


Título: **La pendiente resbaladiza de la eutanasia: la experiencia de los Países Bajos**
 Autor: Lafferriere, Jorge Nicolás
 País:  Argentina
 Publicación: El Derecho - Diario, Tomo 298
 Fecha: 08-09-2022 Cita Digital: ED-MMMLDIII-365

La pendiente resbaladiza de la eutanasia: la experiencia de los Países Bajos

Documento/Comentario

En los debates relacionados con la eutanasia se suele esgrimir que su legalización no acarrea un aumento de casos y que su aplicación se limita a algunos supuestos muy excepcionales. De esta manera, se trata de responder al argumento denominado “pendiente resbaladiza”, que sostiene que la legalización de la eutanasia, inicialmente planteada para pocos y excepcionales casos, va dejando paso a una aplicación cada vez en mayor número y en un más amplio espectro de situaciones.

Para evaluar esta cuestión, en este boletín proponemos analizar la experiencia de los Países Bajos, que han legalizado la eutanasia en 2002. Allí, las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en adelante, CRVE) emiten informes anuales dando cuenta de la cantidad de notificaciones de eutanasia que se producen, detallando desde el informe de 2004 las enfermedades de base de quienes solicitaron la eutanasia. Tomamos para nuestro análisis los informes oficiales correspondientes al período 2002-2019, que están disponibles en el sitio web <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports>.

La eutanasia y el suicidio asistido fueron despenalizados en 2002 a partir de la ley denominada “Terminación de la vida a petición y suicidio asistido” (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) que, en lo fundamental, considera que un médico no incurre en delito si cumple con los criterios de debido cuidado que establece la ley y notifica su proceder a las comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Estas comisiones evalúan si el médico cumplió con los criterios legales y, por tanto, quedó eximido de responsabilidad penal.

Los criterios establecen que el médico: a. tiene la convicción de que el requerimiento del paciente fue voluntario y bien meditado; b. tiene la convicción de que el sufrimiento del paciente es duradero e insoportable; c. ha informado al paciente sobre la situación que atraviesa y sus prospectivas; d. y el paciente tiene la convicción de que no había otra solución razonable para su situación; e. el paciente consultó al menos a otro médico, independiente, quien lo entrevistó y le dio su opinión escrita sobre los requerimientos de debido cuidado antes indicados en los puntos a-d; y f. terminó su vida o se suicidó con debido cuidado.

A su vez, hay que tener presente que existe un Código de Eutanasia, aprobado en el año 2018(1) y cuya versión revisada es del año 2020(2).

Estructuramos este boletín en dos partes. En la primera, ofrecemos las estadísticas de peticiones de eutanasia, que permiten advertir el significativo aumento en el número de casos anuales en el período analizado. Mientras que en 2002 se registraron 1882 notificaciones anuales, en 2019 el total de pedidos fue de 6391. En la segunda parte, presentamos una descripción de las distintas enfermedades de base que padecen las personas que solicitan la eutanasia o el suicidio asistido en Holanda, según surge de los informes. Ello permite advertir que, lejos de tratarse de casos excepcionales, la eutanasia tiende a ser aplicada de forma cada vez más amplia.

