

EXPERIENCIA E INFORMACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA: el caso de Holanda con ojos sudamericanos

GERMÁN CALDERÓN LEGARDA

(Pontificia Universidad Javeriana; Bogotá, Colombia)

RESUMEN

El propósito de este artículo no es estudiar la génesis o establecer la historia intelectual del debate sobre la eutanasia en Holanda. Se trata más bien, de señalar, haciendo referencia a un problema real como este, el valor de la *investigación empírica* como parte integral de la reflexión sobre problemas éticos.

Se formula aquí también la pregunta de si una sociedad liberal "abierta", en donde es posible discutir, examinar y, eventualmente, legislar sobre la práctica de la eutanasia, se encuentra, como en la *experiencia* de Holanda, cualitativamente hablando, en una mejor posición moral que la de otras sociedades, en donde este tipo de discusiones no son posibles, o se hacen muy difíciles.

El lector debe tener presente que se examina la discusión que tuvo lugar en los, aproximadamente, quince años previos a la legalización definitiva de la eutanasia en Holanda. No se hace referencia a lo que ha sucedido a partir de entonces, lo cual constituiría objeto de otro estudio.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia - Información - Directrices - Ética - Holanda

ABSTRACT

The purpose of this paper is not to study the intellectual history of the debate on euthanasia as it took place in Holland. It rather attempts to point out the importance of empirical evidence on the thinking of real moral issues like this.

The question is asked whether and "open" liberal society where discussion and legislation on *physician assisted death* is possible (as in the Dutch *experience*), is morally speaking, in a better position than those societies where such debates are not possible, or are made very difficult.

The reader must notice that we examine here the discussion as it developed fifteen years before the final legalization on euthanasia in Holland was passed. No reference is made to the period afterwards which would be the object of a further study.

KEY WORDS: Euthanasia - Information - Guidelines - Ethics - Netherlands

Introducción

¿Puede una decisión política estatal de legalización, o al menos de despenalización, de la eutanasia, conducir a la sociedad que la practica a una caída en la pendiente resbaladiza (*slippery slope*)? Este es un argumento al que se acude muchas veces, particularmente, por parte de aquellos que se oponen a la práctica de la eutanasia. En Holanda donde tradicionalmente ha existido una actitud más liberal, y que algunos calificarían de permisiva, este debate ha sido particularmente intenso. También se

ha dado con gran intensidad en algunos estados de la Unión Americana como Oregón y California y en países como Australia. En Colombia, hace pocos años, la Corte Constitucional a través de una sentencia, se acercó a lo que muchos consideran un paso previo a la despenalización del homicidio por piedad, aunque esto no significa necesariamente que haya habido un debate amplio y suficiente sobre la eutanasia en la sociedad colombiana.

El caso de Holanda, sin embargo, es particularmente interesante puesto que es allí donde el debate se desarrolló en términos que no sólo fueron cuantitativa sino cualitativamente mejores. Aunque la experiencia en otros lugares del mundo había sido también importante, en Holanda la discusión se hizo de una manera más amplia con respecto a la participación de la opinión pública y, aunque esto no estuvo exento de problemas, es lo que más se acerca a un debate que se podría considerar razonable. También es en Holanda donde se dio el mayor número de estudios empíricos sobre las actitudes de los médicos, los pacientes y sus familias y los funcionarios de la justicia, y sobre las condiciones en que las prácticas eutanásicas tenían lugar. Todo esto tuvo la consecuencia, por demás deseable, de que es con respecto a este país, donde nos encontramos en mejor posición para evaluar los resultados prácticos y también morales de dichas políticas públicas.

Consideraciones como la situación de Holanda han llevado a quienes se oponen a la legalización de las prácticas eutanásicas, a formular argumentos basados en el temor a la caída en la pendiente resbaladiza, que ponen el énfasis en las consecuencias no deseadas y no deseables que una legalización podría generar. Si se legaliza la eutanasia voluntaria, se argumenta, se terminará aceptando otro tipo de prácticas como las de la eutanasia involuntaria. Esto, según este tipo de argumentación, puede representar varios peligros que toman diversas formas. Una actitud tolerante frente a la terminación de la vida, por motivos aparentemente altruistas por ejemplo, podría terminar en la permisividad de todo tipo de prácticas.

Se argumenta también que si se permitiera la eutanasia para los enfermos terminales, otros que se encuentran enfermos y están también sometidos a intensos sufrimientos, pero no están en estado terminal, solicitarían ayuda para morir. Esto pudo tener cierto respaldo en los desarrollos que tenían lugar en Holanda para la época, por ejemplo, en el Proyecto de Ley que fue aprobado en la Cámara Baja en noviembre de 2000, en donde dice explícitamente que no se necesitaba estar en un estado terminal para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido.

