

# La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?

Iñigo Ortega, profesor de Bioética. Universidad S. Croce, Roma

## Abstract

El argumento de la *pendiente resbaladiza* advierte que en caso de legalizarse la eutanasia o el suicidio asistido, inevitablemente se ocasionan consecuencias negativas. El artículo verifica por dos caminos distintos que es un fenómeno real y no sólo un argumento anti eutanasia sin contenido. Por un lado muestra la existencia de la *pendiente* en Australia, Oregon (USA) y Holanda, donde se ha aplicado la eutanasia o el suicidio asistido fuera de las condiciones establecidas para los casos límite, las medidas preventivas no han sido capaces de impedirlo, las autoridades no han perseguido a los infractores o incluso han ampliado la legislación. Y por otro lado explica cómo no es una teoría basada en la posibilidad de que se originen unas consecuencias indeseables, determinando la necesidad causal de que se produzca el deslizamiento por la *pendiente*. Por último, analiza las implicaciones morales principales del fenómeno: la necesidad de restringir el principio de autodeterminación del paciente y la responsabilidad del legislador de evitar legislaciones contra el «derecho a la vida».

Palabras clave: legislación de eutanasia, pendiente resbaladiza.

The *slippery slope* argument warns that the legalization of euthanasia or assisted suicide produces inevitably negative consequences. Through two distinct ways, the article verifies that the *slippery slope* really exists, and that it is not simply an anti-euthanasia argument without content. On one hand, it shows the existence of such phenomenon in Australia, Oregon and Holland, where the euthanasia was applied beyond the conditions established for extreme cases, the preventive measures were incapable of impeding such illegal application and the authorities did not prosecute the offenders but even amplified the law. On the other hand, the article explains that it is not a theory based on the possibility that undesirable consequences are produced. It rather determines the casual necessity from which the slide down the slope is produced. Lastly, the article analyzes the principal moral implications of this phenomenon: the need to restrict the principle of self-determination of the patient and the responsibility of the legislator to prevent laws contrary to the «right of live».

Key words: euthanasia legislation, slippery slope.

1. Introducción 2. El argumento de la pendiente resbaladiza 3. La eutanasia en Australia 4. La eutanasia en Oregón (USA). 5. La eutanasia en Holanda. 6. El mecanismo interno de la pendiente resbaladiza. 7. Conclusiones.

## 1. Introducción

No se puede negar que en muchas naciones se está consolidando la opinión de que el enfermo en estado terminal deba poder elegir entre un proceso natural de muerte, aceptando todos los sufrimientos que éste pueda llevar consigo, o una acción que suprima su vida de forma rápida e indolora cuando decida que no quiere continuar viviendo. Los que defienden esta última postura utilizan en sus argumentos la lógica de la compasión, acentuando el drama del dolor, o la necesidad de respetar la voluntad del interesado, que consideran determinante. Se hace así más firme la idea de que el Estado debería limitarse a registrar las convicciones de la mayoría, o al menos respetar el «derecho» de una minoría, y retirar la condena legal de la eutanasia.

La valoración moral del acto de eutanasia, en cuanto eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente, no presenta problemas desde un punto de vista teológico. El precepto sobre la inviolabilidad de la vida humana<sup>1</sup> fundado sobre la Revelación<sup>2</sup> y el testimonio de los Padres de la Iglesia, ha impedido la sola consideración de intervenir sin cometer un pecado para poner fin a la vida de un inocente de la cual sólo Dios es el Dueño y Señor. El Magisterio de la Iglesia ha defendido siempre esta inviolabilidad, basándose tanto en principios de derecho natural como en los del derecho divino positivo, rechazando la eutanasia y el suicidio asistido, con una unanimidad de siglos sin que se hayan levantado voces discordantes<sup>3</sup>. Basta recordar la autoridad con que la encíclica *Evangelium vitae* de Juan Pablo II ha condenado la eliminación del inocente, y en concreto la eutanasia<sup>4</sup>: las expresiones inusuales empleadas, las premisas teológicas y el lenguaje formalmente técnico

---

<sup>1</sup> El «principio de inviolabilidad de la vida humana» es una afirmación constante y unánime de la Tradición, aunque el proceso de formulación técnica se haya consolidado sólo en época moderna. La escolástica introdujo conceptos técnicos claves, como la distinción entre inocente y agresor, o eliminación directa e indirecta, pero fueron sobre todo las polémicas que surgieron a finales del XIX sobre la craneotomía y el aborto terapéutico las que estimularon una correcta definición del principio. PÍO XII lo invocó varias veces en su magisterio moral (Cfr. sobre todo, *discurso*, 27.XI.1951) y JUAN PABLO II lo ha vuelto a proponer solemnemente.

<sup>2</sup> El mandamiento sobre la inviolabilidad de la vida humana aparece claramente manifestado tanto en el Antiguo (Ex 20,13 y Dt 5,17) como en el Nuevo Testamento (Mt 5,21-22 y 1Jn 3,11-15).

<sup>3</sup> De entre las declaraciones de mayor importancia y actualidad podemos citar las siguientes: CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, n° 27; PÍO XII, *Alocución* 24.II.1957, AAS 49 (1957) 147; PABLO VI, *Al Comité especial de la ONU* del 22.V.1974, *Insegnamenti di Paolo VI*, Vol. XII, pp. 460-461; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración *Iura et bona*, sobre la eutanasia, 5-V-1980, AAS 72 (1980) 1542-1552; JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana, 25.III.1995, AAS 87 (1995) 401-552; Catecismo de la Iglesia Católica, n° 2277; **Pontificia Academia para la Vida, Consideraciones éticas sobre la eutanasia, 9.XII.2000.**

<sup>4</sup> «De acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal» (JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, n° 65).

indican que la sentencia se debe recibir como una enseñanza definitiva e irreformable (garantizada por la infalibilidad propia del Magisterio ordinario y universal de la Iglesia), sin posibilidad de encontrar situaciones, ni siquiera hipotéticas, que permitan una excepción al principio de inviolabilidad de la vida humana<sup>5</sup>. En este artículo no pretendemos profundizar en este tema, considerándolo una doctrina pacíficamente poseída. Nos interesa más bien estudiar las consecuencias y responsabilidades que se abren con la legislación de la eutanasia.

#### ***a. Valoración moral de la legislación de la eutanasia.***

Como más adelante estudiaremos en detalle, en esta última década diversos países, Holanda, Australia, Oregón (USA) y Bélgica, han despenalizado o legalizado la eliminación directa y voluntaria de la vida de los enfermos. La valoración moral de estas leyes se realiza de modo diverso a la del acto. La ley civil debe asegurar el bien común de las personas mediante el reconocimiento y defensa de sus derechos fundamentales<sup>6</sup>, y la facilitación del cumplimiento de sus deberes. No se considera que la ley esté cumpliendo su tarea mientras no se garantice a todos los ciudadanos sin excepción el respeto de algunos derechos fundamentales<sup>7</sup>, que son «valores humanos y morales, esenciales y originarios, que derivan de la verdad misma del ser humano y tutelan la dignidad de la persona. Son valores por tanto que ningún individuo, ninguna mayoría y ningún Estado pueden nunca crear, modificar o destruir, sino que deben reconocer, respetar y promover»<sup>8</sup>. La ley civil no puede dictar normas que excedan de esta competencia que le es propia, ni sustituir a la conciencia en ningún ámbito de la vida<sup>9</sup>.

El primer bien que debe ser reconocido y respetado es el derecho inviolable de todo individuo humano a la vida, del que derivan otros derechos como la igualdad de todos ante la ley, la indisponibilidad de la vida y la tutela de toda vida inocente. En efecto, la ley civil no sólo debe reconocer y garantizar estos derechos, sino que tiene que intervenir para defenderlos. No basta el llamamiento a la conciencia individual y a la autodisciplina de los miembros de la sociedad para asegurar estos derechos.

Se ve con claridad que las legislaciones que autorizan la eutanasia o el suicidio médicamente asistido no solamente se oponen radicalmente al bien particular, al privar al individuo del bien de la vida, sino que se enfrentan también al bien común, en cuanto no protegen como irrenunciable el «derecho a la vida»<sup>10</sup> de todos sus ciudadanos. Por

---

<sup>5</sup> Cfr. I. CARRASCO DE PAULA, *La legge di Dio al servizio dell'uomo*, L'Osservatore Romano, 4.V.1995, p. 6.