1. Las estadísticas de eutanasia entre 2002 y 2019

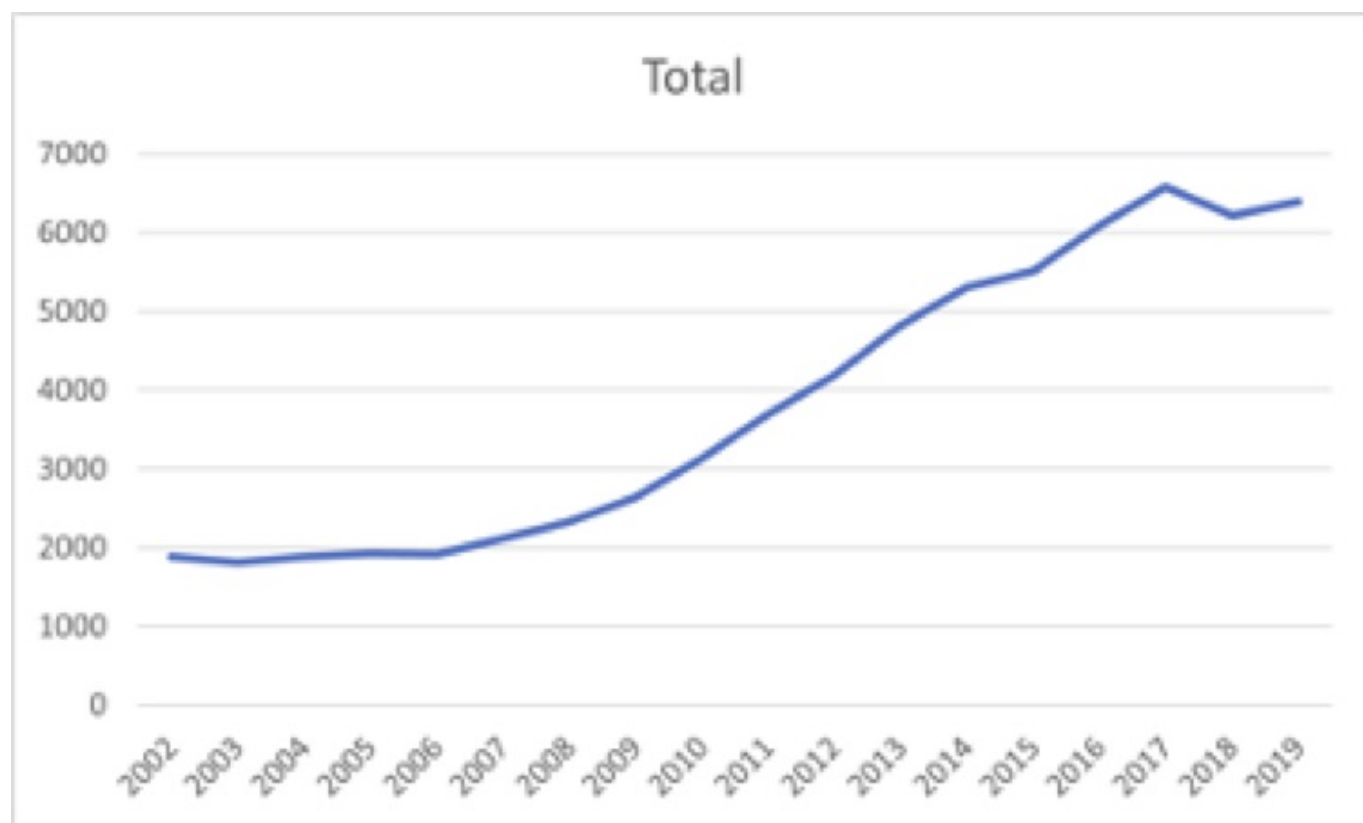
Entre 2002 y 2019, el número de solicitudes de eutanasia ascendió de 1882 pedidos a 6391. Este notable incremento en el número de personas que fueron muertas por este procedimiento se puede constatar no solo en números absolutos, sino también en términos proporcionales al total de muertes ocurridas en el país. Mientras que en 2002 la eutanasia reportaba el 1,32 % de las muertes, en 2019, las muertes por eutanasia ascienden al 4,21 % del total del país.

En el siguiente cuadro se puede verificar este primer y decisivo aspecto de cómo se ha producido la “pendiente resbaladiza” en este país:

Año	Notificaciones eutanasia	Total muertes	% eutanasia
2002	1882	142.355	1,32 %
2003	1815	141.936	1,28 %
2004	1886	136.553	1,38 %
2005	1933	136.402	1,42 %

2006	1923	135.372	1,42 %
2007	2120	133.022	1,59 %
2008	2331	135.136	1,72 %
2009	2636	134.235	1,96 %
2010	3136	136.058	2,30 %
2011	3695	135.741	2,72 %
2012	4188	140.813	2,97 %
2013	4829	141.245	3,42 %
2014	5306	139.223	3,81 %
2015	5516	147.134	3,75 %
2016	6091	148.997	4,09 %
2017	6585	150.214	4,38 %
2018	6216	153.363	4,05 %
2019	6391	151.885	4,21 %

El siguiente gráfico permite visualizar el aumento en el número de casos por año:



Cabe consignar que el número total de peticiones de eutanasia surge de los informes oficiales de las CRVE, mientras que el número total de muertes se obtuvo de la página oficial de estadísticas de población de los Países Bajos (<https://opendata.cbs.nl/>).

2. Los casos que habilitan la eutanasia en los Países Bajos

La lectura de los informes de las CRVE permite advertir que recién en el año 2004 se detallaron las enfermedades que padecían los que pidieron la eutanasia. A partir de ese año, los informes de las CRVE indican la naturaleza de las enfermedades y el total de casos de cada enfermedad.