Un tercer argumento tiene que ver con la subjetividad en la valoración del sufrimiento y el dolor,¹ y en la poca o mucha capacidad que cada persona pueda tener para resistirlo. Según este argumento, no se ve de qué manera puede haber un criterio claro y distinto para la aplicación de la eutanasia, si cualquier apelación al sufrimiento podría resultar en su

¹ NULLAND, S. B., Physician Assisted Suicide and Euthanasia in Practice. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342, 8: 583-4.

validación. Así por ejemplo, algunos argumentos expresan un gran temor de que en ciertos casos extremos un depresivo podría solicitar ayuda para morir,² o incluso, podría hacerlo una persona que se vea en medio de un intenso sufrimiento por la pérdida de algún ser querido. Esto podría ser también el caso de los ancianos que llegaran a percibirse a sí mismos como un peso para la sociedad.

Finalmente, se argumenta que si se legaliza la eutanasia voluntaria, entonces se terminará legalizando también la eutanasia involuntaria o no voluntaria. Puesto que se dan aquellos casos de personas incompetentes, así como también de niños con defectos de nacimiento y ancianos que no tienen capacidad de decidir. Si no tienen dicha capacidad (competencia), no se vería porqué, según reza el argumento, no pueda alguien más decidir por ellos. Se hace aquí explícito el temor de que otras personas decidirán el destino de aquellos que, por su condición, se encuentran en un estado de indefensión o de incapacidad para expresar sus deseos e incluso, se teme que lleguen a ser considerados como un peso del cual la sociedad deba librarse a toda costa.

Todo esto puede dar lugar a múltiples debates y controversias, algunos de ellos justificados y argumentados racionalmente. Otros no pasan de ser la expresión de prejuicios y temores no siempre ajenos a los dogmas y fanatismos. En las páginas siguientes trataremos de presentar algunos de los elementos centrales de lo que fue el debate en Holanda, deteniéndonos en aspectos pertenecientes a lo que algunos denominan *ética descriptiva*,³ entendiendo por esto el conocimiento de los hechos relevantes. En la segunda parte analizaremos las posibles interpretaciones de estos hechos y su relevancia para el debate moral. En la última parte intentaremos presentar algunas conclusiones.

I. La situación en Holanda

Para no perder de vista la problemática que analizamos, es quizá necesario aclarar que en Holanda el término eutanasia se utilizó en el sentido de "eutanasia voluntaria activa," entendida esta como la terminación intencional de la vida del paciente por solicitud explícita de este. Esa es la definición que siguen los autores a los que haré referencia y esto es también el referente del término en otros contextos, como cuando la Corte Constitucional Colombiana se pronunció sobre la no penalización de la "eutanasia activa". El término no cubre la terminación de la vida por omisión de tratamiento (eutanasia pasiva), o la eutanasia sin la solicitud del paciente que, según la terminología de Keown, puede ser involuntaria (*involuntary*)

² JOCHEMSEN, H.; KEOWN, J., Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 1999; 25:16-21.

³ Por este término entiendo simplemente, el conocimiento de los hechos relevantes. No me refiero a la distinción entre éticas descriptivas-prescriptivas que se refieren a corrientes particulares dentro de la teoría ética.

cuando el paciente es competente, o no-voluntaria (*non voluntary*) cuando el paciente es incompetente.

Para evitar la confusión de términos o dejar la impresión errónea de que el debate es meramente terminológico, baste decir aquí, que cuando utilizamos el término eutanasia, lo hacemos en todos los casos en el sentido arriba indicado (eutanasia voluntaria activa) y esta es la forma en como se ha utilizado el término en Holanda. Además, y esta es una razón de otro orden, porque es en realidad la eutanasia voluntaria activa la que genera el mayor grado de controversia moral. Tampoco se hace aquí mucha referencia al suicidio asistido que estrictamente hablando, no cabe dentro de la definición de eutanasia, pero cuya aparición en el debate resulta a veces inevitable.

Contrariamente a lo que muchos creen, la legalización de la eutanasia como tal, no se dio en Holanda sino hasta abril de 2001, cuando el Senado votó por 46 votos a favor y 28 en contra, la ley que legalizaba una práctica que ya se había tolerado por más de veinte años. En Holanda este tipo de leyes sólo entran en vigencia, una vez que la Reina les da su firma,⁴ lo que efectivamente sucedió un poco después.

Tanto el homicidio por piedad (eutanasia) como el suicidio asistido eran penalizados en la ley holandesa. Sin embargo, por decisión de la Corte Suprema y siguiendo algunas directrices de la Royal Dutch Medical Association (RDMA), durante mucho tiempo se hizo posible la práctica de la eutanasia siempre y cuando, dichas directrices (*guidelines*) se cumplieran, es decir que ésta (la práctica eutanásica), se hubiese dado por motivos de fuerza mayor y por tanto no se consideraba que existieran razones de peso para tomar acciones legales. Estas directivas fueron incorporadas como estatuto en junio 1º de 1994 y se las denomina *Reglas del Debido Cuidado* (*Rules of due care*). Podría decirse que eran de dos tipos: Las primeras de carácter sustantivo y las segundas de carácter procedimental. Quizá sea interesante mencionarlas aquí tal como las encontramos en el excelente trabajo de Margaret Pabst Battin.⁵

Directrices Sustantivas

- a) La eutanasia debe ser voluntaria;
la solicitud del paciente debe ser seriamente considerada y persistente.

