

La eutanasia en Holanda. La pendiente inversa.

“Cuidado hermana, el abismo no lo tenemos enfrente sino a nuestra espalda ”

Si los argumentos en contra de la eutanasia, tales como la sacralidad e indisponibilidad de la vida, los principios jurídicos de los derechos-deberes y los principios relacionados con el fin de la medicina son endeble frente a la autonomía relativa y la libertad del ser humano, hay otros, mucho más poderosos, en los que debemos centrarnos para analizar si son ciertos.

Casi todos los autores admiten que los argumentos sobre las consecuencias son el pilar de aquellos que apoyan la penalización de las prácticas de eutanasia y suicidio asistido. Y estos efectos se refieren al paso gradual que existe desde conductas a tenor de la ley a conductas que se desviarían progresivamente de la ley, o dicho de otro modo, de la muerte elegida por una minoría privilegiada a la muerte sin consentimiento de los más débiles.

Y no se basan en hipotéticos casos que sucederían en un futuro más o menos próximo, sino afirman que es una realidad en aquellos países donde se ha producido la despenalización. En 1990 se hicieron públicos los trabajos de la comisión Rimmelin con los siguientes resultados. De todas las muertes en Holanda, el 0,8% (1.030 casos) se producían por actos médicos sin consentimiento del paciente; un 1,8 % (2.300 casos) por actos de eutanasia y un 0,3% (400 casos) debido a prácticas de suicidio asistido. Incluso destacaron los datos el alto número de retirada de tratamiento sin consentimiento (25.000 casos) y que de los 22.500 casos de sedaciones terminales, en 6750 los médicos confesaron que el propósito era adelantar la muerte. En resumen, para que 2.700 personas pudieran decidir libremente cómo querían morir, se sacrificaban 33.000 personas que no consentían el momento de su muerte. La práctica de la eutanasia confirmaba el peor escenario posible: el sacrificio de los más débiles en el altar de la autonomía de unas pocas personas. Eso sí, paradójicamente, con una transparencia informativa meridiana por parte de las autoridades holandesas, como reconocen incluso sus más acérrimos detractores.

Pero esta imagen es sólo eso, un fotograma sacado del contexto, y hace falta ver la película entera para saber de lo que estamos hablando. No nos basta saber si el árbol de delante está o no podrido, sino desde el aire confirmar que se muere el bosque. Para que la pendiente deslizante llegara a cumplirse, los datos deben confirmar tres hipótesis fundamentales. Primera, que existe un aumento progresivo de las muertes sin consentimiento en toda la serie temporal, o sea, , antes y después de la despenalización del año 2002. Segunda, que los índices de muertes sin consentimiento son superiores a otros países que no tienen despenalizada la eutanasia ni el suicidio asistido. Y tercera y última , que este tipo de muerte se nutre de los grupos más débiles como efecto de la presión que ejerce una sociedad para liberarse de la carga económica y social que comporta su mantenimiento, e incluso con la pasividad de la clase médica. Por otra parte, con el tiempo también se observaría una reducción paulatina de los recursos en cuidados paliativos. Razones temporales, espaciales y socioeconómicas para un problema tridimensional.

Si empezamos por orden, la serie temporal de P.J. Van der Maas demuestra todo lo contrario, pues es significativa la reducción de las muertes sin consentimiento. En 1990 un 0,8% (1.030), 1995 0,7%(949), 2001 0,7%(842) y 2005 0,4% (540). Las prácticas de eutanasia suben para después estabilizarse, e incluso en 2005 volver a índices inferiores a 1990. En 1990 1,9%, 1995 2,3%, 2001 2,2% y 2005 1,7 %.

En cuanto a la actitud de los médicos, el 89% está de acuerdo con la eutanasia y la han practicado o no la han realizado, pero la realizarían en determinadas circunstancias. Un 10% nunca la realizaría pero derivaría el paciente a un colega. Y sólo 1% no la practicaría ni derivaría al paciente que la solicitara. Temporalmente podemos confirmar un mayor respeto por la decisión del paciente por parte de la clase médica. También es relevante, tanto la reducción del número de médicos que han realizado muertes sin consentimiento: 1990 (27%), 1995(23%) y 2001(13%), como la mayor restricción individual en la práctica de la eutanasia por parte de los médicos que la llevan a cabo: 1990 (14%), 1995 (12%) y 2001 (20%).

Para la segunda hipótesis hay que destacar el trabajo de Penney Lewis en *The empirical Slippery Slope*. Si analizamos países con legislación punible por la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, comprobamos que los índices de muertes sin consentimiento son mucho mayores que en Holanda. En 1996 en Australia ascendían al 3,5%. En Bélgica durante 1998, antes de la despenalización, los datos apuntan un 3,2% y bajan, después de la despenalización, a un 1,5% en 2001. Y Dinamarca con 0,67% tiene unos resultados ligeramente superiores a Holanda. En cuanto a la práctica de eutanasia clandestina y de la muerte sin consentimiento se confirma la existencia de la mismas en la totalidad de los países. Como botón de muestra en Australia el índice es de 1,8% en eutanasias en 1996, y un 30% de todas las muertes en este país la intencionalidad del médico era terminar con la vida del enfermo y sólo el 4% provenía de una petición expresa.

