entre las «demás causas de muerte» en los informes anuales de *Eurotransplant*. ¿Indica todo ello que no hay lugar para considerar la eventualidad de un problema en el plano ético?

Cabe sin embargo preguntarse sobre la calidad del consentimiento a la eutanasia por parte de un paciente candidato a una donación de órganos. La posibilidad de superar un sentimiento de dignidad perdida donando órganos, ¿no aumentará el deseo de eutanasia en una persona que sufre? Este loable altruismo ha podido ser suscitado por el entorno. ¿Cómo asegurarse de que lo que se presenta como una «donación de vida» tras una muerte provocada se ve libre y a salvo de toda presión?

¿Qué ocurre con el riesgo de connivencia entre el médico que practica la eutanasia y el equipo encargado de la extracción de órganos? Los interesados se defienden, ¿pero basta con que operen separadamente, en salas adyacentes, para descartar dicho riesgo? Cuando la práctica se haya convertido en rutina, el peligro de colusión entre los equipos no desaparecerá nunca, tanto más cuanto que la penuria de órganos disponibles es regularmente subrayada. Sea como fuere, lo más sorprendente es la carencia de un verdadero cuestionamiento ético de esta práctica.

[113] Esta cita no es literal, pero traduce el pensamiento del autor. Cf. G.K. Chesterton, *Eugenics and Other Evils*, Cassel and Company Lim., London, New York, Toronoto, Melbourne, 1992, cap. 2.

[114] Para una ilustración, entre otros, C. Ryan (1998).

[115] Cf. Ch. Perelman et L. Olbrechts-Tyteca, *Traité de l'argumentation –La nouvelle rhétorique*, 2ª éd., éd de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles, 1970, pp. 379 y s. (Hay versión española. Ed. Gredos, Madrid, 1994). Los autores señalan lo siguiente: «El argumento de dirección, el de la pendiente resbaladiza, o el del dedo en el engranaje, insinúa que no habrá medio de detenerse una vez en camino. La mayoría de las veces, solo la experiencia del pasado permite decidir, desde este punto de vista, a los antagonistas» (p. 382).

[116] H. Hendin (2009), p. 156.

[117] Para una presentación más pormenorizada, además de H. Hendin (2009), véase H. Weyers (2004); H. ten Have y J. Welie (2005).

[118] Rechtbank Leeuwarden, 21 de febrero de 1973, *Postma*, NJ 1973, 183: un médico que administró una dosis mortal a su madre, a petición de esta, invoca sin éxito razones de fuerza mayor (pues el método que empleó se considera inapropiado). Declarado culpable, se le inflige una pena simbólica de una semana de prisión con suspensión de la ejecución.

[119] Rechtbank Rotterdam, 1º de diciembre de 1981, *Wertheim*, NJ 1982, 63: una mujer de 67 años, aquejada de cáncer, pide a una amiga que le ayude a poner fin a su vida. Esta última es condenada a seis meses de prisión con suspensión de la ejecución. El tribunal precisa que solo un médico puede ayudar a otro a morir y que debe

consultar a otro médico.

[120] Para una breve síntesis de la jurisprudencia anterior al fallo de Hoge Raad (Tribunal Supremo) de 1984, véase H.J.J. Leenen, «Euthanasie voor de Hode Raad», *Ned Tijdschr Geneesk* 1985, 129, nº 9: 414-417.

[121] Hoge Raad, 27 de noviembre de 1984, *Schoonheim*, *NJ* 1985, 106.

[122] Hof Amsterdam 17 de noviembre de 1983, *NJ* 1984, 43 (llamada); Rechtbank Alkmaar, 10 de mayo de 1983, *NJ* 1983, 407 (primera instancia).

[123] Hof's-Gravenhage, 10 de junio de 1985 y 11 de septiembre de 1986, *NJ* 1987, 608.

[124] Rechtbank Groeningen, 1º de marzo de 1984, *Pols*, *NJ* 1984, 450; Hof Leeuwarden, 11 de octubre de 1984, *NJ* 1985, 241; Hoge Raad, 21 de octubre de 1986, *NJ* 1987, 607; Hof Arnhem, 28 de febrero de 1987, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (TGR)* 1987/35; Hoge Raad, 3 de nayo de 1988, *NJ* 1989, 391: sin entrar en los pormenores de este complejo procedimiento, se estima finalmente que la falta a la obligación de consultar a un segundo médico antes de proceder a una eutanasia no impide invocar el estado de necesidad; Rechtbank Rotterdam, 20 de marzo de 1985, *TGR* 1985/44; Hof's-Gravenhage, 2 de abril de 1987, *NJ* 1987, 756; Hoge Raad, 15 de diciembre de 1987, *NJ* 1988, 811: eutanasia de una mujer de 72 años aquejada de un cáncer terminal de ovarios; arguyendo su deber de confidencialidad, el médico había declarado que la paciente había fallecido de muerte natural. El caso fue denunciado por el farmacéutico. El tribunal considera que la eutanasia está justificada por el estado de necesidad; pero condena al médico al pago de una multa por declaración falsa. El Tribunal de apelación confirma el veredicto, pero reduce la multa. El Tribunal Supremo rechaza el recurso formulado solo contra la condena a pagar la multa, confirmando que la eutanasia no es una muerte natural y que el certificado de defunción no puede ser falsificado; Rechtbank's-Gravenhage, 21 de junio de 1985, *Admiraal*, *NJ* 1985, 709: un anestesista, notorio militante a favor de la eutanasia, acortó la vida de un paciente aquejado de esclerosis múltiple y notificó el caso a las autoridades, esperando la apertura de un proceso. El tribunal admite el recurso al estado de necesidad; Medisch Tuchtcollege Amsterdam (tribunal disciplinar), 25 de junio de 1985, *Medisch Contact* 1986, 951; Centraal Medisch Tuchtcollege (instancia de apelación), 12 de junio de 1986, *TGR* 1987/3; Rechtbank Haarlem, 4 de abril de 1986, *NJ* 1987, 287: una mujer de 93 años, aquejada de varias enfermedades esencialmente ligadas a la edad, pero que conservaba la cabeza totalmente lúcida, rechazaba tanto el encarnizamiento terapéutico como la eutanasia; su médico puso activamente fin a su vida. Las instancias disciplinarias rechazaron el recurso al estado de necesidad y, cosa que asombra al tratarse claramente de un homicidio, el tribunal puso al médico una pena de solo una semana con suspensión de la ejecución; Rechtbank Rotterdam, 3 de julio de 1989; Hof's-Gravenhage, 4 de mayo de 1990; Hoge Raad, 28 de mayo de 1991, *NJ* 1991, 789; Rechtbank Rotterdam, 23 de junio de 1992, *TGR* 1993/36; Hof's-Gravenhage, 25 de mayo de 1993, *TGR* 1993/52: asistencia al suicidio de un paciente psiquiátrico de 50 años, justificada por estado de necesidad.

[125] P.J. van der Maas, J.J.M. Van Delden, L. Pijnenborg (1992). Este estudio es comunmente conocido como el «Informe R Emmelink». Para una síntesis, mismos autores (1991).

[126] Wet van 2 december 1993 tot wijziging van de Wet op de lijkbezorging, *Staatsblad*, 1993, 643; Besluit van 17 december 1993, houdende vaststelling van het formulier, bedoeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging, *Staatsblad*, 1993, 688.

[127] La expresión es de Hirsch Ballin, Ministro de Justicia de entonces.

[128] Hoge Raad (Strafkamer), 21 de junio de 1994, *Chabot*, *NJ* 1994, 656. Esta jurisprudencia fue confirmada. Véase, por ejemplo, Rechtbank Alkmaar, 23 de febrero de 1995, *TGR* 1995/33: eutanasia de un paciente no terminal, sin enfermedad física, con sufrimiento psicológico. Comp. Rechtbank Groeningen, 23 de marzo de 1995 *TGR* 1995/34; Hof Leeuwarden, 21 de septiembre de 1995, *NJ* 1996, 61: eutanasia por parte de una enfermera de un enfermo seropositivo; el tribunal comprende la motivación de la enfermera, pero, con fines preventivos, rechaza el recurso al estado de necesidad e impone una pena de prisión de dos meses con suspensión de la ejecución; el tribunal de apelación confirma que solo un médico puede practicar una eutanasia, pero suprime la pena.

[129] Gerechtshof Leeuwarden, 4 de abril de 1966, *Kadjik*, *TGR* 1996/35, confirma Rechtbank Groningen, 13 de noviembre de 1995, *TGR* 1996/2 («Interrupción activa de la vida» de un recién nacido minusválido, justificada por estado de necesidad); Gerechtshof Amsterdam, 7 de noviembre de 1995, *Prins*, *TGR* 1996/1, confirma Rechtbank Alkmaar, 26 de abril de 1995, *NJ* 1995, 722 («Interrupción activa de la vida» de un recién nacido disminuido, justificada por estado de necesidad).

[130] G. Van der Wal y P.J. Van der Maas (1996).

[131] Cf. «Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie», *Staatscourant* 101, 3 de junio de 1998, 10.

[132] Voorstel van wet tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging inzake levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, *Medisch Contact*, 24 de abril de 1998, 570-579.

[133] Wet van 12 april 2001 houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging, *Staatsblad*, 2001, nº 194, entró en vigor el 1 de abril de 2002 (Ley de 12 de abril de 2001 relativa al control de la interrupción de la vida practicada a petición del enfermo y al control de la asistencia al suicidio, con modificación del código penal y de la ley sobre

las pompas fúnebres).

[134] Hoge Raad, 24 de diciembre de 2002, *Brongersma*, NJ 2003, 167.

[135] Para un comentario más pormenorizado, E. Pans, «De Hoge Raad en de onzekere arts. Kanttekeningen bij het arrest over hulp bij zelfdoding in de zaak Brongersma», *NJB*, 25 de abril de 2003, 17: 870-877.

[136] La reflexión que sigue está inspirada en la brillante intervención del letrado F. Keuleneer en el marco de su audición, Informe de la Comisión de Justicia, pp. 159 y s.

[137] *De Morgen*, 22 de junio de 2012, p. 8.

[138] Este párrafo sigue de cerca a F. Keuleneer, audición citada, p. 164.

[139] Informe de la Comisión de Justicia, p. 55.

[140] Informe de la Comisión de Justicia, p. 57. Véase también Informe de las Comisiones reunidas, pp. 545 y s., 581 y s., 613 y s.

[141] Cf., por ejemplo, la discusión que se retoma en la página 190 del Informe de la Comisión de Justicia, en la que el presidente de la Comisión de Justicia afirma especialmente que, «por su parte, la ayuda al suicidio no debe, según los defensores del proyecto de ley, estar integrada en el proyecto de ley relativo a la eutanasia».

[142] Propuesta de ley relativa a la eutanasia. Parecer del Consejo de Estado, 2 de julio de 2001, n° 2-244/21, pp. 14-15.

[143] *Ibid.*, p. 14, nota 3.

[144] Cf., por ejemplo, Propuesta de ley modificando la ley del 28 de mayo de 2008 en lo que concierne a la auto-eutanasia asistida, 16 de agosto de 2010, *Doc., parl.*, Senado, ses. extr. 2010, n° 5-23/1 (retoma una propuesta de ley que ya había sido presentada en el Senado, 16 de septiembre de 2008, n° 4-919/1); Propuesta de ley modificando la ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia y que introduce la noción de asistencia a la auto-eutanasia, 26 de mayo de 2008, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2007-2008, n° 4-7841/1 (retoma, con algunas modificaciones, el texto de una propuesta que ya había sido presentada en el Senado el 2 de octubre de 2003, *Doc. parl.*, Senado, ses. extr. 2003, n° 3-220/1).