- b) El/la paciente debe tener información adecuada acerca de su condición

⁴ Dutch Upper House Backs Aided Suicide. *The New York Times*, April 11, 2001.

⁵ PABST BATTIN, M., *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. Oxford University Press, 1994: 130-144. (Todas las traducciones del Inglés le pertenecen al autor).

médica, el pronóstico, y los métodos alternativos de tratamiento

- c) El sufrimiento del paciente debe ser intolerable, según su propia percepción, e irreversible (aunque no se requiere que el paciente se encuentre en estado terminal).
- d) Debe ser un caso tal que no existan alternativas razonables para aliviar los sufrimientos del paciente y que a la vez sean aceptables para este.

Directrices Procedimentales

- e) La eutanasia solamente puede ser llevada a cabo por un médico (aunque una enfermera puede asistirlo).
- f) El médico debe consultar con otro médico cuyo juicio pueda ser considerado independiente
- g) El médico debe ejercitar el máximo cuidado al valorar y verificar la condición del paciente como así también al realizar la práctica eutanásica misma.
- h) Los familiares deben ser informados, a no ser que esto sea contrario a los deseos del paciente
- i) Debe quedar un registro escrito del caso.
- j) El caso no puede ser reportado como una muerte natural

En consonancia con todos estos desarrollos, se podría más o menos seguir la evolución de la discusión y de los dispositivos legales en Holanda.

Hasta 1990 se requería que cualquier caso de eutanasia fuese reportado a la policía y fuese investigado. Si se establecía que la práctica de la eutanasia había seguido las directrices arriba mencionadas, no se tomaba ninguna acción legal adicional. Sin embargo, relativamente pocos casos eran reportados y cuando lo eran, con frecuencia los médicos y los familiares de los pacientes, hacían manifiestas sus quejas de que eran tratados por la policía como sospechosos de actos criminales.

Después de 1990 llegó a evitarse el reporte inicial y la investigación por parte de la policía, y se optó por un procedimiento diferente donde el médico entregaba un informe escrito al Supervisor Médico (*Coroner*), el que a su vez transmitía este informe al fiscal público. Si se cumplía con los criterios establecidos, se producía un certificado de defunción y una declaración de que no se requería ningún procedimiento adicional. Algunos comentaristas como la misma Pabst Battin, encuentran que es difícil para otras sociedades como la norteamericana entender este estatuto legal de la eutanasia en Holanda, que de alguna manera establecía un balance entre la legalidad y la ilegalidad; una actitud de tolerancia posibilitada por las directrices desarrolladas en los tribunales y que gozaba de cierto reconocimiento, aunque no quedaba consagrada de manera explícita en la ley.

Las opiniones que expresan que ni siquiera en Holanda son suficientes los estudios empíricos sobre la eutanasia, pueden tener cierta plausibilidad. Sin embargo, la preocupación por dichos aspectos se hizo notoria en la década de 1990. Dos estudios empíricos importantes sobre la práctica de la eutanasia en Holanda se publicaron en 1991 y 1992. Uno de ellos, patrocinado por el gobierno, y conocido popularmente como el *Rommelink Commission Report*⁶ (Rommelink era el apellido del Fiscal General de la Corte Suprema Holandesa); y el otro, una investigación realizada para la Universidad Libre de Amsterdam, por Van Der Wal. Con algunas diferencias, los dos estudios buscaban establecer las actitudes y posturas de los médicos frente a la muerte de sus pacientes; la frecuencia con que se practicaba la eutanasia en Holanda; las características de los pacientes; la naturaleza de sus requerimientos y las respuestas que frente a ellos podían ofrecer los médicos. En ambos casos la información se recolectó bajo garantía de confidencialidad y se obtuvo una alta tasa de respuestas.

De acuerdo con el Informe Rommelink, de aproximadamente 2.300 casos de eutanasia por año, cerca de 1.550, fueron realizados por médicos generales; 730 por especialistas y aproximadamente 20 por enfermeras particulares. Adicionalmente, se registraron 400 casos de suicidio asistido. Van der Wal encontró un total combinado de cerca de 2.000 casos de eutanasia y suicidio asistido por año, en médicos generales. Los dos estudios establecieron que la eutanasia era más frecuente que el suicidio asistido. En ambos casos (el acuerdo en los resultados sobre puntos

⁶ Ibid: 134 y ss.

importantes parece haber sido muy alto), se encontró que solo una minoría de las solicitudes para practicar la eutanasia se llevaron a cabo finalmente.

