

Eutanasia y suicidio asistido en un dictamen del Comité nacional francés de ética

Los falsos caminos de las muertes aceleradas

FERDINANDO CANCELLI*

El señor Edward Brongersma, anciano senador holandés llegado a la edad de ochenta y seis años, pidió hace algunos años a su médico que le ayudara a morir porque estaba «cansado de vivir», y así ocurrió: le fue suministrado un cóctel letal de fármacos, aunque no sufría ninguna enfermedad grave e incurable. Hasta ahora «el Tribunal supremo holandés —afirma el jurista Bélangère Legros en un volumen por él mismo editado— ha dado prueba de gran indulgencia para los médicos que aceptan practicar la eutanasia a petición de una persona solamente cansada de vivir».

Las cerca de setenta páginas del dictamen 121 titulado *Final de la vida, autonomía de la persona, voluntad de morir* que el Comité nacional francés de ética (CCNE) publicó el pasado junio merecen ser leídas con gran atención: se entenderá mejor por qué el comité no ha llegado a reconocer a la persona en el final de la vida un derecho «a tener acceso a un acto médico que tenga el objetivo de acelerar su deceso», o sea, a la eutanasia o al suicidio asistido. Más aún, se encontrarán datos importantes que justifican el temor a que aperturas legislativas a la llamada «muerte dulce» puedan dar lugar a peligrosas e inquietantes derivas, una de las cuales, cuando todavía en Holanda la ley actual no



Un momento del encuentro de Benedicto XVI con los 29 enfermos terminales ingresados en el Hospice Sacro Cuore Fondazione Roma (13 de diciembre de 2009)

estaba en vigor, es la que se refirió precisamente al senador Brongersma.

La experiencia de países en los que se ha elegido legislar en favor de la eutanasia o el suicidio asistido representa un importante término de comparación también para aquellos Estados que piensan que es necesario legislar en la materia o modificar leyes ya existentes. El dictamen 121 pasa por el tamiz la experiencia de Oregón y del Estado de Washington en Estados Unidos, de Suiza, Holanda, Bélgica y Luxemburgo en Europa. No faltan las sorpresas, en todos los sentidos. Por un lado, por ejemplo, puede impactar el bajo número de suicidios asistidos que tuvieron lugar en 2011 en Oregón, 71, o sea, cerca del 0,2 por ciento de los decesos en un año; o en el Estado de Washington, 94 casos. O también da que pensar el dato de que, siguiendo en este último Estado americano, entre las personas que tendrían derecho a obtener la prescripción de un producto letal, más de un tercio no se lo hace prescribir, pero no lo utiliza, y por lo tanto solamente la parte restante lo pide y lo usa.

Por otro lado, la experiencia de un país como Suiza es emblemática. Mien-

tras la eutanasia no está permitida por la ley, el suicidio asistido es posible aún en ausencia de una legislación federal o cantonal y con el único límite de que «el acto no se realice en función de que el móvil egoísta», cosa por lo demás evidentemente difícilísima de verificar. La realidad helvética, se lee en el informe, está hecha de asociaciones de asistencia al suicidio muy activas también en operaciones de *marketing* y publicidad (anuncios, *spot* radiofónicos, folletos en el metro), con un boyante volumen de negocio (en algún caso duplicado en

Pacientes que habrían podido reencontrar el gusto de vivir corren peligro de no recibir tratamientos a los que tienen derecho

poquísimos años y en cualquier caso superior al millón de francos suizos al año), capaces de atraer «clientes» también del extranjero mediante la promoción indirecta de un macabro «turismo de la muerte» al no ser vinculante el criterio de la residencia en el país.

Frente a ello el dictamen 121 cita algunos casos de abusos todavía más evidentes: en otoño de 2007 se verificaron suicidios organizados en lugares inconvinientes como automóviles o *camper* en aparcamientos; a falta del «clásico» pentobarbital sódico para suministrar por vía oral no se dudó, en al menos un caso, en sustituirlo con gas helio; se registraron «voces que referían cenizas arrojadas en el lago de Zúrich» en octubre de 2008; se aceptan cada vez más candidatos al suicidio no en el final de la vida y hasta a no afectados de patología alguna: a título de ejemplo se informa del dato relativo a la asociación Exit Deutsche Schweiz que evidencia que entre 2001 y 2004 el 34 por ciento de las personas que fueron ayudadas a suicidarse no sufría de una enfermedad mortal; se ayuda a morir también a personas afectadas de enfermedades o trastornos psíquicos.