[145] Propuesta de ley modificando la ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia y el real decreto de 2 de abril de 2003 que fija las modalidades según las cuales ha de redactarse, confirmarse, revisarse o retirarse la declaración anticipada relativa a la eutanasia, 18 de octubre de 2007, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2007-2008, n° 4-301/1. Esta propuesta de ley retoma el texto de otra que ya había sido presentada en el Senado el 25 de abril de 2006, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2005-2006, n° 3-1671/1. Las cursivas son mías.

[146] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 17.

[147] Comisión de control, Primer informe (2004), p. 24. Cf. Conseil National de l'Ordre des médecins, Dictamen de 22 de marzo de 2003 relativa a los cuidados paliativos, a la eutanasia y a otras decisiones médicas concernientes al final de la vida, *Boletín*, vol. XI, junio de 2003.

[148] Comisión de control, Segundo informe (2006), p. 24.

[149] *Ibid.*, p. 83 (anexo 4).

[150] Comisión de control, Tercer informe (2008), p. 24.

[151] Comisión de control, Cuarto informe (2010), p. 24.

[152] Comisión de control, Quinto informe (2012), p. 17.

[153] En el sentido de pendiente «resbaladiza». *N. del T.*

[154] Dr. Englert, miembro de la Comisión de control y miembro de la ADMD (Bélgica), «Suicidio médicamente asistido y eutanasia», *Bulletin trimestriel de l'ADMD*, n° 112, junio de 2009, p. 17.

[155] Cf., por ejemplo, F. Keuleneer, «Puntjes op de i in het euthanasiedebat. Euthanasie veeler inperken dan uitbreiden», *Tertio*, n° 477, 2009, p. 10 (traducción del título: Puntos sobre las íes. Más bien limitar la eutanasia que ampliarla).

[156] Ley de 22 de agosto de 2002 relativa a los derechos del paciente, art. 8.

[157] G. Schamps y M. Van Overstraeten (2009).

[158] *Doc. parl.*, Senado, n° 5-154/1, n° 3-804/1, n° 3-1485/1, n° 3-1671/1, n° 4-301/1, n° 4-476/1 y 4-922/1; *Doc. parl.*, C. repr., n° 52-1050/1.

[159] Propuesta de ley que modifica la ley del 28 de mayo de 2012 relativa a la eutanasia en lo que concierne al proceso de registro de la declaración anticipada, 24 de enero de 2013, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2010-2013, n° 5-1942/1; Propuesta de ley que modifica la ley del 28 de mayo de 2012 relativa a la eutanasia, 10 de enero de 2013, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2012-2013, n° 5-1919/1; Propuesta de ley que modifica la ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia en lo que concierne a la duración de la validez de la declaración anticipada (de voluntad), 5 de octubre de 2012, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2011-2012, n° 5-1799/1.

[160] *Doc. parl.*, Senado, n° 3-804/1, n° 3-1485/1, n° 4-676/1, n° 4-921/1, n° 5-22/1; *Doc. parl.*, C. repr., n° 52-1050/1.

[161] G. Schamps y M. Van Overstraeten (2009), p. 353.

- [162] Propuesta de ley que modifica la ley del 28 de mayo de 2012 relativa a la eutanasia, 9 de mayo de 2012, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2011-2012, nº 5-1611/1; Propuesta de ley presentada el 16 de agosto, *Doc. parl.*, Senado, ses. extr., nº 5-22/1.
- [163] Propuesta de ley que modifica la ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia con objeto de instaurar la obligación de dirigir al paciente a un colega para el médico que se niega a practicar una eutanasia, 5 de octubre de 2012, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2011-2012, nº 5-1798/1.
- [164] G. Schamps y M. Ovestraeten (2009), p. 353.
- [165] Cf. Propuesta de ley ya referida, 10 de enero de 2013, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2012-2013, nº 5-1919/1.
- [166] Decreto del Gobierno flamenco de 14 de septiembre de 2012 relativo a la programación, a las condiciones de aprobación y al régimen de subvenciones de estructuras de servicios de cuidados y alojamiento y asociaciones de usuarios e intervinientes de proximidad, en lo que atañe a los servicios de ayuda a las familias y cuidados complementarios a domicilio y a los centros de cuidados de día —Anexo IX— Centros de cuidados de día, *M.B.*, 14 de noviembre de 2012, p. 68342.
- [167] Dr. M. Englert, *Bulletin trimestriel de la ADMD* (Bélgica), nº 125, septiembre 2012, p. 15; Dr. W. Distelmans, «Les dix ans de la loi sur l'euthanasie en Flandre», *Le Vif/l'Express*, 29 de septiembre de 2012.
- [168] Cf. artículo 487 *bis* del Código civil belga.
- [169] Propuesta de ley que completa, en lo que concierne a los menores, la ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, 9 de mayo de 2012, Exposición de motivos, *Doc. parl.*, Senado, sesión 2011-2012, nº 5-1610/1, p. 1. Esta propuesta de ley retoma el texto de la proposición de ley nº 4-431/1.
- [170] Propuesta de ley ya referida, 10 de enero de 2013, *Doc. parl.*, Senado, ses. 2012-2013, nº 5-1919/1; Propuesta de ley que modifica, en lo que concierne a los menores, el artículo 3 de la ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, 16 de agosto de 2010, *Doc. parl.*, Senado, ses. extr. 2010, nº 5-21/1 (retoma el texto de la propuesta de ley presentado en el Senado, 26 de septiembre de 2008, nº 4-920/1).
- [171] *Ibidem*.
- [172] *Doc. parl.*, Senado, nº 3-1993/1, y nº 4-4317/1; *Doc. parl.*, C. repr., nº 2553/1 y nº 611/1.
- [173] *Doc. parl.*, Senado, nº 3-804/1, nº 3-1485/1, nº 4-676/1 y nº 4-922/1; *Doc. parl.*, C. repr., 52-1050/1.
- [174] Proposición de ley que modifica la ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, 9 de mayo de 2012, *Doc. parl.*, Senado, sesión 2011-2012, nº 5-1611/1.
- [175] Cf., por ejemplo, Informe de las Comisiones reunidas, pp. 80, 329 a 334, 386 y s., etc.
- [176] Cf., por ejemplo, Informe de la Comisión de Justicia, p. 249.
- [177] G. Schamps y M. Van Overstraeten (2009), p. 352.
- [178] *Ibid.*, p. 353.
- [179] Informe de la Comisión de Justicia, p. 34.
- [180] *Ibid.*, p. 176.
- [181] *Ibid.*, pp. 153, 337, 347, etc.
- [182] Por ejemplo, F. Keuleneer, «Euthanasie is geen fundamenteel recht» (traducción: la eutanasia no es un derecho fundamental), *De Standaard*, 21 de mayo de 2003.
- [183] <http://www.belgium.be/fr/sante> (rúbricas soins de santé/fin de vie/euthanasie) (cuidados de salud/fin de la vida/eutanasia).
- [184] Propuesta de ley modificando la ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, presentada por J. Leduc y P. Wille, 7 de julio de 2004. *Doc. parl.*, Senado, sesión 2003-2004, nº 3-804/1, p. 1. Las cursivas son mías.
- [185] Publicación disponible en la dirección: <http://www.mutsoc.be/>
- [186] <http://www.admd.net/international/la-belgique.html>.
- [187] Audición del Dr. M. van Charante, Informe de la Comisión de Justicia, p. 337.
- [188] Toma de postura de la Asociación belga de practicantes del arte de la enfermería, «¿Hay que ampliar la ley a los menores en Bélgica?», noviembre de 2009, p. 3, documento que está disponible en la siguiente dirección: <http://www.infirmieres.be/admini/files/euthanasie%20avis%20com%20ethique%20acn.pdf>.
- [189] Informe de la Comisión de Justicia, p. 177.
- [190] Véase ya E. De Keyser, «Euthanasie. Een medische handeling», *N.J.W.*, 2003, pp. 1067-1073.
- [191] Véase, por ejemplo, J. Masson (2005).
- [192] Dr. D. Lossignol, «Soins palliatifs et euthanasie : la fin du conflit», *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, nº 14, 2012, p. 24.
- [193] Por ejemplo, S. Vossen, «Te weinig demente rusthuisbewoners hebben wilsverklaring», *Het Laatste Nieuws*, 26 de septiembre de 2012.
- [194] En francés, las expresiones «bienestar» (bien-être) o «estar mejor» (mieux-être) contienen el término «ser» (être). *N. del T.*
- [195] Informe de la Comisión de Justicia, pp. 172-173.

[196] *Ibid.*, p. 151, p. 159, p. 172, p. 173, p. 183, etc.

[197] *Ibid.*, p. 177.

[198] *Ibid.*, p. 178. Los términos en cursiva están en el texto.

[199] Véase, por ejemplo, «Un professeur suggère la création d'une clinique de l'euthanasie» (traduc.: un profesor sugiere la creación de una clínica de la eutanasia), *Le Soir*, 22 de enero de 2011; P. Backx, «Ziekenhuizen kunnen euthanasie niet verbieden» (traduc.: Los hospitales no pueden prohibir la eutanasia), *Artsenkrant*, 6 de noviembre de 2012, nº 2275, p. 1; Dr. M. Englert, *Bulletin trimestriel de l'ADMD* (Belgique), nº 125, septiembre de 2012, p. 15; así como las opiniones recogidas por F. Soumois, «Euthanasie: des hôpitaux hors la loi» y «Des hôpitaux bafouent la loi euthanasie», *Le Soir*, 17 de noviembre de 2012, pp. 1 y 8.

[200] Eurotransplant, Informe anual 2008, p. 24.

[201] D. Ysebaert, G. Van Beeumen, K. De Greef, J.-P. Skifflet, O. Detry, A. De Roover, M.-H. Delbouille, V. Van Donink, G. Roeyen, T. Chapelle, J.-L. Bosmans, D. Van Raemdonck, M. E. Faymonville, S. Laureys, M. Lamy, P. Cras (2009).

[202] D. Van Raemdonck, G.M. Verleden, L. Dupont, D. Ysebaert, D. Monbaliu, A. Neyrinck, W. Coosemans, H. Decaluwe, P. De Leyn, P. Nafteux, T. Lerut (2011).

[203] O. Detry, S. Laureys, M.-E. Faymonville, A. De Roover, J.-P. Squifflet, M. Lamy, M. Meruisse, Letter to the Editor «Organ donation after Physician-assisted death», *Transplant international* (2008), 21 (9): 915.

[204] Cf. M. Cook, « Belgian surgeons welcome euthanasia organs », publicado en mercatornet.com (Australia), 18 de junio de 2011.

[205] Eurotransplant, «Current ethical considerations in organ transplantation», 25 de mayo de 2010.

V. EL IMPACTO DE LA LEGALIZACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Si el pensamiento corrompe el lenguaje, el lenguaje puede también corromper el pensamiento.