2.1. Cáncer

El cáncer es la enfermedad que registra el mayor número de peticiones, reportando el 87,3 % de los casos totales de eutanasia en 2004 y el 64,2 % en 2019, según la siguiente tabla:

Año	Total	Cáncer	%
2004	1886	1647	87,3 %
2005	1933	1713	88,6 %
2006	1923	1656	86,1 %
2007	2120	1768	83,4 %
2008	2331	1893	81,2 %
2009	2636	2153	81,7 %
2010	3136	2548	81,3 %
2011	3695	2797	75,7 %
2012	4188	3251	77,6 %
2013	4829	3588	74,3 %
2014	5306	3888	73,3 %
2015	5516	4000	72,5 %
2016	6091	4137	67,9 %
2017	6585	4236	64,3 %
2018	6216	4013	64,6 %
2019	6391	4100	64,2 %

El cáncer es la causal más invocada para la eutanasia y en el Código de Eutanasia 2018 no hay precisiones sobre esta causal. Se advierte que, si bien aumenta el número de casos de petición de eutanasia por parte de enfermos de cáncer, desciende el número relativo de estos casos por aumento de la incidencia de otras enfermedades, según se puede advertir en los siguientes apartados.

2.2. Enfermedades cardiovasculares

Año	Total	Enfermedades cardiovasculares	%
2004	1886	24	1,27 %
2005	1933	23	1,19 %

2006	1923	55	2,86 %
2007	2120	40	1,89 %
2008	2331	62	2,66 %
2009	2636	54	2,05 %
2010	3136	158	5,04 %
2011	3695	114	3,09 %
2012	4188	156	3,72 %
2013	4829	223	4,62 %
2014	5306	247	4,66 %
2015	5516	233	4,22 %
2016	6091	315	5,17 %
2017	6585	275	4,18 %
2018	6216	231	3,72 %
2019	6391	251	3,93 %

En el Código de Eutanasia 2018 no hay precisiones sobre esta causal.

2.3. Enfermedades del sistema nervioso

Año	Total	Enfermedades sist. nervioso	%
2004	1886	63	3,34 %
2005	1933	85	4,40 %
2006	1923	105	5,46 %
2007	2120	105	4,95 %
2008	2331	117	5,02 %
2009	2636	131	4,97 %
2010	3136	75	2,39 %
2011	3695	205	5,55 %
2012	4188	257	6,14 %
2013	4829	294	6,09 %
2014	5306	317	5,97 %

2015	5516	311	5,64 %
2016	6091	411	6,75 %
2017	6585	374	5,68 %
2018	6216	382	6,15 %
2019	6391	408	6,38 %

Según el informe de 2019, bajo esta categoría ingresan, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington. En el Código de 2018 no se formulan precisiones sobre esta causal.

2.4. Enfermedades pulmonares

Año	Total	Enfermedades pulmonares	%
2004	1886	34	1,80 %
2005	1933	20	1,03 %
2006	1923	58	3,02 %
2012	4188	152	3,63 %
2013	4829	174	3,60 %
2014	5306	184	3,47 %
2015	5516	207	3,75 %
2016	6091	214	3,51 %
2017	6585	226	3,43 %
2018	6216	189	3,04 %
2019	6391	187	2,93 %

Los informes de las CRVE no brindan datos de cantidad de solicitudes de eutanasia por enfermedades pulmonares entre 2007 y 2011. Pareciera que muchas son incluidas como "otras", pues ese número crece significativamente entre 2007 y 2011.

En el informe de 2019, se da cuenta del caso de una mujer de entre sesenta y setenta años que fue diagnosticada con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), nueve años antes del fallecimiento, y que dos años antes del fallecimiento se encontraba en la última fase de la enfermedad (GOLD IV). Renunció a recibir analgésicos y oxígeno extra y el tratamiento disponible era de naturaleza paliativa. A su pedido, se le realizó la eutanasia.

2.5. Otras enfermedades

Año	Total	Otras enfermedades	%
2004	1886	73	3,87 %

2005	1933	27	1,40 %
2006	1923	45	2,34 %
2007	2120	128	6,04 %
2008	2331	145	6,22 %
2009	2636	168	6,37 %
2010	3136	237	7,56 %
2011	3695	394	10,66 %
2012	4188	144	3,44 %
2013	4829	160	3,31 %
2014	5306	291	5,48 %
2015	5516	417	7,56 %
2016	6091	104	1,71 %
2017	6585	147	2,23 %
2018	6216	155	2,49 %
2019	6391	167	2,61 %

Según el informe 2019, las comisiones de revisión “también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual ‘otras enfermedades’. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico”.