<sup>6</sup> Cfr. CONCILIO VATICANO II, Declaración *Dignitatis humanae* sobre la libertad religiosa, n° 7.

<sup>7</sup> «Se considera realizado el bien común cuando se han salvado los derechos y deberes de la persona humana. De ahí que los deberes fundamentales de los poderes públicos consistan sobre todo en reconocer, respetar, armonizar, tutelar y promover aquellos derechos, y en contribuir por consiguiente a hacer más fácil el cumplimiento de los respectivos deberes» (JUAN XXIII, Carta Encíclica *Pacem in terris*, 11.IV.1963, II: AAS 55 (1963) 273).

<sup>8</sup> JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 71.

<sup>9</sup> Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitae*, sobre el respeto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, 22.II.1987, III: AAS 80 (1988) 98.

<sup>10</sup> La fórmula más común del «Derecho a la vida» afirma que la persona tiene un derecho nativo y fundamental a la vida desde el momento de la concepción hasta el de su muerte natural. Nativo indica que se posee desde que el individuo comienza su vida, sin que deba ser concedido por nadie. Fundamental muestra que pertenece al conjunto de bienes constitutivos de la misma persona y que no se pueden negar sin comprometer gravemente la dignidad del hombre y poner en duda el resto de sus derechos. Por eso el Estado tiene el deber

consiguiente, «están privadas totalmente de auténtica validez jurídica. En efecto, la negación del derecho a la vida, precisamente porque lleva a eliminar la persona en cuyo servicio tiene la sociedad su razón de existir, es lo que se contrapone más directa e irreparablemente a la posibilidad de realizar el bien común»<sup>11</sup>. De aquí se deduce que cuando una ley despenaliza o legitima la eutanasia, o el suicidio asistido, deja de ser, por el mismo hecho, una auténtica ley civil, y no sólo deja de ser moralmente vinculante<sup>12</sup>, sino que se convierte en una ley injusta.

La valoración moral de las leyes que autorizan o despenalizan la práctica de la eutanasia o el suicidio es clara: son leyes injustas no sólo por el hecho de que permiten o despenalizan una acción cuya elección por parte del individuo constituye una falta grave (quitar o quitarse la vida es en sí mismo algo malo, y como tal no puede ser positivamente declarado por el Estado conforme a derecho), sino porque el Estado no puede justificar la negación o renuncia del derecho a la vida a ninguno de sus miembros sin entrar en plena incompatibilidad con su función de realizar el bien común. Por lo tanto la autoridad pública no puede nunca legitimar o legalizar este tipo de actos, antes bien, tiene el deber de impedirlos<sup>13</sup>.

#### ***b. Otras circunstancias que influyen en la valoración moral***

Existen una serie de circunstancias que, sin capacidad para hacer justa una ley injusta, hacen que ésta sea más o menos inicua, en cuanto dificultan o facilitan que se ordene más o menos al bien común. Por ejemplo, no cabe duda que la maldad aumentaría, si se demostrara que estas leyes tienden a escapar al control del gobernante, permiten que se cometan abusos y dejan desatendidos a los más débiles.

No faltan los que sostienen que este último es un riesgo real, y que la legalización de la eutanasia o del suicidio asistido plantea una serie de interrogantes de difícil solución. Porque una vez que se ha introducido una excepción, es decir que se han establecido los presupuestos que hacen legal que una persona mate a otra, ¿es posible determinar garantías

---

de tutelar el derecho a la vida y conviene que lo incluya entre los principios constitucionales de forma que quede fuera del ámbito discrecional de la legislación.

<sup>11</sup> JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 72.

<sup>12</sup> La Tradición de la Iglesia siempre ha afirmado la necesaria conformidad de la ley civil con la ley moral, hasta el punto de que cuando deja de existir esta conformidad la ley civil pierde su carácter de ley. En efecto, «la autoridad es postulada por el orden moral y deriva de Dios. Por tanto si las leyes o preceptos de los gobernantes estuvieran en contradicción con aquel orden y, consiguientemente, en contradicción con la voluntad de Dios, no tendrían fuerza para obligar en conciencia (...); más aún, en tal caso, la autoridad dejaría de ser tal y degeneraría en abuso» (JUAN XXIII, Carta Encíclica *Pacem in terris*, o. c., 271). Esta doctrina aparece ya recogida y desarrollada por santo Tomás de Aquino, que escribe: «La ley humana es tal en cuanto está conforme con la recta razón y, por tanto, deriva de la ley eterna. En cambio, cuando una ley está en contraste con la razón, se la denomina ley injusta; sin embargo, en este caso, deja de ser ley y se convierte más bien en un acto de violencia» (S. TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, I-II, q. 93, a. 3, ad 2um). Santo Tomás mismo despoja a la ley injusta de su carácter de ley: «Toda ley puesta por los hombres tiene razón de ley en cuanto deriva de la ley natural. Por el contrario, si contradice en cualquier cosa a la ley natural, entonces no será ley sino corrupción de la ley» (Ibidem, q. 95, a. 2).

<sup>13</sup> «Si la autoridad pública puede, a veces, renunciar a reprimir aquello que provocaría, de estar prohibido, un daño más grave, sin embargo, nunca puede aceptar legitimar, como derecho de los individuos —aunque éstos fueran la mayoría de los miembros de la sociedad—, la ofensa infligida a otras personas mediante la negación de un derecho suyo tan fundamental como el de la vida (...). La sociedad tiene el derecho y el deber de protegerse de los abusos que se pueden dar en nombre de la conciencia y bajo el pretexto de la libertad» (JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 71).

que aseguren que la muerte tenga como fin único y exclusivo el bien del moribundo e impedir abusos y manipulaciones deshonestas? ¿No se quitan las garantías legales y se deja la vida sujeta a acuerdos, consensos o reglas que son el resultado de un cambiante equilibrio de poder o de interés? Si la compasión (sentimiento del que elimina) frente al dolor (sentimiento del eliminado) autoriza a eliminar a una persona, parece complicado encontrar motivos, fuera de la discrecionalidad del sujeto que efectivamente retiene el poder, para que sus sentimientos no justifiquen una arbitraria «licencia para matar».

El mismo Magisterio de la Iglesia hace suyos estos temores señalando que «cuando la sociedad llega a legitimar la supresión del individuo —sin importar en qué estadio de vida se encuentre, o cuál sea el grado de debilitamiento de su salud— reniega de su finalidad y del fundamento mismo de su existencia, abriendo el camino a iniquidades cada vez más graves»<sup>14</sup>. La fuente de estas iniquidades es la discriminación. Cuando el legislador autoriza que unos ciudadanos puedan ser eliminados sin repercusiones legales y otros no, cuando priva o permite la renuncia del derecho a la vida a unos y no a otros, está legitimando una forma de discriminación entre los seres humanos, «lo cual constituiría un grave atentado contra la igualdad, contra la dignidad y contra los derechos fundamentales de la persona»<sup>15</sup>. Las legislaciones que autorizan la eutanasia «niegan, por tanto, la igualdad de todos ante la ley»<sup>16</sup>.

Queda además particularmente amenazado el derecho a la vida en los más débiles. El respeto y la dignidad que el Estado debe garantizar «exige que la ley prevea sanciones penales apropiadas para toda deliberada violación de este derecho»<sup>17</sup>. De otro modo «se favorece una disminución del respeto a la vida y se abren caminos a comportamientos destructivos de la confianza en las relaciones sociales»<sup>18</sup>.

Por primera vez en la historia de la humanidad, existen varias naciones en las que se puede matar legalmente a un enfermo o colaborar en su suicidio. El estudio de la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido en estos países nos permitirá comprender si es cierto que una vez legitimada la supresión del individuo se abre camino a injusticias mayores; si es posible controlar la eliminación de los enfermos o las barreras legales introducidas para la regulación desaparecen o son ineficaces; si se termina por discriminar y amenazar el derecho a la vida en los más débiles. Es decir, comprender si estas indicaciones del Magisterio merecen ser calificadas como un simple e infundado alarmismo o forman parte de la dimensión profética del Magisterio.