G. Orwell[206]

Desde hace algunos años se comenta repetidamente la idea de que la eutanasia forma parte integrante de los cuidados paliativos[207]. Ya afloraba en la época en que la ley sobre la eutanasia se estaba gestando. Al menos en la mente de algunas personalidades políticas[208]. Es cierto que gana terreno, incluido en el ámbito oficial. Aparece también en el último informe (2008) de la célula federal de evaluación de los cuidados paliativos[209].

En el terreno científico, los profesores Jean Bernheim y Wim Distelmans en particular, multiplican los estudios para convencer de la existencia de un «modelo belga de cuidados paliativos integrales», en el que la eutanasia formaría parte integrante de dichos cuidados. Esos estudios remiten en lo esencial a publicaciones anteriores de los mismos autores, hechas, la mayor parte de las veces, en colaboración con uno o varios miembros del grupo de investigación sobre el final de la vida (*Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde*, ZRLA), creado bajo los auspicios de la *Vrije Universiteit Brussel* (Universidad Libre de Bruselas) y de la Universidad de Gante (UGent).

Sobre la base de datos históricos, reglamentarios y epidemiológicos, estos estudios concluyen que:

- el modelo belga de «cuidados paliativos integrales» reconoce a los pacientes el derecho a restar importancia a los cuidados paliativos convencionales, y a pedir y obtener el derecho a un fallecimiento asistido,
- lejos de ser antagonistas, la eutanasia y los cuidados paliativos son complementarios, y el movimiento por la eutanasia legal es el promotor del desarrollo de los cuidados paliativos.
- en Bélgica, una importante proporción del personal sanitario parece considerar la eutanasia como un acto médico, que, ejecutado con prudencia, se armoniza con su compromiso por los cuidados paliativos.
- la mayoría de médicos y enfermeros belgas que trabajan en cuidados paliativos apoyan la eutanasia legal.

Permítaseme formular algunas observaciones en el plano metodológico. La mayoría de los estudios citados están hechos en colaboración por autores belgas decididamente partidarios, desde hace mucho tiempo, de los cuidados paliativos y de la práctica de la eutanasia a un tiempo[210]. Su lucha para que la eutanasia sea legalizada y considerada como un cuidado normal en el final de la vida es conocida por todos y está explícitamente afirmada en sus estudios, que se presentan como una abierta defensa del modelo de los «cuidados paliativos integrales» (*integral paliative care*). Y se agradece que no disimulen sus intenciones. Sin embargo, su convicción es tal que llegan a creer que la comparte el país en su conjunto, y extrapolan sus resultados. Para ilustrar esto, me atengo a su estudio más reciente, en el que capitalizan los resultados de sus trabajos anteriores[211].

Por lo que se refiere al método empleado, los autores explican que han seleccionado publicaciones representativas de este debate tanto en el ámbito profesional como en el social, y sus resultados han sido contrastados por diversos expertos[212]. Cabe, sin embargo, preguntarse sobre qué base han estimado sus autores que las publicaciones seleccionadas eran o no representativas del debate. Del mismo modo, cabe preguntarse qué criterios se han seguido en la selección de expertos. La descripción metodológica silencia estas cuestiones. Todo lo más, se menciona la recepción de un eco en el marco de diversas conferencias científicas y profesionales, nacionales e internacionales, entre otras la «*Internacional Association of Bioethics*» y la «*European Association for Palliative Care*» (EAPC). Pero, a falta de una referencia precisa, se ignora la acogida que dieron a sus tesis expertos externos. Se sabe, en cambio, que para la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), «[los cuidados paliativos] afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni la aceleran ni la retrasan. Tiene como objetivo mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte»[213].

Para apoyar sus principales tesis, los autores remiten casi exclusivamente a sus propias publicaciones anteriores, en especial para probar que han sido ellos los primeros promotores belgas de los cuidados paliativos y al mismo tiempo los más ardientes partidarios de la eutanasia[214]. Cabe cuestionar la falta de diversificación de las fuentes citadas, y la falta de contraste con opiniones científicas de signo contrario. Ciertas afirmaciones muy categóricas habrían merecido una presentación más matizada. Así, se afirma como una evidencia, dicha de pasada, que en Holanda no se detectó ninguna «pendiente resbaladiza». Todos sabemos, sin embargo, que la opinión contraria fue mantenida por autores de prestigio, y alimentó en el mundo entero una larga y aguda controversia. Así también, se afirma que en el Reino Unido los cuidados paliativos nacieron (en gran parte) para prevenir la eutanasia, mientras que «en Bélgica se ha producido precisamente el fenómeno inverso: los cuidados paliativos han sido desarrollados (entre otros motivos) porque la eutanasia tenía más posibilidades de ser aceptada»[215], sin más referencia en apoyo de esta tesis un tanto audaz que la remisión a cuatro publicaciones debidas a la pluma de estos autores. Esta opinión no hace justicia

a todo el personal sanitario y a los voluntarios que se han involucrado en los cuidados paliativos para ofrecer una calidad de vida a aquellos para quienes la medicina curativa resultaba ya vana, y a la vez prevenir la eutanasia y el suicidio asistido.

Por otra parte, J. Bernheim y sus co-autores explican que los datos epidemiológicos más pertinentes proceden de sólidos (*sic*) estudios epidemiológicos basados en muestras aleatorias de fallecimientos producidos en Flandes, donde los médicos que los certificaban habían recibido un cuestionario anónimo[216]. Resulta verosímil, por un lado, que solo los médicos más concernidos por la práctica de la eutanasia reenvían el cuestionario[217]. Por otra parte, su testimonio se da encubierto por el anonimato. Esta última circunstancia constituye un límite nada desdeñable, que se añade a los propios de la ciencia epidemiológica, así como a la obtención, interpretación y presentación de los datos estadísticos estudiados. Señalemos, a este respecto, que las respuestas al cuestionario deben ponerse en tela de juicio dada la ambigüedad de las cuestiones planteadas, que mezclan confusamente las nociones, y al hecho de que en la época, y todavía hoy, no todos los médicos distinguen claramente entre los distintos tipos de decisiones médicas al final de la vida.

Hay que añadir, por último, que las referencias, que pretenden ser tranquilizadoras, a los informes de la Comisión de control no hacen caso de los límites de control de la aplicación de la ley, de cuyo ejercicio está encargada dicha Comisión. Ahora bien, ella misma dice ser consciente de esos límites. Como recordatorio, la Comisión no está realmente en situación de controlar el respeto de las condiciones legales. Verifica exclusivamente si los formularios de declaración que se le remiten son completos y, en caso necesario, formula algunas cuestiones suplementarias. Como no dispone de la historia clínica, sino de una declaración sumaria, la Comisión no puede juzgar si se cumplieron efectivamente las condiciones legales. El hecho de que, por mayoría de dos tercios (!), decida no transmitir una declaración al procurador del Rey no significa en absoluto que el médico haya actuado de acuerdo con la ley[218]. Lo máximo que cabe deducir de esa decisión es que, a ojos de la mayoría de los miembros de la Comisión, el formulario de declaración no contiene, a primera vista, elementos que susciten sospechas de irregularidad.

Como conclusión de su estudio, los autores creen poder considerar que, «en Bélgica (como en Holanda y en Oregón), no ha habido ninguna modificación de las prácticas médicas en el final de la vida susceptibles de afectar negativamente a los pacientes vulnerables»[219]. Reconocen que sus comprobaciones tienen un límite, pues no ofrecen una visión completa de los demasiado numerosos casos de eutanasias no declaradas, pero en ningún momento indican una evolución en «pendiente resbaladiza»[220]. Por mi parte, no podría quitarles la razón: ¡se trata de un límite considerable!

Según ellos, el temor a que la eutanasia sea practicada como consecuencia de un insuficiente acceso a los cuidados paliativos carece de fundamento. Nuevamente, la imposibilidad de apreciar las circunstancias que rodean las eutanasias no declaradas (40-50% de las eutanasias, ¿o más aún?) invita a la mayor prudencia. Para percibir eventuales indicios de «pendiente resbaladiza», habría sido esclarecedor comparar lo que

se admite hoy en día con lo que dice la ley y las intenciones de sus autores. De aquí mi empeño en valorar las interpretaciones actuales de la ley según el propio texto y a la luz de las intenciones del legislador plasmadas en los trabajos parlamentarios.

¿UN «MODELO BELGA DE CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRALES»?

Llegamos a la discusión sobre el fondo de las tesis de los profesores Bernheim, Distelmans y congéneres. A mi parecer, el pretendido «modelo belga de cuidados paliativos integrales» no existe ni de hecho, ni de derecho.

¿Qué dice el derecho?

Como se señaló más arriba, el legislador belga no pretendió consagrar el «derecho a un fallecimiento médicamente asistido». Por otra parte, el método empleado por la ley no aboga por un modelo integrado. Tras largas discusiones, el legislador optó por adoptar dos leyes distintas.

La ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia no otorga en absoluto un derecho al paciente, sino que crea las condiciones que le permiten formular una petición de eutanasia y que, bajo ciertas circunstancias, garantiza la impunidad al médico que acepta libremente atender esa petición.

En cambio, la ley de 14 de junio de 2002 relativa a los cuidados paliativos otorga un verdadero derecho al paciente (cf. el título del c. II. Del derecho a los cuidados paliativos), y prevé, en su artículo 2, que «todo paciente debe poder beneficiarse de cuidados paliativos en el marco del acompañamiento en el final de su vida»[\[221\]](#). Esta misma disposición prosigue: «Por cuidados paliativos hay que entender: el conjunto de los cuidados dispensados al paciente aquejado de una enfermedad susceptible de conllevar la muerte, una vez que esa enfermedad ya no reacciona a las terapias curativas. El conjunto multidisciplinar de cuidados adquiere una importancia capital para asegurar el acompañamiento de estos pacientes en el final de su vida, y ello en los planos físico, psíquico, social y moral. El primer objetivo de los cuidados paliativos estriba en ofrecer al enfermo y a las personas próximas a él la mejor calidad de vida posible, así como la máxima autonomía. Los cuidados paliativos tienden a *garantizar y optimizar la calidad de vida del paciente* y de su familia *durante el tiempo que le quede de vida*» (las cursivas son mías).

A menos que se entienda por *garantizar y optimizar la calidad de vida del paciente durante el tiempo que le quede de vida* el hecho de poner intencionadamente fin a la vida de esta persona, los cuidados paliativos excluyen legalmente el acto de eutanasia. Como cabe apreciar, entre estas dos aproximaciones del final de la vida hay una diferencia conceptual que las hace, de hecho y de derecho, inconciliables.

Si el legislador hubiese querido integrar la eutanasia en los cuidados paliativos, el

sentido común le habría llevado a adoptar un único texto de ley que estableciese el «modelo de cuidados paliativos integrales» (un texto integrado para un modelo integrado) o, por lo menos, a remitir en la ley sobre cuidados paliativos a la noción de eutanasia o a la ley sobre esta. Pero no hay nada: ni la menor alusión.

Más aún: la ley relativa a la eutanasia prevé que, antes de acceder a una petición, el médico deba ver con el paciente «las posibilidades terapéuticas que todavía cabe considerar, así como las que ofrecen los cuidados paliativos, y sus consecuencias». En la ley subyace, así, que los cuidados paliativos proceden de una aproximación completamente distinta del final de la vida. Tanto desde un punto de vista histórico como jurídico, los cuidados paliativos no abarcan todas las formas de acompañamiento de una persona al final de su vida, y la eutanasia no es un medio entre otros de la gama de los cuidados paliativos[222].