A partir de entonces ocurrieron otros desarrollos importantes, pero el propósito aquí no es estudiar la génesis o establecer completamente la historia del debate sobre la eutanasia en Holanda, basados en los estudios empíricos. Es más interesante destacar, que tomando como referente el problema concreto de la eutanasia en Holanda, puede señalarse de forma ilustrativa el valor que para la reflexión sobre problemas éticos tiene la investigación empírica. Aquí se formula también la pregunta de si una sociedad liberal "abierta" (en el sentido de Popper) en donde es posible discutir, examinar y eventualmente despenalizar la práctica de la eutanasia, se encuentra cualitativamente hablando, en una mejor posición que otras sociedades en donde este tipo de discusiones no son posibles o se hacen muy difíciles. A esta última pregunta trato de responder al final del presente artículo. En cuanto a la primera, se defiende el punto de vista de que la investigación empírica, que muchas veces los filósofos tienden a pasar por alto, puede y debe estar presente en toda investigación sobre problemas éticos y aunque en sí misma no constituya una solución, es un paso previo que resulta inevitable y en muchas ocasiones benéfico. Esto es particularmente notorio cuando nos ocupamos de problemas de bioética.

Buena parte de los estudios relevantes destacan elementos importantes en las investigaciones sobre las actitudes de los médicos, los pacientes y sus familias, como también de los funcionarios de la justicia en quienes recae la responsabilidad de decidir si debe abrirse o no una investigación frente a un caso de aplicación de la eutanasia. Este es un paso importante en el conocimiento, pero aún así, hay que registrar que las controversias surgen a partir de la interpretación de los datos mismos y por supuesto como es de esperarse, la sola presentación de información empírica por más abundante y completa que ésta sea, no nos libera de la discusión sobre las normas y valores involucrados en aquellas conductas y problemáticas que tienen una profunda implicación en los aspectos ético-morales entre los seres humanos.

II. Los puntos problemáticos y su interpretación

Tres preocupaciones centrales podrían destacarse de la revisión de la literatura:

1. Uso de la eutanasia, incluso en aquellos casos en donde los médicos pensaban que *los cuidados paliativos* eran aún posibles.
2. Ocurrencia de la eutanasia *no solicitada*
3. *Subregistro* de casos de eutanasia.

1. Aplicación de la eutanasia cuando existe la alternativa de los cuidados paliativos

El estudio de Jochemsem y Keown destaca en primer lugar el hecho de que en 3.600 casos de eutanasia y suicidio asistido (aquí se incluyeron los dos tipos de práctica), en 17% de ellos los médicos afirmaron que existía la alternativa de los cuidados paliativos. Asimismo, registraron que en la mayor parte de los casos de esta proporción (17%) los pacientes no habían solicitado este curso de acción. (La encuesta confirma que el acortamiento intencional de la vida de los pacientes sin su solicitud expresa sigue dándose comúnmente).⁷

Hay que tener presente que en 1994 la Corte Suprema Holandesa se pronunció en el sentido de que los médicos no debían participar en el proceso de aceleración de la muerte allí donde era posible ofrecer cuidados paliativos, y esto aplicaba tanto a los padecimientos mentales como a los casos de padecimiento físico. Este 17% de casos, significaría entonces un quebrantamiento de las disposiciones legales. Para muchos, especialmente para aquellos que se oponen a la práctica de la eutanasia, esto se constituye en una prueba irrefutable de que sociedades como la holandesa han caído en la pendiente resbaladiza. La pregunta que naturalmente debemos formular aquí, es si esto es una interpretación correcta.

Van Delden⁸ por ejemplo, señala de manera aparentemente acertada, que el hecho de que la eutanasia, y en algunos casos el suicidio asistido, se llevara a cabo en pacientes para quienes todavía existía la alternativa de los cuidados paliativos, demuestra solamente que hay mayor respeto en Holanda por la propia autonomía de los pacientes. Esto por supuesto, se aplicaría solamente a los casos de aquellas personas que se negaban a recibir este tipo de atención.

Quiero destacar este punto porque me parece de suma importancia: las encuestas a las que se refieren Jochemsem y Keown parecen haber demostrado que hay por lo menos cierto quebrantamiento de las disposiciones legales y que no se aplican los cuidados paliativos allí donde estos están aún disponibles. Pero entonces cabe preguntar: ¿puede estar "disponible" un tratamiento que el paciente no desea? Es aquí donde la información empírica no nos resuelve el problema, y en donde tendríamos que considerar los puntos de vista morales de aquel que interpreta los resultados.

Es obvio que en sociedades donde la autonomía y las libertades individuales sean altamente valoradas, las críticas señalarán el peligro de la no superación del paternalismo médico. Esto, por ejemplo, quedaba claramente manifestado en una carta escrita por Bob Dent, un ciudadano oriundo de Darwin, al norte de Australia, que amparándose en la declaración de los "Derechos de los enfermos terminales" (Rights of the Terminally Ill Act) puesta en vigor en esta provincia desde el primero de julio de 1996, solicitaba que: "La legislación más compasiva en el mundo sea respetada",

⁷ JOCHEMSEN, H.; KEOWN, J., *op. cit.*: 17.