## **2. El argumento de «la pendiente resbaladiza»**

Los partidarios de la eutanasia, cuando hacen referencia a este argumento, tienden a presentarlo de forma retórica, exagerada, catastrófica: «permitir [el suicidio médicamente asistido] es dejar correr un tren que nos llevará a un destino involuntario y aterrador. Después del suicidio asistido, aprobaremos inevitablemente la eutanasia voluntaria, y esto es sólo el comienzo. A medida que el tren va ganando inercia, la vida social se deformará y se hará gradualmente más borrosa: los pacientes perderán la fe en sus doctores, las familias empezarán a presionar a sus ancianos y a los más débiles para que se decidan poner fin a su

---

<sup>14</sup> ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Consideraciones éticas sobre la eutanasia*, o. c., p. 2.

<sup>15</sup> CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitae*, o. c., III.

<sup>16</sup> JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 72.

<sup>17</sup> CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitae*, o. c., n° 3.

<sup>18</sup> JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 72.

vida. El respeto por la vida se debilitará y, como consecuencia, la incidencia del suicidio aumentará mientras disminuirán las fundaciones que se encargan de los cuidados paliativos. El tren irá siempre ganando velocidad y descendiendo con más rapidez. Se permitirá la eutanasia no voluntaria, por lo que se eliminarán muchos enfermos incapacitados sin que lo hayan solicitado. Al principio, esto afectará sólo a los ancianos con demencia senil, pero poco después, bajo la presión del racionalismo económico, seguirán el mismo camino niños con malformaciones, incapacitados y enfermos mentales. Finalmente, la velocidad del tren será incontrolable, descarrilaremos y nos sumergiremos en el abismo de la eutanasia involuntaria, eliminando, también contra su voluntad, a personas competentes»<sup>19</sup>.

Esta forma dramática de presentación facilita la crítica del fenómeno: «de hecho tantas veces como se han utilizado estos argumentos, tantas veces se encarga la realidad de desmentirlos. Se ha anunciado tantas veces la catástrofe final, se ha afirmado tanto que se comienza por quitar la vida y se termina en los campos de concentración nazis (o lo que los partidarios de esos argumentos consideran el equivalente moral de los nazis), que el mero hecho de que no haya sucedido y de que los campos de concentración no hayan reaparecido parece debilitar los argumentos catastrofistas»<sup>20</sup>.

A la crítica de los que están en contra del argumento se añaden los numerosos abusos que esta teoría ha sufrido por parte de sus propios defensores. Dado que su uso no exige un gran interés en la demostración, no es raro que se emplee como recurso dialéctico, con tendencia a mezclarlo con anuncios de las inmediatas desgracias que sucederán a cualquier reforma. No debe extrañar si el argumento de la *pendiente resbaladiza* está actualmente bastante desprestigiado<sup>21</sup>.

Pero ni un rápido rechazo ni una aplicación fácil y gratuita parecen comportamientos responsables. La eutanasia, en sentido estricto, supone otorgar la autorización a una persona para que, bajo determinadas circunstancias, pueda matar a otra sin sufrir consecuencias jurídicas, colocándola en una situación objetiva de superioridad, ya que recibe autorización para eliminar a otra en situación objetiva de dependencia. Es importante determinar si es posible mantener esta autorización dentro de los límites que pretenden los defensores de la legalización de la eutanasia, y niegan los que se oponen a ella. Porque el efecto que se teme no es precisamente un deslizamiento hacia el nazismo, sino dejar desprotegidos a los grupos más vulnerables de nuestra sociedad: los que carecen de salud, de medios, de voz o ninguna forma de defensa. Las consecuencias son demasiado graves para tomar con ligereza el argumento.

Es necesario por tanto, antes de nada, estudiar de forma tranquila y desapasionada las características de esta teoría y realizar una descripción de la misma. Sólo después podemos comprobar si es una teoría ilusoria o un fenómeno real, si existe o no en los países donde la eutanasia o la asistencia al suicidio ha sido legalizada.

#### ***a. Definición y características***

---

<sup>19</sup> C. RYAN, *Pulling up the runaway: the effect of new evidence on euthanasia's slippery slope*, Journal of Medical Ethics, 24 (1998) 341-344.

<sup>20</sup> R. G. FREY, *El temor a dar un paso hacia el abismo. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Cambridge University Press, Madrid 2000, p. 67.

<sup>21</sup> Como afirma José María Serrano, «a la teoría de la *pendiente resbaladiza*, sin matizaciones, le sucede lo que a la *teoría del dominó* en la política internacional anticomunista, es tan sencilla de formular como difícil de probar» (J. M. SERRANO, *Eutanasia y vida dependiente*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2000, p. 26).

Los argumentos que nos advierten sobre el peligro de las graves consecuencias que se pueden producir en el caso de modificaciones legislativas son de uso corriente en el debate bioético<sup>22</sup>. A menudo definido como el efecto de la *pendiente resbaladiza* (en inglés *slippery slope*, en italiano *china scivolosa*) o también *plano inclinado*, no es otra cosa que una invitación a la prudencia frente a los resultados futuros y desconocidos que se pueden derivar de un cambio; en nuestro caso, el temor a las consecuencias negativas de la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia.

Este argumento hace hincapié en las consecuencias negativas, pero no hay que olvidar que también se puede prever la existencia de unas consecuencias *positivas* (desde el punto de vista moral, es decir, en cuanto contribuyen al bien común de la sociedad) que la legalización puede traer consigo y que son precisamente las que el legislador busca cuando aprueba la ley. Entre éstas se encuentra: proteger el derecho del individuo a una muerte digna defendiéndolo frente al ensañamiento terapéutico o a una inútil prolongación artificial de la vida; garantizar el derecho de autodeterminación y libertad de elección en los pacientes a la hora de decidir sobre las intervenciones y tratamientos a los que deben someterse; la protección que en estas legislaciones se hace de los derechos de aquellas personas que ya no pueden defender por sí solos sus derechos; mejorar las relaciones médico-paciente permitiendo entablar un diálogo más abierto sobre estas cuestiones, detectar e impedir la eutanasia de pacientes aquejados de depresión o demencia, advertir al médico que el paciente ha llegado a los límites del dolor que puede soportar o evitar suicidios alocados, torpes e innecesarios; proporcionar a las autoridades la forma de controlar y restringir una práctica clandestina o descontrolada de eutanasia, etc.

Pero el argumento de la *pendiente resbaladiza* se centra en las graves consecuencias negativas a las que da lugar la legislación, y lo hace sustancialmente de la forma siguiente: una vez legalizada la forma de actuar A, se producirán inevitablemente los pasos B, C y D. El paso A nos coloca en el borde de una pendiente por la que nos deslizaremos inevitablemente hacia abajo, llegando a efectuar los actos B, C y D no contemplados inicialmente por la ley.

El punto de partida, el paso A que nos coloca en la cabecera de la pendiente, sería para nosotros una ley que autorice la eutanasia o el suicidio asistido exclusivamente para los «casos límite»: un paciente que experimenta una enfermedad grave, alcanza la fase terminal sin posibilidad de curación ni tratamiento alternativo, sufre unos dolores insoportables que no se pueden aliviar, y después de informarse debidamente y de una seria reflexión, en pleno uso de sus facultades mentales, solicita que le sea aplicada la eutanasia o le ayuden a suicidarse de un modo rápido e indoloro. Es decir, la legalización de este acto se coloca dentro de unas circunstancias que limitan el tipo de personas a las que se puede aplicar. Estas personas deben cumplir tres condiciones: la plena voluntariedad del acto, la condición de enfermo terminal y el padecer dolores intolerables. La ley prevé una serie de límites y prevenciones para evitar que sea aplicada a los enfermos que no cumplen estas tres condiciones, así como una serie de sanciones para los que no las respeten.

La teoría de la *pendiente resbaladiza* sostiene que las medidas o precauciones que intenten impedir este fenómeno están destinadas al fracaso, que al cabo de un tiempo

---

<sup>22</sup> Además de la legalización del suicidio asistido o la eutanasia, se ha empleado este argumento en el debate sobre el aborto, la reproducción artificial, la liberalización del consumo de drogas que causan dependencia, el uso de células madre embrionarias, etc.

dejarán de exigirse las tres condiciones y que las autoridades no perseguirán a los infractores de la ley o incluso la cambiarán, ampliándola, para permitir comportamientos menos restrictivos.