La ley relativa a la eutanasia y la relativa a los cuidados paliativos fueron adoptadas en un plazo de tiempo muy corto. Ese *timing* puede explicarse no solo por el hecho de que ambas se refieren al final de la vida, sino también por una voluntad política de compensación, tal como sugieren, con motivo, J. Bernheim y congéneres. Es exacto que partidarios de la eutanasia (los Dr. K. Roelants y J. Bernheim) crearon la primera residencia de cuidados paliativos en Bélgica (especialmente para que se aceptase mejor la legalización de la eutanasia, dicen ellos mismos). Pero es igualmente cierto que la primera unidad de cuidados paliativos en una clínica universitaria fue creada, con un espíritu completamente distinto, por médicos refractarios a la eutanasia. Y paulatinamente han ido surgiendo otras muchas unidades intra- y extra-hospitalarias por todo el país, con la intención de mejorar la calidad de vida de los enfermos llegados al crepúsculo de su vida, y de alejar, así, la tentación de la eutanasia.

Muchas personas tienen en Bélgica la sensación de que la breve ley sobre cuidados paliativos (diez cortos artículos, e importantes delegaciones en el Rey, encargado de tomar las medidas de ejecución) fue una concesión a quienes se oponían a la eutanasia. El debate sobre esta contribuyó, en su momento, a favorecer el desarrollo de los cuidados paliativos. Pero sostener que la legislación sobre la eutanasia promueve los cuidados paliativos implica un paso que yo, personalmente, no daría.

La relación causa-efecto, observada por J. Bernheim y congéneres, entre la adopción de la ley sobre la eutanasia y el desarrollo de los cuidados paliativos es, cuando menos, discutible. Los cuidados paliativos se han desarrollado y continúan haciéndolo gracias al compromiso de numerosos cuidadores y a su lucha por hacerlos cada vez más accesibles. Han experimentado desarrollos análogos en otros países occidentales en los que no hay derecho a la eutanasia. En realidad, gracias a una *voluntad política*, el presupuesto dedicado a los cuidados paliativos en 2002 fue doblado, a modo de «compromiso» entre partidarios y adversarios de la eutanasia. Hay que reconocer que, en comparación con sus países vecinos, Bélgica no está particularmente atrasada en presupuesto destinado a los cuidados paliativos[223]. ¿Equivale esto a decir que esa dotación es suficiente y que los poderes políticos han seguido apoyando decididamente los cuidados paliativos? En absoluto. Bélgica financia hoy 366 camas en unidades residenciales (extra e intra

hospitalarias), mientras que se contabilizan cerca de 50.000 nuevos casos de cáncer cada año (en 2008 han sido registrados 59.996 nuevos casos)[224] y 20.000 personas mueren cada año por ese motivo (26.700 en 2008)[225]. El reconocimiento de los cuidados paliativos por la ley de junio de 2002 ha sido importante en lo que atañe a los principios, pero no ha traído consigo el aumento de camas. Incluso aún teniendo en cuenta también las unidades móviles intra y extra-hospitalarias, el dinero público atribuido en Bélgica a los cuidados paliativos sigue siendo insuficiente. Con respecto a una población que envejece y cada vez más afectada por el cáncer, su financiación se ha estancado. El sector de los cuidados paliativos reclama regularmente más medios al poder político[226].

Por lo demás, la ley de junio de 2002 preveía, en el artículo 8, una evaluación regular de las necesidades en materia de cuidados paliativos y de la calidad de las respuestas dadas al respecto, evaluación que había de ser presentada cada dos años a la Cámara de diputados. Hay motivo para asombrarse de que, desde 2002, la Célula de evaluación de los cuidados paliativos solo haya publicado dos informes (2005 y 2008), y de que la publicación de un nuevo informe no esté prevista en un futuro próximo. Por el contrario, los informes de la Comisión de control de la eutanasia son publicados puntualmente cada dos años (2004, 2006, 2008, 2010, 2012). De esta simple comprobación, se podría sospechar que, una vez despenalizada la eutanasia, ha disminuido el interés del mundo político por los cuidados paliativos.

Por último, se puede añadir que, según la definición del *Instituto nacional de seguros de la enfermedad e invalidez* (INAMI), «los cuidados paliativos (...) son una confirmación de la vida, y la muerte es considerada como un proceso normal, en el que importa que el paciente pueda fallecer en las mejores condiciones posibles. Los cuidados paliativos tratan por ello de mejorar la calidad de vida de quien todavía subsiste; prolongar la vida, o abreviarla, no son una finalidad en sí misma para los cuidados paliativos»[227].

Los estándares internacionales

El pretendido «modelo belga de cuidados paliativos integrales» no se deduce del dispositivo legislativo en vigor en Bélgica. Tampoco se armoniza con los estándares internacionales en materia de cuidados paliativos[228]. Así, en la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos:

- alivian el dolor y los demás síntomas de aflicción;
- apoyan la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- no tratan ni de acelerar ni de diferir la muerte;
- integran los aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados al paciente,
- ofrecen un sistema de acompañamiento para ayudar a la familia a enfrentarse con la enfermedad del paciente mientras dure, y durante el período de duelo;

- recurren a un trabajo de equipo para responder a las necesidades del paciente y de su familia, antes y después del fallecimiento;
- etcétera.[229]

Como se ha visto, esta concepción resulta compartida por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos[230].

Existen numerosas razones para no integrar la eutanasia ni el suicidio asistido en los cuidados paliativos[231]. Semejante mezcla corre el riesgo de alterar la percepción que tiene el público de ellos. Muchas personas contrarias a la eutanasia y al suicidio asistido pueden perder la confianza en los cuidados paliativos, y la mezcla de conceptos corre el riesgo de ser fuente de tensiones para los pacientes y sus familias, así como en el seno de los equipos de cuidadores. Ello tanto más cuanto que ciertos partidarios del «modelo de cuidados paliativos integrales» se dedican a sembrar la confusión, presentando la sedación como una eutanasia lenta o disimulada, o sugiriendo también que los cuidados paliativos pueden resultar «fútiles», o aproximarse a una forma de encarnizamiento médico. Estas injustas afirmaciones complican singularmente la tarea de quienes se dedican a los cuidados paliativos, y disuaden a ciertos pacientes de recurrir a ellos. Alimentan las sospechas sobre los morfínicos para calmar el dolor, y más aún sobre la sedación para controlar los síntomas refractarios. Por último, quiéranlo o no, los equipos de cuidados paliativos corren el riesgo de encontrarse en la posición de ser un «pórtico» de la eutanasia y el suicidio asistido.

La amenaza para los cuidados paliativos procede de dentro: no hay que descartar el riesgo de implosión a partir del momento en que se invita a la eutanasia —que es un proceso de muerte programada— desde los cuidados paliativos, cuando estos se orientan, por esencia, a la calidad de vida del paciente, a través de una gestión profesional del dolor y de los demás síntomas, de los cuidados para el bienestar y de asistencia al paciente y a su familia.

¿Qué ocurre en los hechos?

En los hechos, está lejos de ser evidente que una considerable proporción de profesionales de la salud sean favorables a la eutanasia en Bélgica, y menos aún al «modelo de cuidados paliativos integrales», como afirman los Dr. Bernheim, Distelmans y congéneres. Ya se trate de los ciudadanos en general, o de los cuidadores en particular, los belgas siguen estando muy divididos. Muestra de ello es la reciente publicación de un artículo de opinión, firmado por más de 80 profesores universitarios y médicos, en un gran periódico de la capital (firmas reunidas en apenas tres días)[232]. El artículo fue inmediatamente contrarrestado por otro de opinión contraria, que reunió un número similar de firmas[233]. Es decir: el debate sigue estando muy vivo. Pero parece posible aportar dos elementos de prueba complementarios.

En todos sus informes, la Comisión de control revela una gran desproporción entre las

regiones flamenca y valona, si se atiende al número de declaraciones redactadas en neerlandés y en lengua francesa. Más del 80% de las declaraciones son en neerlandés y menos del 20% en francés. Una de dos: o bien los flamencos son más partidarios de la eutanasia, o bien declaran más voluntariamente las eutanasias practicadas. En el primer caso, resulta falso que la eutanasia sea ampliamente aceptada. En el segundo, ello significaría que, en la parte francófona hay muchas eutanasias clandestinas (que pueden ser legales y no declaradas por pereza o por indisciplina... o manifiestamente ilegales y no declaradas por temor a persecuciones penales). En todos los casos, esta simple comprobación, recogida por la Comisión en sus cinco informes, resulta muy molesta. Muestra que, o bien la mitad del país es más bien desfavorable a la eutanasia, o bien que se tiene una visión muy limitada de la práctica de la eutanasia y que conviene ser más prudente a la hora de afirmar que las condiciones de la ley sean perfectamente respetadas.

J. Bernheim y sus co-autores perciben el problema, pero se limitan a indicar, en nota a pie de página, que «cabe, en todo caso, observar una diferencia cultural» entre las dos comunidades lingüísticas del país[234]. Esto se queda un tanto corto. En lo que a mí respecta, pienso que Flandes es globalmente más favorable a la eutanasia que Valonia. En cualquier caso, la Federación valona de cuidados paliativos parece considerar siempre que estos «no pretenden ser la receta milagrosa que hace «bella» la muerte, pero son un medio para atravesar el camino del final de la vida. Dejan partir al paciente sin retenerlo o acelerar su partida»[235].

El estudio de J. Bernheim y sus colegas ha extrapolado demasiado rápidamente al conjunto del país los resultados de su análisis empírico basado en muestras de los fallecimientos producidos en Flandes. Médicos flamencos favorables a la eutanasia se organizaron muy pronto en el seno del *LevensEinde Informatie-Forum* (*Foro informativo sobre el final de la vida*), erigido por la sección de Cuidados Paliativos de la VUB (*Vrije Universiteit Brussel*), en colaboración con la asociación *Recht op Waardig Sterven* (RWS, correspondiente flamenca de la ADMD). Despliegan una energía considerable para ofrecer información sobre el final de la vida y «formar» (mediante una corta sesión teórica) a los profesionales de la salud en la práctica de los cuidados al final de la vida, incluida la eutanasia. La información es suministrada y la formación impartida por médicos LEIF, todos los cuales consideran la eutanasia como una opción válida en el final de la vida. Por lo demás, la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* (Federación de cuidados paliativos de Flandes), que ha estado (Dr. W. Distelmans) o está (A. Mullie) presidida por varios autores de los estudios comentados, estima, a partir de 2003, que la eutanasia es una opción ética perfectamente legítima en el seno de los cuidados paliativos. En este contexto, no extraña que los cuidadores de Flandes sean más ampliamente favorables a la eutanasia que sus homólogos de Valonia. Raymond Dombrecht, voluntario que atiende el teléfono en la secretaría central de la ADMD, evoca, por otra parte con amargura, «la dolorosa verdad de las raras eutanasias obtenidas con forceps en la Bélgica francófona» y lamenta, algo exageradamente, que la eutanasia sea «casi imposible de lograr en Bruselas y en Valonia»[236]. En efecto, la ley autoriza a

los pacientes a formular una petición de eutanasia, pero, al quedar libres los médicos para aceptar o no, no se les garantiza una respuesta positiva. Máxime cuando, incluso en Flandes, muchos cuidadores se oponen a la eutanasia y, *a fortiori*, a su integración en los cuidados paliativos[237].