Y en cuanto a la tercera hipótesis, los trabajos de C. De Miguel son reveladores. La solicitud explícita de eutanasia y suicidio asistido del “paciente tipo” se da en una gran mayoría, en menores de 65 años, enfermos de cáncer, con amplio nivel de estudios y sin observar diferencias en cuanto a situación económica. Como dato añadido se reconoce que el duelo en familiares y amigos de personas que habían fallecido por suicidio asistido o eutanasia era menos traumático y con menos secuelas que en la muerte natural, debido a la comunicación con el enfermo, la posibilidad de despedida y la ruptura del pacto de silencio. Los Recursos en Cuidados Paliativos en los países con una legislación despenalizadora han aumentado notablemente: Holanda ha pasado de 119 a 700 camas durante el periodo 2000-2005 siendo el 5º país en el Ranking de CP ,y el presupuesto en Bélgica se ha duplicado en 4 años de 33 millones de euros a 72 millones, ocupando el 2º puesto a escala mundial. España está en 9º lugar.

Pero mil muertes sin consentimiento expreso del paciente en 1990 y 540 en 2005 son muchas?. Mientras que en 1990 médico reconocía que en un 59% de los casos sabía la voluntad del enfermo, porque en algún momento, éste le había manifestado concretamente que no quería alargar la agonía, en 2005 este porcentaje aumenta al 80,9%. Y gran parte del resto, eran casos donde la agonía y la proximidad de la muerte eran los factores determinantes para tomar la decisión sobre la muerte del paciente. De estos casos el 86% de los enfermos tenían una esperanza de vida de menos de una semana y un 56% no se podían expresar ya que estaban en un estado de inconsciencia.

Si comparamos los pocos datos que suministra España, estos reflejan que al menos un 50% de las sedaciones terminales se realizan sin el consentimiento del paciente en el ámbito de los Cuidados Paliativos. En el artículo de Kessel de los 36 enfermos moribundos a los que se les aplicó la sedación terminal en Torrecárcenas, sólo el 30,5% consintieron directamente o mediante directiva verbal avanzada, y el resto se hizo a través de un familiar. En España, como en los países donde está penalizada la práctica de la eutanasia, no hay procedimientos de notificación en la sedación terminal, lo que acertadamente se ha denominado eutanasia lenta (36 horas de media frente a los 30 minutos) y como consecuencia no sabemos qué porcentajes de consentimiento o petición de los pacientes. Y en el artículo de Porta ... el porcentaje de pacientes que había expresado parcial (28,6%) o totalmente (17%) su consentimiento a la sedación terminal sumaba el 45,6%. En el trabajo de I.S.M.I. del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, en 2006, reconocen, que sólo en el 30% de los casos de los enfermos terminales se consultó a la familia el tratamiento a seguir. O en el estudio de Gisbert A. 2004 el conocimiento total de la enfermedad y pronóstico llegaba únicamente al 35% de los enfermos.

Como conclusión podemos afirmar que en Holanda, en estos últimos 17 años no se confirma la pendiente deslizante: no suben los casos de muerte sin consentimiento, sino todo lo contrario descienden, e incluso la actitud de los médicos se hace más respetuosa con el paciente y más restrictiva; hay menos muertes sin consentimiento en comparación con países del entorno que mantienen penalizada la eutanasia y el suicidio asistido; tampoco se “ceba” en los grupos de riesgo y los recursos en cuidados paliativos se multiplican. También la política informativa es transparente y permite localizar los posibles abusos para evitarlos. Y aunque los detractores nos insisten que el número de notificaciones se ha reducido durante el tiempo, los datos publicados nos indican que las notificaciones han aumentado desde el 18,2% en 1990 al 80,2 del 2005

El Derecho a Morir Dignamente comienza con el derecho a rechazar todas las decisiones que se opongan a lo que libremente determine el propio paciente, y también a morir en paz y con serenidad, a rechazar cualquier encarnizamiento y esfuerzo terapéutico y los tratamientos que no desea se le apliquen, a manifestar por escrito y en todo caso le sean respetadas sus voluntades anticipadas, a los cuidados paliativos de calidad en caso de necesidad, y a determinar el momento de su muerte. La despenalización de la eutanasia en España traerá, sin duda, más transparencia, mayor control y más libertad, valores a los que todos tenemos derecho y van unidos indisolublemente a una sociedad democráticamente madura.

Hay riesgos? Por supuesto que sí, pero es que vivir en libertad lleva consigo riesgos. Y nos dirán: *barco que no sale de puerto nunca naufraga*; sí efectivamente, responderemos, pero los barcos se hicieron para navegar y ya es hora de zarpar.

...” *hermana, dónde queda el abismo?. Atrás. Sólo quienes tienen ojos en la nuca creen verlo de frente*”