Por lo que respecta al primero y principal requisito, la plena voluntariedad con la que el enfermo debe solicitar la eutanasia, según esta teoría, al cabo de un tiempo de la aprobación de la ley no sería ya un requisito imprescindible, sino que se admitirá progresivamente la eliminación de pacientes que sufren depresión (no siendo competentes para solicitarla), o solicitan la eutanasia bajo presión de sus familiares, o pacientes que no pueden prestar su consentimiento, es decir, personas en coma, recién nacidos con minusvalías, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales. Se estaría dando B, en sus distintos grados, no como una práctica clandestina, sino llegando a afirmar la licitud de la eutanasia no voluntaria e incluso la permisibilidad (de algunos casos) de la involuntaria<sup>23</sup>.

La segunda condición, el estado de enfermo terminal<sup>24</sup>, deja de cumplirse cuando se admite la eutanasia o se ayuda al suicidio a los enfermos incurables pero que no se encuentran todavía en estado terminal, o de los que no están en situación irreversible, o de pacientes que padecen enfermedades de las cuales se pueden curar: estos serían, en orden creciente de deslizamiento por la *pendiente*, los grados del nivel C.

El último requisito es sin duda el más difícil de evaluar, porque que el sufrimiento sea intolerable debe establecerlo el mismo paciente, por ser en sí mismo un fenómeno subjetivo, con un criterio de intolerancia que no se puede establecer por la opinión del médico ni por ningún otro criterio externo, y sólo el que lo padece puede decidir cuándo alcanza la categoría de insoportable. En cualquier caso, el descenso de la pendiente al nivel D comienza con la falta de distinción entre la petición de eutanasia por motivos de dolor físico y por motivos de sufrimiento psicológico, y continúa el descenso cuando se aplica la eutanasia a pacientes que tienen el dolor controlado, pero que desean la muerte por otros motivos: pérdida de la autonomía y del papel en la sociedad, escasa calidad de vida, soledad, sentimiento de ser una carga económica, etc. El argumento de la *pendiente resbaladiza* sostiene además que la aprobación de este tipo de leyes produce una disminución de la investigación y desarrollo de terapias analgésicas, así como una falta de evolución de la medicina paliativa.

Es preciso observar que no es necesario alcanzar el grado inferior de cada nivel -plena involuntariedad, ausencia total de enfermedad o de dolor- para poder afirmar que ya no se cumple plenamente uno de los requisitos, es decir, que se ha producido un descenso hasta B, C o D.

### ***b. La verificación del argumento***

---

<sup>23</sup> Desde el punto de vista de la voluntad del enfermo la eutanasia se puede considerar *voluntaria* cuando es solicitada por pacientes en pleno uso de sus facultades; *no voluntaria*: la aplicada a los enfermos que no pueden dar un consentimiento expreso (situación de coma, enfermedad mental, etc.) pero se les presume; *involuntaria*: aplicada a pacientes que se presume que no la desean o contra su voluntad claramente manifestada.

<sup>24</sup> El estado terminal es la última fase de una enfermedad crónica progresiva. Comienza cuando terminan los tratamientos disponibles y se alcanza el nivel de irreversibilidad. Se define como el estado clínico que proporciona una expectativa de muerte a corto plazo: un pronóstico de supervivencia inferior a un mes. Las legislaciones de eutanasia tienden a considerar un pronóstico inferior a seis meses de vida suficiente para determinar el estado terminal.



El debate sobre si el argumento de la *pendiente resbaladiza* es solamente una teoría ilusoria, una hipótesis intelectual usada por los que quieren impedir la legalización de la eutanasia o del suicidio asistido, o en cambio es una amenaza seria y un fenómeno real en aquellos países que han aprobado esta práctica, no debería continuar eternamente, como si no existiera urgencia por resolverlo, o como si no hubiera demasiadas cosas en juego, muchas de ellas irreversibles. Sobre todo cuando bastaría la probabilidad de que se realice para hacer dudar o bloquear estas legislaciones. Pero una cosa es que la probabilidad haga dudar al gobernante sobre la oportunidad de promulgar, y otra que consiga bloquear completamente este tipo de leyes, sobre todo cuando una parte de la sociedad está presionando para su aprobación. Para que el argumento fuera eficaz, debería poder verificarse que la aprobación de la ley pone realmente en peligro la vida de los miembros más débiles de la sociedad: ancianos, enfermos, clases discriminadas (indigentes, emigrantes, grupos raciales minoritarios) y recién nacidos.

La verificación de este argumento, mostrar que no es una teoría sino una realidad, se puede realizar por dos caminos distintos: comprobar si se ha producido este fenómeno en los países donde se han aprobado este tipo de leyes, o simplemente explicar el argumento: indicar cuál es el mecanismo que produce inevitablemente el arrastre por la pendiente.

El primer medio de verificación, realizar una investigación en los países en los cuales se ha legalizado la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, es muy interesante y nos ofrece la posibilidad de controlar si realmente ha ocurrido el fenómeno de la *pendiente*: si se han desarrollado y se han hecho funcionar mecanismos que aseguren la libertad de la petición de eutanasia evitando presiones familiares, financieras o efectos distorsionantes debidos a la depresión o al mal tratamiento del dolor. Reconocer si la admisión de la práctica está realmente limitada a los enfermos terminales o se admite la eliminación de cualquier tipo de enfermo. Investigar el papel del dolor como requisito de solicitud, así como los efectos de las legislaciones en la investigación de las terapias analgésicas y paliativas. Y por último, estudiar el funcionamiento de las medidas que el legislador haya establecido para asegurar el cumplimiento de la ley.

La segunda forma de verificar el argumento de la *pendiente resbaladiza* es mostrar que no se basa sobre la posibilidad de que se verifiquen las anunciadas consecuencias, sino que es un argumento que implica una forma de necesidad causal. Lo que se afirma es que, en caso de legalización, el descenso por la pendiente será inevitable. La tesis defiende que una vez producido el paso A, es sólo cuestión de tiempo que se cumplan los pasos B, C o D, afirmando que se darán necesariamente, y no sólo que existe la posibilidad de que se den. El argumento de la *pendiente resbaladiza* implica también la presunción de que el deslizamiento se producirá aun cuando se despliegue una serie de medidas preventivas con intención de evitarlo; es decir, que estas medidas, barreras o límites, están destinadas al fracaso. Es característico de este argumento el pesimismo sobre las posibilidades de establecer medidas preventivas en grado de impedir que se realicen los pasos B, C y D. Es más, se afirma que ninguna barrera puede resistir mucho tiempo la presión descendente, dado que en caso contrario no se darían necesariamente estos pasos.

En esta segunda forma de verificar el argumento se tiene que realizar dos tareas. Por un lado es necesario describir el mecanismo o motor que, por decirlo así, empuja hacia abajo por la pendiente y hace inevitable que se termine atentando contra las formas de vida más desamparadas. Por otro lado, este pesimismo sobre la incapacidad de prevención debe ser realista: hay que explicar el motivo por el que las medidas preventivas están destinadas a

ser superadas. El simple temor al fracaso de las formas de defensa no significa por sí mismo probar el fiasco de cada una de ellas en particular, sino que hay que empeñarse en mostrar por qué no es posible instituir salvaguardias capaces de impedir que se den los pasos B, C y D.

En la actualidad existen tres países donde se puede comprobar si el fenómeno existe o no y éste será el objeto de las siguientes páginas de nuestro trabajo<sup>25</sup>. El estudio lo realizaremos en orden creciente de tiempo, es decir comenzando por los países donde ha estado menos tiempo en vigor la legislación de la eutanasia, de forma que se pueda mostrar si el deslizamiento por la *pendiente* tiende a aumentar cuanto mayor haya sido el periodo de aplicación. Desde luego no pretendemos realizar un estudio completo ni de las legislaciones ni de la práctica de la eutanasia en esos países, sino sólo lo necesario para detectar y describir los elementos que puedan formar parte de este fenómeno.

### 3. La eutanasia en Australia

El 24 de mayo de 1995 fue aprobada por el Parlamento del Northern Territory, Australia, la primera ley en el mundo que legalizaba la eutanasia (en Holanda estaba entonces sólo despenalizada), la *Right of the Terminal Ill Act*. La ley entró en vigor el 1 de julio de 1996, y fue derogada el 25 de marzo de 1997 por la *Euthanasia Law Bill 1996*, del Parlamento Federal<sup>26</sup>: durante estos casi nueve meses fue legal la aplicación de la eutanasia.