2.6. Combinación de afecciones

Año	Total	Combinación de afecciones	%
2004	1886	41	2,17 %
2005	1933	56	2,90 %
2006	1923	6	0,31 %
2007	2120	79	3,73 %
2008	2331	114	4,89 %
2009	2636	130	4,93 %
2010	3136	118	3,76 %
2011	3695	185	5,01 %
2012	4188	172	4,11 %

2016 6091	465	7,63 %
2017 6585	782	11,88%
2018 6216	738	11,87%
2019 6391	846	13,24%

Entre 2013 y 2015, no se consigna esta causal en los informes anuales. En el informe de 2019, se indica que “sucede con frecuencia que el sufrimiento del paciente está ocasionado sobre todo por enfermedades somáticas y, además, el paciente tiene problemas psíquicos. Dichos problemas pueden contribuir a la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento. También en esos casos, el médico y el asesor deben considerar expresamente si la problemática psiquiátrica del paciente puede impedir que realice una petición voluntaria y bien meditada. Si el asesor no es psiquiatra, en esos casos también puede ser necesario pedir asesoramiento a un psiquiatra. Es normal encontrar un estado de ánimo pesimista en las circunstancias en que se hace una petición de eutanasia y no tiene por qué ser un signo de depresión”.

2.7. Acumulación de enfermedades propias de la vejez

Año	Total	Acumulación enfermedades propias vejez %
2013 4829	251	5,20 %
2014 5306	257	4,84 %
2015 5516	183	3,32 %
2016 6091	244	4,01 %
2017 6585	293	4,45 %
2018 6216	205	3,30 %
2019 6391	172	2,69 %

Esta categoría comienza a registrarse a partir de 2013. No se brindan demasiadas explicaciones sobre los motivos por los que se la incluye. En el informe de ese año se afirma que no se requiere que la condición médica que habilita la eutanasia sea amenazante para la vida y “múltiples síndromes geriátricos pueden causar un sufrimiento intolerable sin perspectiva de mejoría”. En el informe de 2013, se incluye el caso de un paciente mayor de 90 años, que tenía sordera severa, dificultades para la visión como consecuencia de una degeneración macular y osteoartritis. Fue perdiendo la movilidad y se volvió “excesivamente dependiente de los demás”. Sentía que su vida era “vacía e inútil”. Entonces, se consideró su pedido de eutanasia como habilitado legalmente.

En el Código de Eutanasia 2018 se explica: “Si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo, pueden ser motivo para un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan son las que pueden ocasionar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. De esta forma se diferencian, por ejemplo, una acumulación de enfermedades generalmente degenerativas de la problemática de la ‘vida agotada’, al menos porque con esta última expresión se hace referencia a un sufrimiento sin fundamento médico. Al contrario de la problemática de la ‘vida agotada’, una acumulación de enfermedades propias de la vejez sí que tiene un fundamento médico”.

En el informe de 2019, se consigna que se recibieron 172 notificaciones en esta categoría que engloba “una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales [enfermedades de la vista], alteraciones auditivas, osteoporosis [descalcificación ósea], artrosis [desgaste], problemas de equilibrio, deterioro cognitivo [problemas de memoria y conocimiento]) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora”. Se afirma que “este tipo de enfermedades suelen aparecer en edades avanzadas y constituyen un cúmulo de una o más enfermedades, con los síntomas que conllevan. Todo ello, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora”.

2.8. Enfermedades mentales

Año	Total	Enfermedad mental	%
2012	4188	14	0,33 %
2013	4829	42	0,87 %
2014	5306	41	0,77 %
2015	5516	56	1,02 %
2016	6091	60	0,99 %
2017	6585	83	1,26 %
2018	6216	67	1,08 %
2019	6391	68	1,06 %

Los informes anuales distinguen la demencia de otras enfermedades mentales. En 2012, luego de que se hiciera la segunda evaluación sobre el funcionamiento de la ley, se comenzó a registrar la eutanasia pedida en razón de enfermedades mentales o demencia. Sin embargo, el informe de 2012 da cuenta de que ya en 2011 hubo 13 casos de pedidos originados en enfermedades mentales y 49 en demencia.