Por último, algunos estigmatizan regularmente en la prensa a los hospitales que rechazan la práctica de la eutanasia entre sus paredes y a los que, según ellos, imponen un «filtro paliativo» o practican un «encarnizamiento paliativo» (*sic*). Los hospitales católicos son muy particularmente estigmatizados, sobre todo en Flandes, y son numerosos en esa región del país (cerca del 80% pertenecen a *Cáritas*). Si fuese cierto que la gran mayoría de los profesionales de la salud son favorables a la eutanasia y al «modelo de cuidados paliativos integrales», no habría por qué fustigar a los hospitales y clínicas que ponen trabas a la práctica de la eutanasia, la cual, se dice erróneamente, es, sin embargo «un derecho del paciente». Ciertamente, es inexacto afirmar que, en Bélgica, la mayoría de los profesionales de la salud son favorables a la eutanasia. Y es igualmente falso que la mayoría de los médicos y enfermeros belgas que trabajan en cuidados paliativos apoyen el «modelo de cuidados paliativos integrales».

[206] G. Orwell, «Politics and the English Language», *Collected Essays, Journalism & Letters of George Orwell*, vol. IV, Harcourt, Brace and World ink 1968, 137: «If thought corrupts language, language can also corrupt thought».

[207] Dr. D. Lossignol, «Soins palliatifs et euthanasie : la fin du conflit», *La revue des soins palliatifs en Wallonie*, n° 14, 2012, p. 24.

[208] Proposición de ley relativa a la eutanasia, presentada el 20 de diciembre de 1999, por Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerbergher, M. Najy y J. De Roeck, *Doc. parl.*, Senado, sesión 1999-2000, n° 2-244/1, p 4.

[209] Célula federal de evaluación de los cuidados paliativos (Ministerio de la Salud Pública), Informe de evaluación - Soins palliatifs, mayo de 2008, p. 102: «Para la célula federal de evaluación de los cuidados paliativos, los cuidados paliativos integrales implican que se reconozca al paciente el derecho a decidir que la continuación de los cuidados paliativos convencionales ya no tiene razón de ser y que se apoye y acepte su voluntad de eutanasia».

[210] J.L. Bernheim (2009); J.L. Bernheim, A. Mullie (2010) (Los autores contestan a un estudio que trata de refutar su tesis: N. Gamester, B. Van den Eynden (2009)); J.L. Bernheim, R. Deschepper, W. Distelmans, A. Mullie, J. Bilsen (2008).

[211] J.L. Bernheim, K. Chambaere, J. Cohen, R. Deschepper, W. Distelmans, T. Smets, L. Van den Block, Y. Wesemael, A. Mullie (2008). Una versión actualizada de este estudio apareció en neerlandés: Bernheim y alii, I (2012). Véase también Bernheim y alii, II (2012).

[212] Bernheim y alii, I (2012), p. 540.

[213] EAPC. *Definition of Palliative Care*, 1998, www.eapcnet.org/about/definition.html.

[214] J.L. Bernheim (1990); J. L. Bernheim (1996); W. Distelmans (2010).

[215] Bernheim y alii, II (2012), p. 550.

[216] Bernheim y alii, I (2012), p. 544.

[217] Cuestionario «Medische beslissingen rond het levenseinde 2007».

[218] En este sentido véase también el Informe de las Comisiones reunidas, pp. 103, 345, etc.

[219] Bernheim y alii, I (2012), p. 547.

[220] *Ibidem*, p. 547.

[221] Ley de 14 de junio de 2002 relativa a los cuidados paliativos, *Moniteur Belge*, 26 de octubre de 2002, p. 49160, entrada en vigor el 5 de noviembre de 2002.

[222] En este sentido, J.-M. Longneaux, «Soins palliatifs et euthanasie: une question éthique», *La Revue des soins palliatifs en Wallonie*, n° 14, 2012, p. 20.

[223] Cf. European Association for Palliative Care (EAPC), *Palliative Care Development in Countries with a Euthanasia Law – Report for the Commission on Assisted Dying Briefing Papers*, co-authored by K. Chambaere, C. Centeno, E.A. Hernández, Y. Van Wesemael, F. Guillén-Grima, L. Deliens, S. Payne, 2011.

- [224] Fuente: Cancer Incidence in Belgium, 2008, Belgian Cancer Registry, Brussels 2011, p. 9.
- [225] Fuente: Cancer Incidence in Belgium, 2008, Belgian Cancer Registry, Brussels 2011, p. 24.
- [226] A. Van Den Broek, «Te weinig bedden in pallatieve centra voor ongeneeslijk zieke patiënten» (traducción: demasiadas pocas camas para enfermos incurables en los centros de cuidados paliativos), *De Morgen*, 4 de diciembre de 2002, p. 9; N. Geerarts, «Pallatieve sector smeekt om meer middelen» (traducción: el sector de los cuidados paliativos reclama más medios), *De Morgen online*, 13 de septiembre de 2012. Cf. también Proyecto de resolución relativo a una mejora de la oferta de cuidados paliativos con vistas a una mejor adecuación de las necesidades, 17 de junio de 2011, *Doc. parl.*, C. repr., n° 53-0330/006.
- [227] <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-inami.html>.
- [228] Cf. C. Sepúlveda, A. Marlin, T. Yoshida, A. Ullrich (2002).
- [229] <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/> Ver también World Health Organization (regional office for Europe), *Palliative Care for older people: better practices*, ed. By S. Hall, H. Petkova, A. D. Tsouros, M. Constantini and I. J. Higginson, 2011, pp. 6 y s.
- [230] Véase también «White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe; part 1 - Recommendations from European Association for Palliative Care», *European Journal of Palliative Care*, 2009; 16 (6): 278-289, spec. 284 y parte 2, misma revista, 2010; 17(1): 22-33.
- [231] A este propósito, J. Pereira, D. Anwar, G. Pralong, J. Pralong, C. Mazocco, J.-M. Bigler (2008), y las referencias.
- [232] Colectivo de universitarios y médicos, «Dix ans d'euthanasie: un heureux anniversaire?», *La Libre Belgique*, 12 de junio de 2012, p. 54.
- [233] Colectivo de universitarios y médicos, «Dix ans d'euthanasie: un heureux anniversaire!», *La Libre Belgique*, 20 de junio de 2012.
- [234] Bernheim y alii, I (2012), p. 546, nota 1.
- [235] <http://www.soinspalliatifs.be/la-philosophie-palliative.html>.
- [236] R. Dombrecht, «Patients Euthanasie Médecins», *Bulletin trimestriel de l'ADMD*, septiembre de 2012, n° 125, p. 21.
- [237] Cf., por ejemplo, J. Menten, «Er is nog veel onwetenschap over het levenseinde bij de bevolking», *Zorgwijzer*, n° 29, 2011, p. 28. Traducción del título del artículo: «Todavía hay mucha ignorancia entre la población sobre el final de la vida».

VI. IMPACTO DE LA LEGALIZACIÓN SOBRE LA CONFIANZA EN LOS MÉDICOS

La relación médico-paciente se basa en «el encuentro de una confianza y una conciencia»[\[238\]](#).

Los oponentes a la eutanasia han expresado con frecuencia el temor de que su legalización termine por arruinar la confianza de los pacientes en su médico. Esta inquietud es desmentida por los partidarios de la eutanasia. Muy al contrario, afirman estos, la legalización de la eutanasia ha reforzado la confianza en el cuerpo médico al liberar la palabra: los pacientes pueden expresarse con mayor libertad sobre su sufrimiento, incluso sobre su deseo de terminar con él, y los médicos pueden escuchar más libremente. A título de prueba (única) invocada en apoyo de su tesis, los Drs. J. Bernheim, W. Distelmans y otros citan una encuesta sobre los valores de los europeos («*European Values Survey*»), de la que infieren que la confianza de los belgas en su «sistema de salud» pasa del 87% en 1999 al 92% en 2008[\[239\]](#). No discuto el elevadísimo grado de satisfacción de los belgas con su sistema de salud —uno de los más altos de Europa—, pero de ello no cabe deducir que la legalización de la eutanasia haya reforzado la confianza de los pacientes en su médico.

Una cosa es la confianza de los ciudadanos (en general) en su «sistema de salud», y otra la confianza de las personas enfermas, vulnerables o al final de su vida, en su médico. Los belgas tienen motivos para estar satisfechos con su «sistema de salud». En efecto, las prestaciones médicas y los medicamentos son ampliamente reembolsados por la seguridad social, que figura entre las más generosas del mundo. Los hospitales, clínicas y otras instituciones médicas cuentan con muy buenas instalaciones y están muy bien atendidos. El personal médico está excelentemente formado y al tanto de los más recientes descubrimientos y técnicas médicas. Los profesionales de la salud están en la punta de lanza del progreso y tienen a su disposición los aparatos más modernos y sofisticados. Pero esa merecida confianza de la población en su «sistema de salud» es compatible con un déficit de confianza de los pacientes debilitados por la enfermedad o una minusvalía respecto a su médico. Por otra parte, aunque quepa observar que los pacientes hablan con mayor libertad, es discutible que esto se deba a la legislación sobre la eutanasia. En Bélgica, como en otros muchos países, los cuidados paliativos han experimentado un fuerte desarrollo en los últimos años. Ahora bien, la escucha al paciente y la atención a sus necesidades son aspectos centrales en los cuidados

paliativos. No resulta absurdo pensar que esta cultura paliativa, que se instala progresivamente en la medicina, favorezca la confianza de los enfermos y contribuya a una expresión más libre de sus expectativas.

Es cosa bien conocida que la confianza resulta difícil de medir. Los mercados bancarios y financieros, nacionales e internacionales, saben algo sobre ello. Lo más que puedo hacer al respecto es dar algunos testimonios indicativos de que la legalización de la eutanasia podría haber alterado la confianza de cierto número de pacientes belgas en sus médicos.

En octubre de 2007, el Instituto Europeo de Bioética publicó en un diario un artículo que proponía la «carta de vigilancia en el final de la vida». Esa carta no tenía otra ambición que la de ayudar a la persona de edad o enferma a comunicarse mejor en lo relativo al final de su vida (no al encarnizamiento terapéutico y no a la eutanasia). De forma inesperada, la petición para recibir esa carta fue masiva, y cinco años más tarde siguen llegando peticiones, semana tras semana, sin interrupción. Durante las entrevistas telefónicas, se evidencia el hecho de que estas personas necesitan que se les tranquilice respecto de la eutanasia clandestina o sobre lo que presienten que puede sucederles en su casa de reposo y cuidados.

Puedo también mencionar que con ocasión de conferencias o debates sobre el final de la vida en medios muy diversos, nunca faltan preguntas de personas mayores, preocupadas por saber «si existen hospitales donde se está seguro de que no se practica la eutanasia», o «¿cómo estar seguro de que con nosotros no se hará?», etc. Esta desconfianza y este malestar por parte de personas de edad, enfermos o con minusvalías aumentan cuando se emiten en la televisión reportajes dedicados a la difusión en directo de actos de eutanasia.

¿Qué decir sobre el impacto que producen esos equipos volantes de médicos EOL o LEIF, que algunos llaman maliciosamente «escuadrones de la muerte»?[\[240\]](#) Permítaseme dar cuenta de mi experiencia, que procede de numerosos contactos y entrevistas con médicos, enfermeras y personas que trabajan en cuidados paliativos.