Los requisitos que se debían cumplir eran numerosos y tenían como finalidad asegurar la plena libertad del médico y del paciente. Los que correspondían al enfermo que solicitaba la eutanasia eran principalmente ser mayor de edad, sufrir una enfermedad incurable diagnosticada por dos médicos independientes, padecer dolores graves difíciles de aliviar, y no experimentar depresión ni enfermedad mental. El procedimiento establecía que el paciente, convenientemente informado de su situación, realizara al médico una primera solicitud de eutanasia y la repitiera formalmente por escrito al cabo de una semana; un segundo médico debía confirmar el diagnóstico y al cabo de 48 horas se aplicaba la eutanasia o se le asistía al suicidio.

En el periodo de legalización de la eutanasia, siete enfermos de cáncer solicitaron acogerse a la ley. Dos de ellos murieron antes de su entrada en vigor (uno por suicidio y otro de muerte natural), un tercero que cumplía las condiciones decidió retrasar su decisión

---

<sup>25</sup> En realidad son cuatro, porque Bélgica es el segundo país europeo que ha adoptado la legalización de la eutanasia. En mayo de 2002, el Parlamento de Bélgica aprobó una ley por 86 votos frente a 51, según la cual pueden solicitar la eutanasia no sólo los enfermos en fase terminal, sino también aquellos que se encuentren en una condición sin esperanza por sufrimiento crónico, sufrimiento que puede ser de naturaleza física o psíquica. Dicha ley entró en vigor el 23.IX.2002. Justo una semana más tarde se aplicaba por primera vez a un paciente, de 39 años, que moría por inyección letal. Aunque ya este primer caso no cumplía varias de las condiciones previstas por la legislación, no incluimos a Bélgica en nuestro estudio porque no ha habido tiempo material para que se produzca el fenómeno de la pendiente resbaladiza. Cfr. INTERNATIONAL ANTI-EUTHANASIA TASK FORCE, *Belgium claims first death under newly enacted euthanasia law*, Update, 2002, Vol. 16, nº 3, accesible (15.I.2003) en <http://www.internationaltaskforce.org/iaa26.htm>.

<sup>26</sup> Para un detallado análisis moral de la ley y de su aplicación Cfr. P. MOLERO, *Fundamento moral del derecho a morir: el caso australiano*, Pontificia Universitas Sanctae Crucis, Roma 2003, pp. 113-156, 215-228.

y mientras tanto la ley fue revocada (falleció más tarde por sobredosis de analgésicos). A los cuatro restantes les ayudó a suicidarse el doctor Nitschke<sup>27</sup>.

La información más detallada disponible sobre la aplicación de la ley en el Territorio del Norte proviene de dos fuentes: los informes publicados por el médico forense, y diversas investigaciones a título personal, entre las que destaca por su profundidad un artículo de la revista médica *Lancet*<sup>28</sup>. Este estudio, realizado por profesores con distintos puntos de vista sobre la eutanasia como David Kissane y Annette Street, examina los siete casos partiendo de la documentación y de las declaraciones de los médicos que han confirmado los diagnósticos, de los psiquiatras, las historias clínicas de los pacientes, sus declaraciones y las de sus familiares.

La información muestra cómo cuatro de los pacientes presentaban síntomas claros de depresión, entre ellos dos de los que murieron por eutanasia, pero sólo uno estaba bajo tratamiento por este motivo. La intervención del psiquiatra prevista por la ley no se realizó nunca, dado que todos los enfermos lo consideraban como un obstáculo, una función de filtro que podía impedirles la aplicación de la ley.

Además, no fue posible comprobar el estado terminal y el periodo de vida que les quedaba a los enfermos. Los médicos no se pusieron de acuerdo en varios de los casos, y la ley no indicaba qué hacer si se presentaban divergencias.

En ninguno de los pacientes el dolor era importante y en todos estaba controlado. Los motivos por los que solicitaron la eutanasia fueron más bien el miedo, la desesperación, la sensación de aislamiento o la creencia de haberse transformado en una carga para la familia. En los informes médicos se observa cómo los médicos provocaron la pérdida de esperanza con afirmaciones del tipo “no hay nada que hacer”, mientras que la revisión de los casos muestra cómo existían otros tratamientos disponibles para cada uno, que no se tuvieron en cuenta. Ni siquiera, en contra de lo previsto por la ley, se explicó a los enfermos la posibilidad de recibir tratamientos paliativos, que fueron infrutilizados o no se emplearon. Parece que la posibilidad de aplicar legalmente la eutanasia hizo que se abandonaran los esfuerzos para elevar la calidad de los tratamientos o la exploración de opciones alternativas. En cualquier caso, fue evidente la falta de formación de los médicos sobre la medicina paliativa.

Se puede concluir confirmando el descenso al nivel B, la falta de plena voluntariedad en la petición de muerte, en cuanto se permitió el suicidio asistido de personas con depresión, no competentes para hacer tal solicitud. Un descenso al nivel C, admitiendo la eliminación de enfermos incurables que no se encuentran en fase terminal, no está del todo claro, y no se puede probar que existiera, como tampoco se puede probar lo contrario. Sí se observa con claridad un descenso fuerte al nivel D: todos los pacientes tenían el dolor controlado, estaban simplemente desorientados o abandonados en su enfermedad, y la ley no cumplió

---

<sup>27</sup> Nitschke es el inventor de una máquina para la asistencia al suicidio. El equipo consiste en un ordenador conectado a un maletín que contiene un sofisticado ingenio capaz de asegurar una muerte fulmínea e indolora. El médico se limita a introducir un endovena en el enfermo y después el enfermo debe responder a las preguntas que le dirige el ordenador, pulsando las teclas adecuadas. Las respuestas muestran la irrevocabilidad de su determinación a la vez que permiten anular el proceso al enfermo que experimente temor o cambio de idea en el último momento: una vez que se pulsa la última tecla, en 15 segundos se produce la muerte.

<sup>28</sup> Cfr. D. KISSANE, A. STREET, P. NITSCHKE, *Seven deaths in Darwin: Case studies under RTIA*, *Lancet*, 352 (1998) 1097-1102.

su finalidad de ser el último recurso una vez que han fallado las curas paliativas o cualquier otra forma de asistencia.

El descenso por la *pendiente resbaladiza* ha sido apreciable, y las precauciones establecidas por la ley no han cumplido la función prevista. Hay que destacar que este descenso se ha producido en menos de nueve meses, y no en medio de una práctica rutinaria o encubierta, sino mientras la prensa y la televisión de todo el mundo entrevistaban a los enfermos y a los doctores que ayudaban a su suicidio. Pero nadie protestó por el incumplimiento de la ley.

#### 4. La eutanasia en Oregón

El 8 de Noviembre de 1994, se aprobó en Oregón por un estrechísimo margen la *Death with dignity act*, una ley que legaliza el suicidio médicamente asistido. Oregón se convertía así en el primer Estado de la Unión que autorizaba a los médicos a prescribir dosis letales a sus pacientes. Ya legislaciones similares habían sido rechazadas dos veces por el voto popular en los Estados Unidos<sup>29</sup>, pero a la tercera la *Hemlock Society*<sup>30</sup> consiguió su objetivo.

En la campaña previa al referéndum, la *Death with dignity act* fue presentada como una legislación segura, que permitía la ayuda al suicidio pero descartaba la eutanasia, con una serie de medidas preventivas que excluían la posibilidad de cometer abusos. Sus partidarios insistieron una y otra vez en el tema, detallando y explicando todas y cada una de las medidas de seguridad. Los opositores se centraron en los potenciales riesgos de la ley, insistiendo especialmente en el peligro que el suicidio médicamente asistido terminara convirtiéndose en una eutanasia activa, tanto voluntaria como involuntaria -dada la existencia de pacientes incapaces de ingerir alimentos o de expresar su opinión-, además del riesgo de que se aplicara no sólo a enfermos terminales, sino a muchas otras personas, en especial los que sufrían minusvalías permanentes: es decir, el efecto *pendiente resbaladiza*.

La ley, que es sencilla, breve y fácil de entender, autoriza a los médicos a recetar medicamentos letales a los pacientes que lo soliciten, siempre que sean adultos, mentalmente competentes y tengan una esperanza de vida menor de seis meses. Contiene también un gran número de medidas preventivas destinadas a asegurar que la petición por parte del paciente sea voluntaria y meditada, asesorarle sobre otras posibilidades, prevenir posibles abusos, etc. El procedimiento es similar al australiano: una vez que el paciente ha realizado su «decisión informada», la comunica en forma oral a su médico, 15 días después la reitera, la pone por escrito, y después de 48 horas el médico le puede recetar la prescripción letal, que el enfermo ingiere por sí mismo cuando desea<sup>31</sup>.