⁸ VAN DELDEN, J. J. M., "Slippery Slopes in Flat Countries – a Response", *Journal of Medical Ethics* 1999; 25:22-24.

y argumentaba sobre la base de la total separación entre Iglesia y Estado. “La Iglesia y el Estado deben permanecer separados. ¿Qué derecho tiene cualquier individuo en razón de su fe religiosa (la cual yo no comparto), a exigir de mí que me comporte de acuerdo con sus reglas, hasta que algún doctor omnisciente decida que ya he tenido suficiente y aumente mi dosis de morfina hasta que muera?”.⁹

Esto parece reflejar claramente el sentimiento de muchos pacientes en situación terminal en diferentes sociedades y también de muchos médicos que desean respetar las decisiones autónomas de sus pacientes. Sin embargo, no deja de ser preocupante que, como el mismo Jochemsem y Keown observan, en Holanda no se haya hecho lo suficiente en favor de los cuidados paliativos.

El tema de los cuidados paliativos, sin embargo, está también sujeto a interpretación. Si aceptamos el porcentaje anterior (17%) de pacientes a quienes se hubiera podido aplicar cuidados paliativos y, si efectivamente esto se hubiese hecho, ¿significaría que quienes apelan al principio de sacralidad de la vida humana (mayoritariamente, pero no siempre por razones religiosas), para rechazar las prácticas eutanásicas, tendrían a su favor el argumento de que la correcta aplicación de estos cuidados alejaría a los pacientes de su intención de solicitar la eutanasia? Eutanasia y cuidados paliativos resultan aquí, como anota van Delden, incompatibles.

Por otro lado, podríamos tener una interpretación muy plausible que consiste en reconocer el hecho de que, precisamente, y debido a que la mayor parte de las sociedades contemporáneas no proveen los cuidados ni el bienestar adecuados para los ancianos y los enfermos terminales, no pueden estas mismas sociedades pretender que tienen el derecho a decidir en nombre de aquellos individuos para quienes la existencia se vuelve insopportable. En este caso estaríamos apelando a un argumento de justicia.¹⁰

Además de estas consideraciones de justicia, aparecen también cuestiones de compasión y simpatía (en el sentido de Hume) para con el sufrimiento humano. Consideraciones sobre cuándo es correcto admitir que la enfermedad y el proceso de deterioro intensifican el sufrimiento, de tal manera que la sola supervivencia, tomada en sí misma, resulta un fin no deseable.

Todas éstas son, por supuesto, posiciones ético-morales perfectamente válidas y para las que podemos encontrar argumentos sumamente sólidos. En nuestra situación contemporánea sin embargo, parecería ser que la autonomía es el criterio que obtiene mayor peso. Mi propósito aquí no es hacer una defensa del principio de autonomía en la aplicación de la

⁹ FRASER, S. I.; WALTERS, J. W., “Death – Whose Decision? Euthanasia and the Terminally Ill”, *Journal of Medical Ethics*, 2000; 26:121-125.

¹⁰ GRACIA, D., “Historia de la Eutanasia”, en: GAFO, J. (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, Madrid, UPCM, 1990: 13-32.

eutanasia. Quiero, más bien, llamar la atención sobre el hecho de que utilizando el mismo tipo de información, Van Delden por ejemplo, concluye que la práctica de la eutanasia en Holanda tiende a poner el énfasis en el respeto por la autonomía del paciente. Esto, por supuesto, será visto con muy buenos ojos por quienes promueven actitudes liberales y de respeto por las decisiones de los individuos.

Otro investigador holandés Van der Wal,¹¹ señaló en 1992 que en el 56% de los casos, los pacientes habían solicitado la eutanasia porque pensaban que el sufrimiento ocasionado al intentar mantenerse con vida no tenía ningún sentido. Un estudio similar de 1996 demostró que muchos pacientes solicitaban la eutanasia para prevenir sufrimientos mayores. Por otro lado, la interpretación de los datos que hace Van Delden coincide con ciertos resultados del trabajo de Cuperus-Bosma, según los cuales, la creciente importancia dada a la autonomía de los pacientes es una actitud que se ha vuelto común entre los fiscales públicos encargados de decidir si se abre o no un proceso. Según este investigador "El tipo de sufrimiento, la presencia de una solicitud expresa y la expectativa de vida del paciente; todo esto juega un papel en la forma en que los miembros de la fiscalía pública valoran la ocurrencia del suicidio asistido".¹²

2. Incidencia de casos de eutanasia no voluntaria

Un hallazgo que parecía preocupante, se refería a la práctica de la eutanasia no solicitada, que puede ser no voluntaria o involuntaria. Según el estudio al que se refieren los investigadores, en aproximadamente 20% de 4500 casos de aplicación de la eutanasia, se llevó a cabo esta práctica sin la solicitud expresa de los pacientes. Lo que podía considerarse aún más grave y pudo haberse convertido en un poderoso argumento a favor de aquellos que expresaban su temor de que, efectivamente, en Holanda se estuviera cayendo en la pendiente resbaladiza, es que no en todos los casos los pacientes eran incompetentes. En el 15% de los casos donde no se discutió con los pacientes el curso a seguir, y en donde se pudo haber hecho porque estas personas eran mentalmente competentes, los médicos procedieron con la práctica eutanásica porque, sencillamente, pensaban que esto favorecía más y mejor los intereses de sus pacientes.