Para responder lo antes posible a la petición de un paciente, los médicos formados en la práctica de la eutanasia, desempeñan un cometido de asesoramiento con sus cofrades, e incluso les asisten el día de la eutanasia[\[241\]](#). A veces toman también el relevo del médico encargado del tratamiento del enfermo o del equipo móvil de cuidados paliativos. Ocurre que estos últimos son eliminados con demasiada rapidez. Se producen tensiones en el seno de las familias y en las relaciones entre colegas médicos. Para evitar esta categorización nada irreal, la ADMD y el RWS, a través de sus publicaciones y del Foro EOL-LEIF, hacen grandes esfuerzos para llegar al máximo de médicos generalistas y promover el ejercicio de la eutanasia. Estas tensiones entre cuidadores se producen también en medios hospitalarios. Los pacientes que exigen la eutanasia son dirigidos hacia los médicos abiertos a esta práctica. Pero, a la larga, varios de ellos soportan difícilmente esta mala imagen, lo que a veces genera pesadas tensiones en el seno de un hospital. Hay cuidadores que se atreven a dar testimonio de estos conflictos latentes en el seno de su equipo. Las lenguas se desatan pues, contra lo que afirman algunos medios de

comunicación, muchas personas apenas se inclinan por la práctica de la eutanasia.

Evidentemente, también hay en Bélgica personas decididas a determinar ellas mismas el momento y las modalidades de su muerte. Se dirigen de forma natural a los médicos EOL o LEIF, o también a la ADMD o al RWS, que los remiten a los médicos ya citados o a hospitales donde se practica abiertamente la eutanasia. Pacientes y médicos que comparten idéntica convicción están hechos para entenderse, y no tengo dudas de que entre ellos están en confianza. Se crean, así, medios en los que unos y otros se felicitan por la adopción de la ley sobre la eutanasia. Pero no hay que precipitarse en proyectar al conjunto del país ese clima de confianza, pues en otros muchos medios donde los médicos y/o los pacientes no son tan favorables, la ley ha inspirado más bien desconfianza hacia el cuerpo médico.

[238] Expresión corriente. Cf. Carta del personal de la salud, 1995, nº 2; Agencia de la biomedicina (Francia), Consejo de orientación, sesión de 7 de julio de 2006, Deliberación nº 2006-CO-224; Comité económico y social, parecer adoptado durante la sesión de 24 de febrero de 1999.

[239] Bernheim y *alii*, I (2012), p. 546, y las referencias.

[240] Cf. R. Moreels (médico y antiguo Ministro federal), *Médecin, un autre monde*, éd. L'Harmattan, 2012, p. 26.

[241] Confirmación de J. Herremans, presidente de la ADMD (Bélgica) y miembro de la Comisión de control, en una entrevista concedida a F. Soumois (respuesta a la segunda cuestión), *Le Soir*, 13 de febrero de 2012, p. 7.

VII. LA DIMENSIÓN SOCIOPOLÍTICA DE LA EUTANASIA

Cuando un enfermo se encuentra muy mal y el orden social dice: «Tenemos que permitir que se dé muerte a ese agonizante», no es solo el enfermo el que está muy mal, sino también el orden social.

Xavier Dijon[242]

La despenalización de la eutanasia se justifica invariablemente refiriéndola al derecho a la autonomía o a la autodeterminación, o también al «derecho a disponer de uno mismo». En una sociedad pluralista que respeta la autonomía de los ciudadanos, se dice, cada cual debe poder elegir su muerte. «Nadie puede imponer sus convicciones a los demás», se repite de mil maneras: «Hay quien opta por una muerte natural y nosotros respetamos esa elección. Solo reclamamos que sea igualmente respetado y garantizado el derecho de los que piden la eutanasia». Esta visión presupone que la eutanasia procede de una elección puramente personal, sin impacto alguno sobre el tejido social, ni sobre el orden jurídico. Tal supuesto es discutible. El énfasis en la autonomía y su representación en la ley sobre la eutanasia no hacen justicia a la complejidad de las cosas.

No cabe sino alegrarse de la laicización política de la sociedad y del notable avance de la idea de autonomía de la persona. En el ámbito de la salud, se han denunciado con razón los excesos de cierto paternalismo médico. Pero no por ello se está obligado a adherirse a la «ideología de la autonomía». La ley sobre la eutanasia vehicula una figura irreal de la autonomía. Todo sucede como si el sujeto fuese transparente a sí mismo, dotado de una voluntad completamente libre, a pesar de un sufrimiento tiránico, dueño único de sus decisiones, inmune de toda presión. Se considera además de modo abstracto que su decisión solo le atañe a él mismo.

No hay que engañarse: la reivindicación de la eutanasia legal es ante todo de orden ideológico, como atestigua el artículo de opinión firmado por el colectivo de profesionales que han querido expresar su satisfacción por los diez años de la ley belga sobre la eutanasia. «Simplemente pedimos —escriben— que se respete nuestra concepción, que quiere dejar a los seres asumir su elección de ser dueños de su cuerpo, de su vida y de su muerte»[243]. Pero, ¿de qué dominio estamos hablando? Los seres no son precisamente dueños de su muerte; de aquí que necesiten que *otro* se encargue de hacerles morir. La absolutización de la autonomía, en detrimento del vínculo familiar y social, es una manera de decirse que «Yo» (mi-elección-que-solo-a-mí-me-atañe) es más importante que los que quedan. La persona se afirma como único dueño de su muerte,

pero son los otros quienes la viven: los cuidadores a los que se les ha pedido darle muerte y las personas próximas que la sobreviven.

Cabe naturalmente entender que una persona enferma o que envejece quiera acabar con su vida, incluso aunque su fallecimiento no se prevea a corto plazo, y pida la eutanasia o una asistencia médica al suicidio. Semejante petición refleja un sufrimiento comprensible, pero, ¿puede la sociedad atender a esa persona sin ponerse ella misma en peligro? En realidad, lo que aquí se plantea no es la petición individual, ante la que hay que ser sensible, sino el derecho de satisfacerla que se otorga la sociedad. Con la eutanasia no se reconoce y consagra el derecho a *disponer de uno mismo*, sino el derecho a *disponer del otro*. El permiso legal de la eutanasia equivale a confiar a *todos* los médicos una atribución nueva: el poder de administrar la muerte a un tercero. De donde se ve que la decisión del individuo no es el único parámetro a tener en cuenta, puesto que exige al menos que el cuerpo médico se ponga al servicio de su deseo de muerte. La eutanasia o el suicidio médicamente asistido no es una cuestión de orden estrictamente privado, que solo atañe al interesado. Se trata siempre de una cuestión pública, que presenta una indiscutible dimensión socio-jurídico-política.

A este respecto, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido difieren radicalmente del suicidio. La posibilidad de suicidarse procede del dominio natural que cada uno tiene sobre su propio cuerpo y que —de hecho— le permite disponer de su vida. En nuestro sistema jurídico, el suicidio no es un derecho subjetivo, ni siquiera, técnicamente, una libertad. En efecto, el que obstaculiza esa «libertad» impidiendo a alguien que se suicide, no se arriesga a ser molestado por la justicia. En rigor, el suicidio no entra en el campo del derecho sino como *puro hecho*. En resumen, el ejercicio de la «libertad» del suicidio, a la vez que interpela gravemente a la sociedad, no recibe el aval de esta ni compromete al cuerpo médico.

Por el contrario, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido afectan directamente a la medicina y a los fundamentos del Estado de derecho. Por ello pueden ser legítimamente rechazados —sin chocar con el pluralismo característico de nuestras democracias políticamente laicas— con vistas a salvaguardar intereses públicos superiores, entre los cuales están la integridad de la profesión médica, la protección de las personas vulnerables y los fundamentos del orden social.

¿Quién no ve, de entrada, que la despenalización de la eutanasia entraña una modificación substancial de los cometidos confiados a los profesionales del arte de curar, en lo sucesivo autorizados a dar muerte, aunque sea a petición del paciente? Difícilmente cabe negar que la calificación de la eutanasia como acto médico produce un profundo impacto sobre la concepción que se tiene colectivamente de la medicina. En contradicción con la ética de cuidados, que es desde siempre la de los profesionales de la salud, afecta a la imagen y a la estructura moral de la medicina. Incide también, como se ha visto, sobre la percepción, la eficacia y el desarrollo de los cuidados paliativos. El rechazo de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido encuentra, así, una justificación (política) en el legítimo cuidado por salvaguardar la profesionalidad y la ética de la medicina.

Pero —se dirá— ¿no es en ocasiones la eutanasia la única salida, al menos en situaciones excepcionales? Frente a un enfermo con un gran sufrimiento y que pide la eutanasia, ¿puede humanamente el médico rehusársela? ¿No hay «transgresiones necesarias», por compasión, en el respeto a la autonomía del paciente? Esta posición es, evidentemente, muy seductora. Presenta toda la apariencia de un compromiso aceptable. Coincide perfectamente con una sensibilidad difusa que tiende a condenar toda prohibición absoluta.

En primer lugar, hay personas que se obstinan en pedir la eutanasia por convicción filosófica, más que por una situación médica sin salida. No obstante, la sociedad no puede inclinarse ante todas las decisiones de la voluntad haciendo caso omiso de los valores sociales en juego. Siendo esto así, tampoco nos tapemos los ojos: existen también situaciones médicas particularmente penosas en las que el paciente no puede más. En esos casos extremos, y siempre, la petición de eutanasia debe ser escuchada y acogida con benevolencia. Pero no es incongruente pensar que la sociedad no puede acceder a ello. Su deber es sostener el deseo de vivir que yace confusamente en la expresión del deseo de muerte.

Ante una petición de eutanasia, la respuesta apropiada de la medicina y de la sociedad es la siguiente: rechazo de la obstinación terapéutica, alivio profesional del dolor y de los síntomas, cuidados para el bienestar, acompañamiento humano de calidad... Al proponer la eutanasia a personas que sufren, en lugar de darles un mensaje de esperanza, se les está diciendo que su vida ya no vale la pena o que no se puede hacer nada más por ellas... Animar a redactar una declaración anticipada pidiendo la eutanasia equivale a mantener una sospecha de incompetencia por parte de la medicina y de la sociedad a la hora de hacerse correctamente cargo de los pacientes vulnerables. ¿No muestra una dimisión de la medicina la eutanasia de los pacientes al primer signo de Alzheimer, en consideración a su sufrimiento físico futuro? ¿No hay en ello una negación de toda posibilidad de domar la enfermedad y de avanzar científicamente? La paradoja es solo aparente: la sociedad que rechaza el sufrimiento tiende a acentuarlo a través de sus representaciones simbólicas. Peor aún: una sociedad que rechaza la muerte es una sociedad que se verá cada vez más en la «necesidad» de dar muerte.