El plazo previsto desde la votación hasta la entrada en vigor de la ley era de un mes. Pero el 7 de Diciembre, un día antes de su entrada en vigor, fue temporalmente suspendida por un juez federal. Esta orden de suspensión fue removida en Corte de Apelación después de

---

<sup>29</sup> La *Initiative 119* en el estado de Washington en 1991 y la *Proposition 161* en California en 1992.

<sup>30</sup> La *Hemlock Society*, una de las más importantes asociaciones pro-eutanasia del país. Su presidente, Derek Humphry, es el autor del libro *Final Exit*, un manual donde se explican los diversos métodos de suicidio, que en ese momento constituía uno de los *best-sellers* del país.

<sup>31</sup> Se puede encontrar una buena descripción del referéndum, de las dificultades legales que surgieron a continuación, de la ley y su aplicación en R. AGUADO, *Cuidados del enfermo en fase terminal. El caso Oregón*, Pontificia Universitas Sanctae Crucis, Roma 2003, capítulo 3º: La experiencia de Oregón.

casi tres años, el 27 de octubre de 1997. Un nuevo referéndum realizado en noviembre a instancias del movimiento pro-vida, no consiguió su objetivo de volver a paralizar la puesta en marcha de la legislación.

Cinco años después de la entrada en vigor, podemos examinar la aplicación de la ley a través de artículos, reportajes y estadísticas divulgadas por revistas médicas y, principalmente, de los datos publicados por el Departamento de Salud del Estado (*Oregon Health Division*). Estos últimos no ofrecen información sobre los casos de suicidio sino sólo un informe anual estadístico: una cantidad de datos exigua, ya que se ve en la obligación de sopesar la satisfacción del interés público con el respeto del anonimato de médicos y pacientes, y probablemente incompleta, ya que la ley no castiga a los médicos que dejan de informar sobre la práctica de la asistencia al suicidio, y la *Oregon Health Division* no tiene autoridad para obligarles a informar<sup>32</sup>.

Pero aunque estos datos sean escasos, incompletos, y muchos los consideren incluso dudosos, son las únicas cifras oficiales. Hasta el momento se han publicado cuatro informes y las cifras más recientes se refieren al año 2001<sup>33</sup>. Por este motivo, ceñimos nuestro estudio de la experiencia de Oregón al cuatrienio 1998-2001<sup>34</sup>. El número total de suicidios médicamente asistido ha sido de 16 el primer año, 27 el segundo y el tercero, 21 el cuarto (con relación al total de fallecimientos en Oregón el mínimo fue de 6/10.000 y el máximo de 9/10.000).

Para verificar la existencia del fenómeno *pendiente resbaladiza* el primer requisito que hay que examinar es la plena voluntariedad con la que el enfermo solicita la asistencia al suicidio. En este campo existen sospechas fundadas de que una de las obligaciones del «médico tratante» y del «consultor» -evitar que pacientes con una depresión que «deteriore su capacidad de juicio» puedan solicitar la asistencia al suicidio<sup>35</sup>- no viene respetada. Con frecuencia, cuando un médico se ha negado a recetar el medicamento mortal a un enfermo por considerar que su solicitud era debida a una depresión, el paciente ha buscado otro médico que plantease menos problemas. Los médicos que han asistido al suicidio advirtieron en 1999 que el 20% de los enfermos que solicitaban la ayuda al suicidio manifestaban síntomas de depresión<sup>36</sup>. En el año 2000 enviaron a realizar la consulta psiquiátrica sólo al 18,5%. Estas cifras son demasiado pequeñas, si se tiene en cuenta que la

---

<sup>32</sup> La misma *Oregon Health Division* reconoce que es «difícil, si no imposible, detectar con precisión y comentar aquello que hay detrás de las fuentes de información (...). No podemos determinar si el suicidio asistido está siendo practicado fuera de la estructura de la ley» (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. Oregon Health Division. Center For Disease Prevention And Epidemiology, A.E. CHIN, K. HEDBERG, G.K. HIGGINSON, D.W. FLEMING, *Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon - The First Year's Experience*, 18.II.1999, The New England Journal of Medicine, 340 (1999) 583).

<sup>33</sup> La *Oregon Health Division* mantiene reservadas las cifras referentes al 2002 por motivos de confidencialidad, previsiblemente hasta febrero del 2003.

<sup>34</sup> Cfr. DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. Oregon Health Division. Center For Disease Prevention And Epidemiology, *Oregon's Death with Dignity Act: The First Year's...*, o.c., pp. 577-583. IDEM, *Oregon's Death with Dignity Act: The Second Year's Experience*, 23.2.2000, The New England Journal of Medicine, 342 (2000) 598-604. IDEM, *Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician-assisted suicide*, 22.II.2001, The New England Journal of Medicine, 344 (2001) 605-607. IDEM, *Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon, 2001*, 7.2.2002, The New England Journal of Medicine, 346 (2002), 450-452. Los informes son accesibles (15.I.2003) en <http://www.iaetf.org/sptlt2.htm>.

<sup>35</sup> Cfr. *Oregon's Death with Dignity Act*, Section I, nº 4; y Section III, nº 3.01.4 y nº 3.03.

<sup>36</sup> L. GANZINI, H. NELSON et al, *Physicians' Experiences with the Oregon death with dignity act*, The New England Journal of Medicine, 342 (2000) 557-563.

depresión afecta al 60% de los enfermos en fase terminal que solicitan el suicidio asistido, y al 80% de los suicidas en general, según numerosos estudios<sup>37</sup>. Que los médicos dejaran de detectar la depresión en bastantes casos parece confirmarlo el estudio publicado en 1999, donde sólo el 7% de los psicólogos de Oregón considera posible evaluar la capacidad mental de un paciente en una sola entrevista como pretende la ley<sup>38</sup>.

Existen datos que hacen posible demostrar la existencia de algunos casos de presiones familiares que disminuyen la libertad del enfermo<sup>39</sup>. Además, es indicativo que en el 2000 el 63 % de los suicidas manifestaron que el motivo que les llevaba al suicidio era sentirse una carga para sus familias. En el área económica hay una carencia de datos (los límites del informe oficial), pero no se puede excluir la existencia de presiones: por ejemplo, en 1999, mientras los médicos declararon que ningún paciente expresó preocupaciones financieras, cuatro de los suicidas estaban afiliados a *Medicaid*, un programa sanitario de Oregón para personas con problemas económicos<sup>40</sup>.

La decisión del enfermo debe ser, según la ley, una «decisión informada», es decir, basada en la apreciación de los hechos más relevantes y realizada después de haber sido completamente informado por el «médico tratante», entre otras cosas, de su diagnóstico, pronóstico y las alternativas viables: curas confortables, cuidados hospitalarios y control del dolor<sup>41</sup>. Sin embargo, la asociación *Compassion in dying*<sup>42</sup> envía con frecuencia los enfermos a médicos que recetan sin complicaciones los medicamentos mortales, y además el informe revela que algunos médicos conocían a sus clientes desde sólo dos semanas antes de recetarles sobredosis letales de medicamentos<sup>43</sup> (la legislación establece 15 días de

---

<sup>37</sup> H.M. CHOCHINOV et al., *Desire for death in the terminally ill*, American Journal of Psychiatry, 152 (1995) 1185-1191; J.H. BROWN et al., *Is it normal for terminally ill patients to desire death?*, American Journal of Psychiatry, 143 (1986) 208-211; K. BLANK et al., *Life-sustaining Treatment and Assisted Choices in the Terminally Ill*, Journal of the American Geriatric Service, 49 (2001) 153-161.

<sup>38</sup> Cfr. D.S. FENN, *Attitudes of Oregon Psychologists Toward Physician-Assisted Suicide and the Oregon Death With Dignity Act*, American Psychological Association, 30 (1999) 235-244.

<sup>39</sup> Podemos citar el caso de Kate Cheney, una mujer con el diagnóstico de un tumor inoperable, que solicita a su médico habitual la asistencia al suicidio, pero éste se niega. Acude a un segundo médico, que ordena su evaluación psiquiátrica. El psiquiatra se niega a dar un parecer conforme, basándose en la aparente demencia de Kate y en la presión que ejercita su hija para que cometa suicidio. De hecho, la hija solicita la opinión de un segundo psicólogo. Éste anota en la historia clínica: «La opción de Kate puede estar influida por los deseos de su familia, y su hija (...) tal vez un poco coactiva». Sin embargo consideró idónea a la enferma y ésta obtuvo su prescripción letal (Cfr. D. GIANELLI, *Kate*, American Medical News, 13.IV.1998).