Se registraron también casos en donde los médicos admitieron haber suministrado fármacos paliativos, al menos parcialmente con la intención de acortar la vida, pero sin haberlo discutido previamente con sus pacientes.

¹¹ Un recuento de este estudio, así como del reporte de la Comisión Rummelink puede verse también en: PABST BATTIN, M., "Dozen Caveats Concerning the Discussion of Euthanasia in the Netherlands", en: MORENO, J. D., *Arguing Euthanasia*, New York, Touchstone, 1995: 88-109.

¹² CUPERUS-BOSMA, J. M.; VAN DER WAL, G.; LOOMAN, C. W. N.; VAN DER MAAS., P. J., "Assessment of physician-assisted death by members of the public prosecution in the Netherlands", *Journal of Medical Ethics*, 1999; 25:8-15.

Dentro de estos casos, un número aún más reducido de médicos, procedió a aplicar fármacos, aún cuando había habido algún tipo de discusión inconclusa con sus pacientes. La decisión final de apresurar la muerte fue tomada únicamente por el médico.

Los resultados estadísticos de las encuestas, llevaron a Jochemsem y Keown a concluir que la investigación confirma que el acortamiento intencional de la vida de los pacientes sin su expresa solicitud, es algo que ocurre comúnmente en Holanda.

Un segundo estudio confirmó algunos de los hallazgos poco tranquilizadores del primero "Aún adoptando la particularmente estrecha definición holandesa de eutanasia como eutanasia voluntaria activa, no hubo menos de 3.200 casos en 1995 (2.4% de todas las muertes), un aumento de casi un mil sobre los 990 del total de 2.300 (1.8% de todas las muertes)".¹³

¿Deben estos datos interpretarse como una caída en la pendiente resbaladiza o como sugiere van Delden, la valoración moral que hagamos de ellos depende precisamente de nuestros puntos de vista ético-morales?

Van Delden se pregunta en efecto, si la presencia de casos de eutanasia involuntaria es necesariamente una prueba de que la sociedad holandesa ha resbalado por la pendiente. Destaca en primer lugar, que durante muchos años solo se habló en Holanda de eutanasia voluntaria, creándose por esto la impresión de que la eutanasia no solicitada era un fenómeno nuevo y, de cierta manera, una consecuencia no deseada de haber permitido inicialmente la aplicación de la eutanasia voluntaria. Esto, según él, no es necesariamente el caso, puesto que es difícil establecer si en realidad la eutanasia involuntaria ocurrió con mayor o menor frecuencia en el pasado.

Otros dos aspectos que considera van Delden son los siguientes: el primero, que la ocurrencia de eutanasia involuntaria no aumentó en Holanda entre 1991 y 1996; y el segundo, que la ocurrencia de la eutanasia involuntaria ha sido mucho más alta en otros países como Australia.

Con todo, van Delden admite que aún si los casos de eutanasia involuntaria no constituyen una prueba de la caída en la terrorífica pendiente resbaladiza, sí representan un serio problema, particularmente porque muchos sectores han supuesto que las restricciones legales establecidas en Holanda para la aplicación de la eutanasia son eficaces.

Una cosa es clara, y es que la actitud de apertura de la sociedad holandesa proporciona ventajas que no se encuentran en otro tipo de sociedades en donde la eutanasia es declarada ilegal pero se practica subrepticamente. En situaciones como las de Holanda, es natural pensar que las disposiciones legales pueden afinarse cada vez más como producto del conocimiento, la información y el trato equitativo hacia las partes interesadas.

¹³ JOCHENSEN, H.; KEOWN, J., *op. cit.*: 19.

3. Subregistro de casos de eutanasia

Según la interpretación de Jochemsem y Keown, los estudios demostraron que en Holanda se daba un quebrantamiento de los requisitos legales, según los cuales, las prácticas eutanásicas debían reportarse a la autoridad competente. Sin embargo, según las cifras evaluadas en 1990 sólo un 18% de los casos de eutanasia fueron oficialmente reportados y, en 1995, el 41%. En los dos períodos se ve claramente que un número muy grande de los casos no fue oficialmente registrado porque no se entregó la información correspondiente.¹⁴

Según revelan los cálculos, a partir de las encuestas realizadas por Van der Maas la proporción de casos no reportada fue del 59%, pero para Jochemsem y Keown, después de realizar ajustes a los datos, la proporción llega a 77%. Este hecho refuerza o aumenta las dudas sobre la eficacia de los procedimientos –legales–, y también pone en duda el hecho de que realmente se haya dado en Holanda el escrutinio y el control pretendidos.

Si se tiene en cuenta que el propósito de los procedimientos de registro e información de las prácticas de eutanasia ante las autoridades competentes era posibilitar el escrutinio preliminar y las investigaciones ahí donde se consideraban necesarias, y la observancia de los requisitos legales y profesionales, no se podría afirmar entonces que dicho objetivo se cumplía a cabalidad en Holanda.