Hay poderosos motivos jurídicos y políticos para resistir a la «tentación de la excepción». Legitimar la eutanasia voluntaria, incluso bien delimitada, con una ley, por esencia general y abstracta, es poner el dedo en un engranaje mortífero. No cabe olvidar el cometido simbólico y estructurante del derecho. Lejos de ser filosóficamente neutro, el permiso legal de quitar la vida a un semejante afirma el carácter relativo de la dignidad humana. Supone una determinada concepción antropológica y su imposición a todos. En este terreno, la ley entraña unos valores sociales, morales y culturales que impregnan el aire que todos respiramos. Puesto que el fundamento de la eutanasia es el respeto debido a la autonomía del enfermo, resulta lógico que la expresión de la voluntad se convierta enseguida en el criterio decisivo... y que caigan, una tras otra, las demás balizas. Cualquier intento de contener la excepción dentro de los límites que le fueron asignados al principio está condenado al fracaso. La experiencia belga enseña que aquí

no se trata de conjeturas gratuitas y sin fundamento. Desde mi punto de vista, la excepción no puede figurar en el texto de una ley, que está llamada a ser general. Es competencia de los jueces tratar los casos particulares, y le corresponde ante todo al Ministerio público valorar la oportunidad de la acción penal. La experiencia belga muestra que una ley sobre la eutanasia no tiene la virtud de hacer que esta salga de la clandestinidad. No permite controlar mejor su práctica ni evitar los abusos. ¿Cómo legitimar semejante ley, adoptada para satisfacer a algunas personas que reclaman una ayuda médica para morir, al precio de un grave abandono de la protección debida a otros valores sociales fundamentales?

Cabe, así, legítimamente temer que el paciente, lejos de resultar libre y autónomo en sus decisiones, quede debilitado y se incline con facilidad a ceder a la presión ejercida por el entorno. Quiérase o no, existe el riesgo de que personas debilitadas por la enfermedad o los años se culpen de parecer una carga para su entorno y un gravamen económico para la sociedad... por obstinarse en vivir. No se puede, a este respecto, desdeñar el poder de sugestión del entorno sobre la voluntad de los pacientes. Para muchas personas enfermas, que estiman ser una carga, el derecho a morir corre el riesgo de ser interpretado como una obligación moral de desaparecer. Así, las peticiones de eutanasia o de ayuda médica al suicidio no se expresarían con libertad, sino que serían el resultado de presiones inevitables, conscientes o inconscientes. En consecuencia, el rechazo de la eutanasia encuentra asimismo una justificación (social, política y jurídica) en el cuidado por asegurar la protección de las personas más vulnerables de la sociedad (personas de edad avanzada, enfermos, minusválidos...), lo que corresponde al primer cometido del derecho.

Por último, conviene repetir que, en lo que se refiere a la eutanasia, no se trata solo del derecho que algunos reivindican sobre su propia vida, sino del derecho otorgado a una categoría de ciudadanos —el cuerpo médico— de dar muerte a otras personas. Tenemos derecho a pensar que una sociedad no puede atribuirse semejante derecho sin dañar gravemente el valor social de la persona y uno de los fundamentos esenciales del orden jurídico, según el cual ningún hombre puede disponer de la vida de otro (salvo caso de legítima defensa contra un agresor injusto).

Una sociedad no se construye aglomerando autonomías. Hay que asignar forzosamente unos límites a la voluntad individual en cuanto se quiere tejer un vínculo social. Esta evidencia es bien comprendida y pacíficamente aceptada en muchos otros terrenos. Solo con decir lo que no hay que hacer, sin imponer ni indicar lo que hay que hacer, la prohibición es un «acicate fundamental de la creatividad moral». Si la prohibición cae, la reflexión moral se embota y, con ella, «la tenaz búsqueda de las mejores soluciones, las más ajustadas, las más finas, las más benevolentes...»[\[244\]](#). La prohibición ayuda a los profesionales de la salud a respetar sus límites, les confirma en una actitud de respeto incondicional, les obliga a mostrarse cada vez más cualificados en el control del dolor y de los síntomas, a guardarse de toda forma de obstinación terapéutica; les anima a desplegar tesoros de paciencia, de inteligencia, de imaginación, de sutileza moral, y a dar lo mejor de sí mismos para acompañar lo más humanamente posible a los enfermos y a

las personas que sufren. La prohibición ayuda a los pacientes en el final de la vida: les conforta en su inalienable dignidad, a pesar de su disminución física o psíquica. Preserva, por último, al entorno del paciente de la impaciencia mortífera, alentándole, por el contrario, a movilizar sus recursos humanos y solidarios para acompañar a aquel hasta el final.

[242] «L'irrespect euthanasique: étiologie et prophylaxie», in Ch. Suzanne (éd.) *L'euthanasie ou la mort assistée*, Bruxelles, De Boeck, 1991, p. 59.

[243] Colectivo de universitarios y médicos, «Dix ans d'euthanasie: un heureux anniversaire!», *La Libre Belgique*, 20 de junio de 2012.

[244] Véase la audición del profesor Suzanne Rameix, en el marco de la misión de evaluación de la ley de 22 de abril de 2005, *Rapport d'information n° 1287 - Solidaires devant la vie*, tomo 2, París, diciembre de 2008, p. 73.

EPÍLOGO

Invocada como fundamento de la legislación sobre la eutanasia, la filosofía de la autonomía es paradójica, cuando no contradictoria. El derecho a la autodeterminación o a la libre disposición de sí es esgrimido —primera paradoja— para reivindicar el derecho a recibir de un médico una ayuda activa para morir. De donde se ve que, en realidad, so pretexto del derecho a la autonomía, se recurre a una forma de solidaridad social —segunda paradoja— para escapar del vínculo social y de sus distintas formas de solidaridad. La medicina debería ponerse así al servicio de las voluntades individuales, que pretenden «dominar» la muerte para evitar el sufrimiento. La socióloga Anita Hocquart subraya que la legitimación política de la eutanasia es a menudo apoyada por una clase social poco consciente de sus consecuencias para los pacientes económica o psicológicamente más débiles[245].

Es muy tenue la frontera entre libertad y presión, entre una sociedad que piensa que debe aceptar las peticiones de muerte y una sociedad que, bajo diversas presiones, conscientes o inconscientes, termina por suscitarlas[246]. Estos mismos valores —autonomía y solidaridad—, puestos en juego para justificar la eutanasia, pueden igualmente justificar su prohibición, con el objetivo de salvaguardar la especificidad de la medicina, concebida desde siempre como el arte de curar y no como el arte de dar la muerte, y de proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad contra inevitables presiones.

La experiencia belga muestra que es prácticamente imposible establecer límites suficientes y garantizar su respeto. Una vez despenalizada la eutanasia, resulta ilusorio pretender controlar su práctica. El funcionamiento de la Comisión de control y de evaluación de la aplicación de la ley sobre la eutanasia es un fracaso. No está capacitada para controlar el respeto de las condiciones legales. Lo más que puede hacer es desempeñar un cometido en el establecimiento de estadísticas... sobre la única base de las eutanasias declaradas.

La experiencia belga enseña que, una vez que se ha permitido la eutanasia, resulta muy difícil mantener una interpretación estricta de las condiciones legales fijadas. Mediante diversas interpretaciones, las indicaciones de la eutanasia no dejan de diversificarse, pese a las declaraciones e intenciones iniciales del legislador. El ámbito de la ley se ensanchará sin duda en el futuro. Ciertamente, se dirá, las propuestas enfocadas a ampliar la ley —a los menores, a los dementes...— aún no han triunfado, y serán, por otra parte, objeto de un debate democrático. No obstante, dan testimonio ya de la rápida evolución de las mentalidades. En la época en la que se discutió y aprobó la

ley, una mayoría de parlamentarios pensaban que la sociedad no estaba aún dispuesta a admitir la eutanasia de menores y dementes. Hoy, políticos de distintos partidos consideran que ha llegado la hora de dar este nuevo paso. A sus ojos, la población está dispuesta a aceptar en lo sucesivo lo que habría rechazado diez años antes. ¿No es este el signo de una trivialización de la eutanasia y del suicidio asistido?

A la luz de la experiencia belga, no resulta fácil establecer que la despenalización de la eutanasia tenga un impacto negativo en la confianza en los médicos. Pero no está demostrado que ese riesgo sea una pura ilusión. Diversos testimonios y signos hacen pensar que el permiso legal de la eutanasia altera, al menos en ciertos ambientes, la confianza en los médicos, en el seno de las familias y entre las generaciones, no sin producir también tensiones entre médicos y equipos de cuidadores.

La experiencia belga ilustra cuán ilusorio es creer que cabe legalizar la «ayuda médica a morir», a título de una excepción estrechamente delimitada. Una vez admitido el principio, resulta imposible impedir que vaya de ampliación en ampliación, gracias a la dinámica inmanente al derecho, la fuerza de la lógica y el juego político.

[245] A. Hocquard, «L'euthanasie volontaire», estudio citado por el profesor M. Baum, Audición, p. 183.

[246] Cf. B. Matray, «La mort euthanasiée n'est pas la mort humaine», *Ethique. La vie en question*, nº 6-7, 1992/4-1993/1, p. 79.

SELECCIÓN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LITERATURA CIENTÍFICA

- Abiven, M., Charcot, C., Fresco, R. (2000), *Euthanasie — Alternatives et controverses*, Paris, Presses de la Renaissance.
- Amadori, D., Bruera, E., y al. (1996), «Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients», *Nutrition*, 12: 163-167.
- Azoulay, D., y al. (2011), «Opioids, survival, and advanced cancer in the hospice setting», *Journal of the American Medical Directors Association*, 12.2: 129-134.
- Bernheim, J.L. (1990), «Cognitieve revolutie, levens en stervensbeheersing. Beschouwingen van een arts naar aanleiding van het euthanasieprobleem», in Ch. Susanne, J. Stuy (ed.), *Bio-ethiek*, Bruselas, VUBPress: 103-109.
- Bernheim, J.L. (1996), «Het informatiecontract tussen arts en patiënt, rthothanasie en euthanasie: een cognitieve leidraad uit wettelijke en ethische impasses», in L. Desmedt, C. Van Kerckhove (ed), *Waardig sterven. Een humanistische visie op euthanasie*, Antwerpen, De Humanistische Pers: 67-82.
- Bernheim, J.L. (2009), «The relationship between palliative care and legalized euthanasia in Belgium», *Journal of palliative medicine*, 12(7): 589-591.
- Bernheim, J.L., Chambaere, K., Cohen, J., Deschepper, R., Distelmans, W., Smets, T., Van den Block, L., Wesemael, Y., Mullie, A., Deliens, L. (2008), «The Belgian model of integral end-of-life care: palliative care and legal euthanasia as complementary developments. I. historical, epidemiological and regulatory data», *Britisch Medical Journal*, 336: 864-867.
- Bernheim, J.L., Chambaere, K., Cohen, J., Deschepper, R., Distelmans, W., Smets, T., Van den Block, L., Wesemael, Y., Mullie, A. (2012), «Het Belgisch model van integrale levenseindezorg: palliatieve zorg en wettelijke euthanasie als aanvullende, niet tegens trijdige ontwikkelingen. I. Historische, epidemiologische en regulatorische gegevens», *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 68 (11), pp. 539-548 (citado Bernheim, I).
- Bernheim, J.L., Deschepper, R., Distelmans, W., Mullie, A., Bilsen, J., Deliens, L. (2008), «Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?», *Britisch Medical Journal*, 336: 864-867.
- Bernheim, J.L., Distelmans, W., Mullie, A. (2012), «Het Belgisch model van integrale levenseindezorg: palliatieve zorg en wettelijke euthanasie als aanvullende, niet-tegenstrijdige ontwikkelingen, II. Nationale en internationale controverses», *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 68 (11), pp. 549-559 (citado Bernheim, II).
- Bernheim, J.L., Mullie, A. (2010), «Euthanasia and Palliative Care in Belgium: Legitimate Concerns and Unsubstantiated Grievances», *Journal of palliative medicine*, 13 (7): 798-799.

- Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H.M., Lynch, M. (1995), «Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer», *Journal of Pain and Symptom Management*, 10: 131-141.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., y al. (2000), «Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer», *Journal of the American Medical Association*, 284 (22): 2907-2911.
- Chambaere, K., Bilsen, J., Cohen, J., Pousset, G., Onwuteaka-Philipsen, B., Mortier, F., Deliens, L. (2008), «A post mortem survey on end-of-life decisions using a representative sample of death certificates in *Flanders*», *BMC Public Health*, 8: 299.
- Cherny, N.I., Radbruch, L., The Board of the EAPC (2009), «European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care », *Palliative Medicine*, 23 (7): 581-593.
- Chochinov, H.M. (2002), «Dignity-Conserving Care — A New Model for Palliative Care: Helping the Patient Feel Valued», *Journal of the American Medical Association*, 287 (17): 2253-2260.
- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., Lander, S. (1997), «‘Are you depressed ?’ Screening for depression in the terminally ill», *American Journal of Psychiatry*, 154: 674-676.
- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., Clinch, J.J. (1995), «Desire for death in the terminally ill», *American Journal of Psychiatry*, 152: 1185-1191.
- Cohen, J., Van Wesemael, Y., Smets, T., Bilsen, J., Deliens, L. (2012), «Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium. One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia», *Social Science & Medecine*, 75 (5): 845-853.
- Distelmans, W. (2010), *Een waardig levenseinde*, 6de herziene druk, Anwerpen-Amsterdam, Houtekiet.
- Ede, S. (2000), «Artificial hydration and nutrition at the end of life», *Eur J Palliat Care*, 7: 210-212.
- Gamester, N., Van den Eynden, B. (2009), «The relationship between palliative care and legalized euthanasia in Belgium», *Journal of palliative medicine*, 12: 589-591.
- Hendin, H. (1998), *Seduced by death. Doctors, patients and assisted suicide*, New York, W. W. Norton; traducido al español: Hendin, H. (2009), *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido*, prólogo de E. Montero y epílogo de J.M. Serrano, Madrid, ed. Planeta.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., Deliens, F. (2010), «The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium», *CMAJ*, 182 (9): 905-910.
- Kissane, D. (2001), «Demoralisation. A useful Conceptualisation of Existential Distress in the Elderly», *Australasian Journal on Ageing*, 20(3): 110-111.
- Masson, J. (2005), «L’exception euthanasique en droit belge», *Louvain Médical*, pp. 238-245.
- Passik, S.D., Dugan, W., McDonald, M.V., Rosenfeld, B., Theobald, D.E., Edgerton, S. (1998), «Oncologists’ recognition of depression in their patients with cancer», *Journal of Clinical Oncology*, 16: 1594-1600.
- Pereira, J., Anwar, D., Pralong, G., Pralong, J., Mazocco, C., Bigler, J.M. (2008), «Assisted suicide and euthanasia should not be practiced in palliative care units», *Journal of palliative medicine*, 11 (8): 1074-1076.

- Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2002), «Assessing Psychological Distress Near the End of Life», *American Behavioral Scientist*, 46 (3): 357-372.
- Portenoy, R.K., Sibirceva, U., Smout, R., y al. (2006), «Opioid use and survival at the end of life. A survey of a hospice population», *Journal of pain and symptom management*, 32(6): 532-540.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W., Krivo, S., Chochinov, H.M. (2000), «Suicide, assisted suicide, and euthanasia in the terminally ill», in H.M. Chochinov & W. Breitbart (eds), *Handbook of psychiatry in palliative medicine*, New York, Oxford University Press, 51-62.
- Ryan, C. (1998), «Pulling up the runway: the effect of new evidence on euthanasia's slippery slope», *Journal of Medical Ethics*, 24: 341-344.
- Schamps, G., Van Overstraeten, M. (2009), «La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements», in *Liber Amicorum Henri-D. Bosly*, La Chartre, pp. 337-355.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002), «Palliative care: the World Health Organization's global perspective», *J Pain Sympt Manage*, 24: 91-96.
- Sykes, N., Thorns, A. (2003), «The use of opioids and sedatives at the end of life», *Lancet oncology*, 4(5): 312-318.
- ten Have, H., Welie, J. (2005), *Death and Medical Power. An ethical analysis of Dutch euthanasia practice*, Open University Press, Maidenhead.
- Thorns, A., Sykes, N. (2000), «Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making», *Lancet*, 356(9227): 398-399.
- van der Maas, P.J., Van Delden, J.J.M., Pijnenborg, L. (1991), «Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life», *Lancet* (1991), vol. 338:669-674.
- Van Raemdonck, D., Verleden, G.M., Dupont, L., Ysebaert, D., Monbaliu, D., Neyrinck, A., Coosemans, W., Decaluwe, H., De Leyn, P., Nafteux, P., Lerut, T. (2011), «Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia», *Applied cardiopulmonary pathophysiology*, 15: 38-48.
- Wesley, P. (1993), «Dying Safely», *Issues in Law and Medecine*, 8: 467-485.
- Weyers, H. (2004), *Euthanasie. Het proces van rechtsverandering*, Ámsterdam University Press, Ámsterdam.
- Ysebaert, D., Van Beeumen, G., De Greef, K., Skifflet, J.-P., Detry, O., De Roover, A., Delbouille, M.-H., Van Donink, V., Roeyen, G., Chapelle, T., Bosmans, J.-L., Van Raemdonck, D., Faymonville, M.E., Laureys, S., Lamy, M., Cras, P. (2009), «Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience», *Transplantation Proceedings*, 41 (2): 585-586.

INFORMES OFICIALES

Audition de..., in Annexe au Rapport fait au nom des Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales, par Mesdames Laloy et Van Riet — Auditions, 9 juillet 2001, *Doc. parl.*, Sénat, session 2000-2001, n° 2-244/24 (citado Audición de...).

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Premier rapport aux Chambres législatives (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003), 2004 (Comisión federal de control y de evaluación de la eutanasia, Primer informe a las cámaras legislativas).

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Deuxième rapport aux Chambres législatives (années 2004 et 2005), 2006 (Segundo informe).

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Troisième rapport aux Chambres législatives (années 2006 et 2007), 2008 (Tercer informe).

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Quatrième rapport aux Chambres législatives (années 2008 et 2009), 2010 (Cuarto informe).

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Cinquième rapport aux Chambres législatives (années 2010 et 2011), 2012 (Quinto informe).

Rapport fait au nom des Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales, par Mesdames Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, *Doc. parl.*, Sénat, session 2000-2001, n° 2-244/22 (Informe hecho en nombre de las Comisiones reunidas de Justicia y Asuntos sociales – citado Informe de las Comisiones reunidas).

Rapport fait au nom de la Commission de la Justice, par T. Giet, A. Van De Casteele, A. Barzin et J. Schauvliege, 23 avril 2002, *Doc. parl.*, Ch. repr., session 2001-2002, n° 50 1488/009 (Informe hecho en nombre de la Comisión de Justicia).

Rapport fait au nom de la Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, par A.-M. Descheemaeker et J. Vande Walle, annexé au Rapport fait au nom de la Commission de la Justice, *Doc. parl.*, Ch. repr., n° 50 1488/009 (Informe realizado por la Comisión de salud pública, de medioambiente y de transformación de la sociedad – citado Informe de la Comisión pública).

van der Maas, P.J., Van Delden, J.J.M., Pijnenborg, L. (1992), *Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life*, Elsevier, Amsterdam.

Van der Wal, G., van der Maas, P.J. (1996), *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, Sdu Publishers, Den Haag.



Título original: *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie légale en Belgique*

© 2013 by ETIENNE MONTERO

© 2013 de la versión española, realizada por BLANCA MILLÁN GARCÍA y JOSÉ ANTONIO MILLÁN ALBA, by EDICIONES RIALP, S.A.,
Alcalá, 290. 28027 Madrid.

www.rialp.com

Conversión ebook: [MT Color & Diseño, S. L.](#)

ISBN: 978-84-321-4312-0

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita reproducir, fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Table of Content

[Portadilla](#)

[Índice](#)

[Prólogo](#)

[I. Iniciativas médicas en el final de la vida](#)

[El rechazo del encarnizamiento terapéutico](#)

[El tratamiento del dolor y de los demás síntomas](#)

[Los cuidados paliativos](#)

[II. ¿Es eficaz el control de la eutanasia?](#)

[¿Por qué se decide llevar a cabo el control a posteriori?](#)

[¿Eficacia de la Comisión de control?](#)

[¿Fiabilidad de los informes de la Comisión de control?](#)

[III. El control de la práctica de la eutanasia](#)

[El carácter voluntario de la petición](#)

[La información al paciente](#)

[La consulta a un segundo médico](#)

[La consulta al equipo de cuidadores y a los allegados del paciente](#)

[La exigencia de una petición escrita](#)

[La necesidad de una afección grave e incurable](#)

[La exigencia de un sufrimiento físico o psíquico](#)

[La exigencia de un sufrimiento insoportable e imposible de aliviar](#)

[Un acto practicado por un médico](#)

[IV. ¿Cabe observar en Bélgica un fenómeno de «pendiente resbaladiza»?](#)

[Rreflexiones preliminares](#)

[De la eutanasia al suicidio asistido](#)

[¿Hacia una suavización de las condiciones de la eutanasia?](#)

[Alegatos a favor de una ampliación de la ley](#)

[Eutanasia y donación de órganos](#)

[V. El impacto de la legalización sobre los cuidados paliativos](#)

[Observaciones metodológicas](#)

[¿Un «Modelo belga de cuidados paliativos integrales»?](#)

[VI. Impacto de la legalización sobre la confianza en los médicos](#)

[VII. La dimensión sociopolítica de la eutanasia](#)

[Epílogo](#)

[Selección de referencias bibliográficas](#)

[Créditos](#)

Índice

Portadilla	2
Índice	3
Prólogo	4
I. Iniciativas médicas en el final de la vida	7
El rechazo del encarnizamiento terapéutico	8
El tratamiento del dolor y de los demás síntomas	9
Los cuidados paliativos	15
II. ¿Es eficaz el control de la eutanasia?	19
¿Por qué se decide llevar a cabo el control a posteriori?	19
¿Eficacia de la Comisión de control?	21
¿Fiabilidad de los informes de la Comisión de control?	22
III. El control de la práctica de la eutanasia	24
El carácter voluntario de la petición	27
La información al paciente	28
La consulta a un segundo médico	28
La consulta al equipo de cuidadores y a los allegados del paciente	29
La exigencia de una petición escrita	30
La necesidad de una afección grave e incurable	31
La exigencia de un sufrimiento físico o psíquico	33
La exigencia de un sufrimiento insoportable e imposible de aliviar	39
Un acto practicado por un médico	40
IV. ¿Cabe observar en Bélgica un fenómeno de «pendiente resbaladiza»?	44
Reflexiones preliminares	44
De la eutanasia al suicidio asistido	51
¿Hacia una suavización de las condiciones de la eutanasia?	53
Alegatos a favor de una ampliación de la ley	55
Eutanasia y donación de órganos	61
V. El impacto de la legalización sobre los cuidados paliativos	68
Observaciones metodológicas	69
¿Un «Modelo belga de cuidados paliativos integrales»?	71
VI. Impacto de la legalización sobre la confianza en los médicos	78

VII. La dimensión sociopolítica de la eutanasia	81
Epílogo	86
Selección de referencias bibliográficas	88
Créditos	92