<sup>40</sup> Cfr. DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. Oregon Health Division. Center For Disease Prevention And Epidemiology, *Oregon's Death with Dignity Act: The Second Year's...*, o.c., p. 600.

<sup>41</sup> Cfr. *Oregon's Death with Dignity Act*, Section I, nº 7.

<sup>42</sup> Esta asociación pro eutanasia nacida en Seattle en abril de 1993, procede de *Hemlock Society*. Peter Goodwin, director médico de la sociedad, en el primer caso público de suicidio asistido, consiguió el médico que recetó la dosis mortal de medicamentos a una enferma de cáncer (otro médico se la había negado anteriormente por considerar que la solicitud era debida a una depresión) y organizó la posterior conferencia de prensa, incluyendo una declaración grabada de la enferma solicitando la muerte. En 1998 la asociación reveló que había colaborado en el suicidio de 11 de los 16 enfermos. Cfr. B. SIEGEL, *A Legal Way Out*, The Los Angeles Times, 14.XI.1999. Proporcionó también la asistencia de un médico a 21 de los 27 suicidas en el año 2000. Según la misma información, la mayoría de los pacientes que buscaban adelantar su muerte tuvo que pedir a más de un doctor que le recetara medicamentos letales (Cfr. COMPASSION IN DYING, press release 20.II.2001).

<sup>43</sup> Cfr. DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. Oregon Health Division. Center For Disease Prevention And Epidemiology, *Oregon's Death with Dignity Act: The Second Year's...*, o.c., p. 601.

espera entre las dos solicitudes de asistencia al suicidio). Estos son casos en los que la relación médico-paciente se estableció sólo para cumplimiento del requisito legal.

La segunda condición, sufrir una enfermedad grave en fase terminal, la han cumplido –al menos en cuanto a la gravedad- la mayor parte de los enfermos: la patología más frecuente ha sido el cáncer. Pero los informes oficiales revelan paradojas que difícilmente resisten un análisis, como la del paciente que hizo uso de su receta mortal 247 días (más de 8 meses) después de que fuera prescrita, mientras que la ley exige una esperanza de vida menor de seis meses<sup>44</sup>.

El último requisito, el dolor insoportable, podemos afirmar con decisión que no se cumple casi nunca en Oregón. Quizás porque ni siquiera es un requisito que exija la ley para recibir asistencia al suicidio. Ya desde el primer informe sólo 2 de los 16 suicidas declararon que entre los motivos de su solicitud se encontraba la falta del tratamiento al dolor. El motivo principal que ha llevado a los enfermos a pedir al médico que les ayude a suicidarse ha sido la falta de autonomía<sup>45</sup>, así como la incapacidad de participar en papeles sociales importantes o la pérdida de control de las propias funciones. Además, ha sido evidente la existencia de enfermos a los que se les ayudó a suicidarse en vez de prestarles los cuidados paliativos que les servían<sup>46</sup>.

Hasta aquí los datos de que disponemos para comprobar la existencia o no del fenómeno de la *pendiente resbaladiza*. Una primera conclusión es la sorpresa que produce la existencia de un control tan leve –aunque sea el previsto por la ley- sobre un tema de tanta importancia sobre el que no es posible volver atrás. Por este motivo varios analistas de los informes oficiales subrayan que en la práctica no hay modo de saber el número exacto de muertes y las circunstancias reales que indujeron un suicidio asistido: entre el sistema de recogida de información y el carácter confidencial e incompleto de los datos, es muy difícil conocer el grado de cumplimiento de la ley<sup>47</sup>.

En cualquier caso, y a pesar de la escasez de datos, se observa un descenso a nivel B, falta de plena voluntariedad, en cuanto se admiten como candidatos al suicidio a personas con capacidad de juicio restringida como son los enfermos de depresión, y cuando no se exige al enfermo que tome su decisión irrevocable de una forma serena, después de haber sopesado todas las informaciones que le competen. En esta misma línea se ha probado la existencia de presiones por parte de los familiares y existen datos que indican asimismo presiones económicas. También se observa un ligero descenso al nivel C, porque aunque las enfermedades fueran todas graves, está claro que no todos los enfermos se encontraban en fase terminal. El descenso a nivel D es claro y fuerte, ya desde el punto de partida A, que ni siquiera prevé que se cumpla la condición del padecimiento de un dolor insoportable, ni

---

<sup>44</sup> Ibidem, p. 599.

<sup>45</sup> Lo declararon un 80% de los pacientes que se suicidaron en 1998, un 93% en el 2000 y un 94% en el 2001.

<sup>46</sup> L. GANZINI, H. NELSON et al, *Physicians' Experiences with...*, o.c., p. 560.

<sup>47</sup> Cfr. INTERNATIONAL TASK FORCE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE, *Oregon's 3rd annual assisted-suicide report: More on the same, Update*, 2001, Vol. 15, nº 1; accesible (15.I.2003) en <http://www.iaetf.org/sptlt2.htm>. D. AZEVEDO, *Assisted suicide is legal. Now what?*, Medical Economics, 11.V.1998. K. FOLEY y H. HENDIN, *The Oregon Report: Don't Ask, Don't Tell*, Hastings Center Report, 29/3 (1999) 37-42. B. KETTLER, *Stricken by ALS, Joan Lucas decides to die - then acts*, Mail Tribune (Medford-Oregón), 25.6.2000; C. HAMILTON, *The Oregon Report: What's Hiding behind the Numbers?*, Brainstorm, III.2000, accesible (15.I.2003) en <http://www.brainstormnw.com>. C.S. CAMPBELL, *Give me liberty and death: Assisted suicide Oregon*, Christian Century, 5.V.1999, accesible (15.I.2003) en [http://www.findarticles.com/cf\\_0/m1058/14\\_116/54588535/print.jhtml](http://www.findarticles.com/cf_0/m1058/14_116/54588535/print.jhtml).

cuenta con medidas para prevenir que se solicite la asistencia al suicidio por motivos fútiles. La ausencia de dolor en tantos pacientes terminales revela un buen nivel de medicina paliativa en Oregón, pero es una paradoja que esta misma medicina, se contente con ofrecer la asistencia al suicidio a un enfermo que se lamenta de la pérdida de su autonomía o del control de las propias funciones. Está claro que la ley no pretende ni siquiera cumplir la finalidad de ser el último recurso una vez que han fallado las curas paliativas.

## 5. La eutanasia en Holanda

Holanda destaca como la pionera en el campo de la eutanasia, no sólo por su legislación sino por la actitud de los médicos y de los enfermos frente a la eutanasia, y sobre todo, por la enorme frecuencia con la que se aplica. El itinerario recorrido antes de llegar a la situación actual es complejo, pero podemos intentar sintetizarlo como el paso por una serie de etapas consecutivas: en 1973 la primera sentencia prácticamente absolutoria de un caso de eutanasia<sup>48</sup>; en 1984 la despenalización; en 1993 la reglamentación de la eutanasia y en 2000 la liberalización de la misma.

La Corte Suprema sentenció en 1984 que la eutanasia no sería penalizada si se cumplen cinco condiciones: 1. La petición de la eutanasia debe venir únicamente del paciente y ser enteramente libre y voluntaria 2. Dicha petición debe ser estable, bien considerada y persistente 3. El paciente debe experimentar sufrimientos intolerables sin perspectivas de mejora 4. La eutanasia debe ser el último recurso 5. El médico debe consultar con un colega independiente con experiencia en este campo<sup>49</sup>.

El Gobierno reaccionó tomando dos resoluciones importantes: realizar una investigación para conocer cuál era realmente la magnitud de la práctica de la eutanasia y publicar un *Procedimiento de notificación* que el médico debería compilar al practicar la eutanasia. En 1991 se publicó el Informe Rummelink<sup>50</sup> con los resultados de la investigación. Las conclusiones que se han deducido de los datos del informe son diversas<sup>51</sup>, dependiendo sobre todo del concepto de eutanasia empleado. Los datos, referidos a 1990, son: 2.700 muertos por eutanasia voluntaria o suicidio asistido, 1.000 casos de eutanasia sin consentimiento, 6.900 pacientes a los que se les interrumpió el tratamiento que recibían con intención de acortar su vida, y 4.800 a los que se les aumentó la dosis de analgésicos hasta niveles letales con idéntica intención. Si consideramos la eutanasia como la actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano, casi el 12% de las muertes en Holanda al año son casos de eutanasia y el 7,8% del total de muertes es debido a eutanasia sin el

---

<sup>48</sup> Una semana de arresto menor en el caso "Potsma van Boren", Cfr. RECHTBANK (Corte de Distrito) Leeuwarden 21-II-73, NJ (Jurisprudencia holandesa) 1973, 183.