Los investigadores también ponen en duda que un informe elaborado por el mismo médico (en aquellos casos que son registrados), se constituya en una fuente confiable desde el punto de vista legal. Su conclusión final no es muy alentadora. Según ellos, todos los *strict safeguards* (salvaguardas) instaurados por las Cortes y la Royal Dutch Medical Association, habían fallado notoriamente.

Con respecto a la muy encomiable aspiración de los defensores de la eutanasia que piensan que, al poder discutir sobre ella abiertamente y reportarla ante las autoridades, se podría llegar a mantener un control efectivo, Jochemsem y Keown se muestran pesimistas. A partir de los datos recogidos en 1990 y las encuestas de Van Der Maas y Van der Vaal, concluyen que "La realidad es que la gran mayoría de los casos de eutanasia, solicitada o no, quedan sin ser reportados y revisados. Teniendo en cuenta el hecho indiscutido que en la gran mayoría de los casos no se da siquiera una oportunidad para el escrutinio oficial, las pretensiones holandesas de regulación efectiva caen al vacío".¹⁵

Ahora bien, ¿es este panorama tan sombrío? Van Delden por su parte, atribuye buena parte de las dificultades a la incertidumbre generada por una situación poco satisfactoria en donde se aceptaba, parcialmente al menos, una práctica, pero al mismo tiempo se la sometía a prohibiciones legales. Esto creaba, según su apreciación, una situación de incertidumbre y de poca

¹⁴ *Ibid.*: 20.

¹⁵ *Ibid.*: 21.

claridad tanto para médicos como para pacientes. Después de todo, tendría que haber una política de persuasión para lograr que los médicos no tengan tantas reservas para reportar la práctica eutanásica ante la autoridad competente.

Los procedimientos de notificación contribuyeron, según Van Delden, a elevar en un 41% la tasa de casos registrados. Esto lo comparte Cuperus-Bosma y su equipo, quienes registraron en su trabajo que el gobierno había tratado de disminuir mucho más el número de casos no reportados, desarrollando nuevos procedimientos de notificación, en los cuales el asesoramiento llega a tener elementos no exclusivamente legales. Desde noviembre de 1998, comités multidisciplinarios asesoran a los fiscales públicos en el análisis de los casos de eutanasia que son reportados.

Todo esto reforzaría la apreciación hecha por van Delden y el mismo Cuperus-Bosma, de que existe marcadamente en la sociedad holandesa una tendencia creciente hacia el respeto por la autonomía de las personas, y esto se hace presente en las decisiones que toman los fiscales públicos y los funcionarios de la justicia. Por otro lado, si se tienen en cuenta las sucesivas declaraciones de la justicia holandesa a favor de la penalización de la eutanasia no solicitada, no debe sorprendernos que los fiscales públicos mostraran cierta simpatía hacia los médicos que actuaban por solicitud expresa del paciente.

La conclusión general de Cuperus-Bosma y su equipo es mucho menos pesimista que la de Jochemsem y Keown en tanto que, reconocen que, finalmente era el propio punto de vista personal del funcionario el que determinaba si se procedía o no, a abrir una investigación. Observaron a la vez que el peligro de incertidumbre jurídica e inequidad en la aplicación de la ley, puede reducirse considerablemente con la introducción de protocolos y organismos consultivos. Los procedimientos de notificación en Holanda, han mejorado considerablemente, pero quizá tengan que afinarse mucho más.

Un desarrollo interesante mencionado arriba, para la época en que Cuperus-Bosma publicaron su estudio, es que el gobierno holandés había instaurado hacia el año 1998 unos comités multidisciplinarios cuya función era asesorar a los fiscales públicos con respecto a los casos reportados de eutanasia. Los efectos de estos nuevos procedimientos no se evalúan en este estudio, pero es razonable suponer que a partir de la despenalización de la eutanasia (noviembre de 2000 en la Cámara Baja de Holanda),¹⁶ que contempló una nueva directiva según la cual el médico debía reportar a un comité constituido básicamente por un médico, un eticista y un asesor legal, y no a un fiscal -como se hacía antes-, se da un escenario en donde podrían apreciarse los desarrollos de esta política de no criminalización.

¹⁶ Dutch Becoming First Nation to Legalize Assisted Suicide. *The New York Times*. Nov. 29, 2000.

Van Delden propone por su parte, apoyar el punto de vista de Cuperus-Bosma según el cual una reducción del papel de los fiscales públicos, conducirá a reducir las diferencias en la evaluación de las prácticas eutanásicas y a una mayor equidad en los procedimientos legales. Destaca también el hecho de que al facilitar la comunicación de los médicos en un contexto no judicial (descriminalizado), se favorecerá una mejor comprensión y valoración de estas prácticas.

III. Conclusiones

Parfraseando a Tugendhat, podríamos aquí hacernos la pregunta de si “¿Se puede aprender moralmente de la experiencia?”.¹⁷ La pregunta es importante cuando se piensa en problemas sobre los que puede haber tanta disparidad de criterios políticos, morales o religiosos, y en donde también se producen diferentes tipos de sanciones, no únicamente legales, sino también sociales. A esto hay que sumar la urgente necesidad de responder con políticas públicas así como también la necesidad de poseer criterios claros para legislar sobre este tipo de problemas.