Estas afecciones merecen un tratamiento especial en el Código de Eutanasia 2018 (punto 4.3.), donde se invoca una sentencia del Tribunal Supremo holandés en el caso Chabot, de 1994, como fundamento de la posibilidad de invocar la enfermedad mental para pedir la eutanasia. El código 2018 dice: “En este tipo de casos, suele tratarse de problemas psiquiátricos complejos y es necesario aportar expertos específicos. El cuidado y la atención mencionados se refieren sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la ausencia de otra solución razonable. Al evaluar la petición, se trata de descartar que la capacidad del paciente de formarse una opinión se haya visto afectada por la enfermedad mental. Si la capacidad de opinar del paciente con relación a la petición es insuficiente, no puede hablarse de una petición voluntaria y bien meditada. El médico debe fijarse en que el paciente dé alguna señal de poder comprender información relevante, tener información sobre la enfermedad y ser coherente en sus consideraciones”.

Por ejemplo, en el caso 2016-41, se aplicó la eutanasia a una mujer que estaba entre los 40 y 50 años de edad, diagnosticada con desorden por estrés postraumático, que continuamente revivía experiencias malas en sus sueños, con características psicóticas, síntomas de disociación y desórdenes del sueño. Fue internada en varias ocasiones, recibió terapia cognitiva conductual y otros tratamientos. Además, estaba medicada para la depresión y la psicosis y tomaba píldoras para dormir. Se había inscripto en cursos para avanzar en su educación, pero no los había podido seguir.

2.9. Demencia

Año	Total	Demencia	%
2012	4188	42	1,00 %
2013	4829	97	2,01 %
2014	5306	81	1,53 %
2015	5516	109	1,98 %
2016	6091	141	2,31 %
2017	6585	169	2,57 %
2018	6216	146	2,35 %

2019 6391 162 2,53 %

En el informe de 2019, se consigna que “en 160 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición de eutanasia, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición”. Por su parte, “dos notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer que la petición era voluntaria y bien meditada”.

En el Código de Eutanasia 2018 se afirma: “También en el caso de pacientes con demencia es necesario prestar una atención y un cuidado especiales al cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado, en especial al requisito sobre la capacidad de expresar la voluntad y el sufrimiento insoportable. A medida que progresa el cuadro clínico de los pacientes con demencia, disminuye su capacidad de expresar la voluntad. Con el transcurso del tiempo, el paciente puede ser totalmente incapaz de expresar la voluntad”.

3. Conclusiones

La experiencia de los Países Bajos, tras 20 años de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, es clara en demostrar la “pendiente resbaladiza” que se sigue en esta materia y que se traduce en dos niveles:

- un aumento de los casos totales de personas que adoptan la eutanasia o el suicidio asistido;
- una ampliación de los supuestos que habilitan el pedido de eutanasia o el suicidio asistido, que no se vinculan necesariamente con una enfermedad terminal, ni siquiera con una condición incurable, sino con un sufrimiento percibido como intolerable, llegando a aplicarse la eutanasia a personas con demencia o problemas de salud mental.

Ciertamente, el argumento de la “pendiente resbaladiza” no va al fondo de los problemas que encierra la eutanasia legalizada. El tema de fondo es el quiebre del principio de la inviolabilidad del derecho a la vida y la instauración de un radical individualismo que se vuelve indiferente ante el que sufre y se limita a ofrecer el camino del descarte. El camino no es regular cómo se quitarán la vida aquellos que han perdido las esperanzas, sino buscar formas nuevas y creativas de acompañar al doliente y garantizar los cuidados paliativos y otras medidas adecuadas en circunstancias tan dolorosas.

Jorge Nicolás Lafferriere

www.centrodebioetica.org

8 de agosto de 2022

VOCES: MÉDICO - PERSONA - DERECHO CONSTITUCIONAL - DERECHOS HUMANOS - SALUD PÚBLICA - FAMILIA - BIOÉTICA - HOSPITALES Y SANATORIOS - MEDICAMENTOS - DELITOS CONTRA LA VIDA - PODER LEGISLATIVO - CONSENTIMIENTO - AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD - FALLECIMIENTO - OBJECCIÓN DE CONCIENCIA - ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS

(1) <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/codigo-eutanasia-2018>

(2) <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/version-revisada>

© Copyright: El Derecho