No muy distinta en la práctica es la situación de Holanda, país en el que la eutanasia está permitida como en Bélgica y en Luxemburgo, donde se verifica un constante aumento de los casos: el 18 por ciento más entre 2010 y 2012. Situación tan grave que ya en 2009, cuando el aumento era «sólo» del 13 por ciento anual, la Organización de las Naciones Unidas, en una nota, había manifestado la propia preocupación frente al aumento del número de casos. Si se piensa además que en este país la persona que pide la eutanasia o el suicidio asistido «debe tener al menos 12 años» y que existe, si bien no reconocido por la ley, un «protocolo» como el de Groningen que permite dar muerte a neonatos gravemente malformados, se percibirá que se tiene bajo la vista la representación práctica de ese «plan inclinado» a menudo temido por los bioéticos.

En un clima semejante tampoco algunos, entre los médicos, escapan a la tentación de tomar atajos: a pesar de que la ley prevea que se tiene que consultar al menos a un colega (en 2001 eran dos, de los cuales al menos un psi-

quiatra) antes de proceder a una eutanasia o a un suicidio asistido, van siempre en aumento los casos en los que, por «urgencia», no existe ninguna consulta y el médico decide solo. La situación de Bélgica, país donde siempre según el dictamen del CCNE el número de eutanasias de personas afectadas de enfermedades neuropsiquiátricas ha pasado del 8 por ciento al 24 por ciento del total en dos años, es en ciertos aspectos peor: se ha pasado de 429 casos de eutanasia en 2006 a 1.133 casos en 2011 y la comisión federal de control y de valoración instituida por el Gobierno no parece tener ninguna eficacia para evitar los casos de abuso porque puede actuar sólo a posteriori.

De tal forma no son raros casos como el que se dio en 2011, cuando una pareja obtuvo la eutanasia al estar el marido en fase terminal por un tumor y la esposa sufría sólo por la edad avanzada y la enfermedad del cónyuge; o bien casos de eutanasias practicadas directamente por los enfermeros.

Y en este panorama, ¿qué papel tienen los cuidados paliativos? Es sabido cómo los partidarios de la posibilidad de abreviar la vida a quien lo pida afirman repetidamente que medicina paliativa y lógicas eutanásicas pueden coexistir casi como si éstas últimas fueran capaces de resolver los casos difíciles y en cualquier caso no estorbar el desarrollo de los primeros. El dictamen 121 habla claro: las cosas no son así.

En Holanda, en efecto, han crecido numéricamente las unidades de cuidados paliativos, pero parece que se hace un uso cada vez más amplio de la sedación farmacológica que de por sí nada tiene que ver con la voluntad de abreviar la vida, sino que si se utiliza según la buena práctica clínica debe reservarse a los casos de síntomas refractarios en el final de la vida; en Bélgica en 2002 los médicos consultados por eutanasia estaban, en cerca del 20 por ciento, formados en cuidados paliativos, pero tal porcentaje descendió a la mitad en 2009 como si se asistiera a una involución formativa en tal rama de la medicina. «Existe el riesgo —afirma claramente el informe— de que los pacientes que habrían podido reencontrar el gusto de vivir no reciban los cuidados a los que tendrían derecho».

Interesante es también el dato que indica a cuáles médicos se les pide con mayor frecuencia la «muerte dulce»: en el 50 por ciento de los casos son generalistas, en el 40 por ciento son especialistas diversos y sólo en el 10 por ciento de los casos son paliativistas. El dato está por otra parte confirmado por nuestra experiencia cotidiana: en más de una década de actividad han sido rarísimas (tal vez dos o tres) las peticiones auténticas de eutanasia que nos han sido dirigidas de entre cientos de pacientes asistidos.

Es también a partir de datos como los citados que hay que promover una amplia reflexión en el tema del final de la vida: la esperanza es que las experiencias de los demás ayuden a evitar falsos caminos ya recorridos.

*Médico especialista en cuidados paliativos en Ginebra, Suiza