¿Qué nos deja el caso de Holanda? Es cierto que, como concluye van Delden, “No se puede hacer ética si no se conocen los hechos...los hechos suministran al eticista la información que necesita. Sin embargo, los hechos no resolverán un debate moral. Cuando se llega al asunto de la eutanasia, hay mucho que se puede aprender a partir de los estudios que han realizado los holandeses. Pero la interpretación de estos hechos sigue dependiendo en gran medida de nuestros puntos de vista morales. Y no al revés”.¹⁸

Aunque es básicamente cierto que no podemos derivar normas de conducta ética a partir únicamente del conocimiento de los hechos, sí se sugiere aquí que, un conocimiento de los hechos, cualitativa y cuantitativamente mejor, nos permite afinar, precisar e incluso modificar nuestros puntos de vista morales. Cuando se dice modificar, esto merece cierta aclaración. No se dice simplemente, que un conocimiento empírico más completo y más profundo de determinado fenómeno social, resolverá por sí mismo los debates éticos que giren en torno a él. Lo que sí se afirma, es que ese conocimiento mejorado nos obligará a revisar por lo menos, algunas de nuestras posiciones. Y esto ya es beneficioso.

Tomemos el siguiente ejemplo: Para quienes profesen una filosofía de cuño liberal (se dejan de lado por ahora, los múltiples matices que el término *filosofía liberal* pueda tener), sería profundamente deshonesto que, en aras de fortalecer una defensa de la autonomía individual y de la compasión hacia el sufrimiento humano, pasaran por alto los resultados de estudios como el de Jochemsem y Keown, que no les son en este caso favorables. Pues si asumiéramos que, finalmente es cierto que ha habido serios problemas y, posiblemente excesos en la aplicación de la eutanasia, y si, estudios

¹⁷ TUGENDHAT, E., *Problemas de la ética*, Barcelona, Crítica, 1988: 99 y ss.

¹⁸ VAN DELDEN, J., *op. cit.*: 24.

posteriores confirmaran esta realidad más allá de toda duda, tendrían la obligación –estos liberales–, si quieren seguir actuando de una manera ética, de atender a los resultados mencionados y, eventualmente, replantear sus puntos de vista.

¿Significa esto que tendrían que abandonar sus puntos de vista liberales? Probablemente no. Lo que significa, es que tendrían que reflexionar muy seriamente sobre si aspectos concretos, en donde se institucionaliza la práctica de la eutanasia, como por ejemplo el entrenamiento del personal médico para este tipo de situaciones, los dispositivos legales de registro y control, la comunicación y relación entre el médico, el paciente y su familia y otros muchos aspectos, han sido debidamente comprendidos y responsablemente atendidos.

Si al responder a éstos y a otros múltiples interrogantes nos damos cuenta que las deficiencias son aún muy grandes, no por esto hay que concluir que se deba abandonar la defensa de la práctica eutanásica voluntaria. Lo que se tendría que hacer (en el sentido de *deber ser*), es preguntarse si es posible mejorar todos los aspectos médicos, legales e incluso económicos que regulan esta práctica. Si en consecuencia, se pueden ofrecer posibilidades concretas para que los individuos que la requieran puedan acceder a ella, dentro de unos criterios de equidad y transparencia, así como dentro de unos procedimientos legales apropiados e imparciales, entonces es posible seguir manteniendo una posición liberal. Si por el contrario, estas posibilidades no están presentes, se haría mucho más difícil respaldar esta posición. Lo que hay que destacar es que el reconocimiento de que existen problemas importantes, no hace nuestro punto de vista moral indefendible, pero sí nos obliga a buscar soluciones precisamente, porque queremos que la defensa de ciertos principios siga siendo posible. Reconocimiento aquí significa que no podemos hablar responsablemente de eutanasia, hasta que podamos concebir e implementar políticas claras y situaciones concretas que posibiliten una verdadera toma de decisiones.

La gran ventaja de sociedades como la holandesa, según se ve aquí, es que permiten la discusión y la valoración del cúmulo de experiencias que son epistémica y éticamente importantes. Tal vez por ello, el término “experimento social” no es suficientemente adecuado, puesto que prácticas como la eutanasia no son producto de una situación que diseñamos sino de unas realidades sociales que se nos imponen. Enfrentarlas es mucho más honesto y valiente, que cerrar los ojos ante ellas. Después de todo, e independientemente de cómo “demostramos razón de” nuestro actuar, o del tipo de fundamentación ética que utilicemos, un sentido de justicia y de respeto por los individuos, y de solidaridad para con el sufrimiento humano, nos obliga a examinar y reevaluar permanentemente nuestros propios puntos de vista con el fin de encontrar salidas que sean éticamente aceptables. Esta es después de todo la naturaleza de la deliberación moral.

Recibido: 30/05/2005

Aceptado: 16/06/2005