<sup>49</sup> Cfr. HOGE RAAD (Corte Suprema) 27.XI.84, NJ 1985, 106.

<sup>50</sup> P.J. van der MAAS, J.J.M. van DELDEN y L. PIJNENBORG, *Euthanasia and Others Medical Decisions Concerning the End of Life*, Lancet 338 (1991) 669-674. IDEM, *Medical Decisions Concerning the End of Life*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1992.

<sup>51</sup> Cfr. K.F. GUNNING, *The Rummelink report draws false conclusions from the research on euthanasia*, Katholiek Nieuwsblad, 8.X.1991; R. FENIGSEN, *Issues in Law & Medicine*, American Magazine, 3 (1991) 339-344; y P.J. van der MAAS, J.J.M. van DELDEN, L. PIJNENBORG, *Dances with data*, Bioethics, 7 (1993) 323-329. V.M. WELIE, *The Medical exception: Physicians, Euthanasia and The Dutch Criminal Law*, The Journal of Medicine and Philosophy, 17 (1992) 421-422.



consentimiento del paciente. Además, de todos estos casos, sólo 454 fueron notificados a las autoridades, y el resto fueron tratados como casos de muerte natural<sup>52</sup>.

Después de la publicación del informe, y por lo tanto, de intensificarse el debate, el Gobierno decidió continuar con el estudio de una nueva ley sobre la eutanasia. En el Senado encontró una fuerte oposición de los senadores democristianos, que consiguieron que en la nueva ley existiera una distinción clara entre la aplicación de la eutanasia a pacientes que la piden expresamente y a aquellos que no pueden manifestar su consenso, y otra distinción entre el dolor físico y el sufrimiento psicológico. El Gobierno hizo las modificaciones solicitadas y garantizó a estos senadores que el procedimiento no sería aplicable a personas incapaces de manifestar su voluntad<sup>53</sup>.

Se llegó así, el 30 de noviembre de 1993, a la «reglamentación» de la eutanasia que suscitó numerosas reacciones y comentarios en ámbito internacional. El ministro de justicia holandés Hirsch Ballin publicó algunos artículos<sup>54</sup> justificando el voto democristiano, el partido que encabezaba la coalición en el gobierno. Alegaba que la legalización de la eutanasia gozaban de un amplio respaldo popular<sup>55</sup> y que los médicos la practicaban casi sin control de los tribunales, por lo que su partido no había tenido más que dos posibilidades: oponerse férreamente a cualquier intento de legalización sabiendo que antes o después otros partidos terminarían por imponerla, o aceptar como inevitable la despenalización provocada por los tribunales, buscando mecanismos diversos de la legalización para controlar y restringir su práctica, sobre todo desarrollando medidas estrictas de seguridad (*strict safeguards*) que asegurasen la voluntariedad y evitasen la práctica abusiva. Esta segunda posibilidad permitía sortear definitivamente una legalización de la eutanasia que de otra forma parecía inevitable.

El partido democristiano eligió la segunda opción, publicando un reglamento administrativo por medio del cual la *notificación* de los casos de eutanasia adquiriría status de norma de legal, y el médico que la practicara se veía obligado a rellenarlo, permitiendo al Fiscal el control de los requisitos<sup>56</sup>. La eutanasia y la asistencia al suicidio continuaban siendo delitos tipificados en el código penal, pero el autor de la acción podía quedar sin

---

<sup>52</sup> Es muy alta la frecuencia con que los médicos falsifican o manipulan las actas de defunción, para que la muerte aparezca por causas naturales y no por eutanasia, escapando así al control de los tribunales. El mismo Gobierno admite en el Informe Remmelink que casi un 90% de los médicos no declaran las eutanasias que realizan. De los casos notificados ninguno fue llevado a proceso: es de suponer que todos ellos se cumplían escrupulosamente con las condiciones establecidas para estos casos por la Corte Suprema.

<sup>53</sup> «Durante los debates Parlamentarios sobre la “Opinión del Gobierno” y el subsiguiente Proyecto de Ley entregado para la enmienda de la “Ley Reguladora de la Inhumación e Incineración de Cadáveres”, Tweede Kamer (Parlamento), documentos II, 1992-1993, 22.572, que debía proveer la base legal a este Decreto, el contenido del presente Decreto fue estudiado en su totalidad, con el resultado de que varias partes del texto fueron elaboradas de forma más obligatoria y restrictiva» (Cfr. STAATSBLAD -Boletín de Actas, Ordenes y Decretos- 1993, nº 688, p. 1).

<sup>54</sup> Cfr. M. HIRSCH BALLIN, *Cristiano-democratici ed eutanasia*, Concilium 4 (1993) 741-744; IDEM, *Il reato di eutanasia: garanzie in caso di forza maggiore*, Quaderni di Diritto e politica Ecclesiastica 1 (1994) 53-58.

<sup>55</sup> Varias encuestas muestran que la eutanasia voluntaria goza de una aceptación amplia, cerca del 80% de la población, y un gran sector apoyan también algunas formas de la involuntaria. La mayoría de los médicos la ven favorablemente, el 54% la ha practicado una o más veces, la defiende la Real Sociedad de Médicos Holandeses (KNMG), la de Farmacéuticos (KNMP), el Consejo Sanitario, etc. Entre las diversas Iglesias, sólo la Católica la ha rechazado con claridad.

<sup>56</sup> Cfr. STAATSBLAD 1993, nº 643.

culpa si demostraba que cumplía las condiciones. La reglamentación de la eutanasia entró en vigor el 1 de junio de 1994<sup>57</sup>.

No habían pasado tres semanas cuando se atravesó el primero de los límites «infranqueables» (como le gustaba decir a Hirsch Ballin). La Corte Suprema no condenó a un psiquiatra, Dr. Chabot, acusado de asistir al suicidio de una paciente cuya única enfermedad era el padecimiento de una fuerte depresión. La enferma había solicitado explícitamente su deseo de morir y no estaba dispuesta a recibir tratamiento psíquico. Esta sentencia<sup>58</sup> provocó la primera ampliación de la ley; a partir de entonces la eutanasia se podía aplicar a un paciente que desee morir aunque no fuera un enfermo incurable en estado terminal. El Gobierno compartió la decisión de la Corte haciéndola suya, sin escuchar la decisión de la Corte Médica Disciplinar que amonestó a Chabot por no haber tratado médicamente la depresión de la enferma, esperando su resultado antes de realizar la asistencia al suicidio, y por considerar la paciente competente para tomar ese tipo de decisión<sup>59</sup>. Después de la sentencia, el Fiscal General retiró otras once acusaciones de casos de eutanasia de enfermos no terminales.

Un año después, en 1995, cayó el segundo de los «límites infranqueables», cuando el Parlamento admitió que la eutanasia se podía aplicar a los enfermos que experimentasen un sufrimiento psíquico o moral, y no sólo dolor físico. La Real Sociedad de Médicos manifestó una posición similar, al considerar que no revestía especial importancia la distinción entre sufrimiento somático o mental, o que el paciente se encontrase o no en fase terminal<sup>60</sup>.

Quizás un límite que se consideraba realmente «infranqueable» era que se pudiera aplicar la eutanasia a personas incapaces de manifestar su consenso (o disenso) sin sufrir consecuencias penales. Pero los tribunales han terminado por admitir también la eutanasia de niños recién nacidos con enfermedades graves. El primer caso, en marzo de 1993, fue una niña de tres días con lesiones en el cerebro y en la médula espinal. Como los resultados de la terapia no eran claros, los médicos decidieron no operar y, a petición de sus padres, un médico acabó con su vida mediante una dosis letal de anestésicos. La Corte de Justicia de Ámsterdam lo eximió de responsabilidad penal, a la vez que promovía el desarrollo de la jurisprudencia sobre los casos de eutanasia de recién nacidos con defectos congénitos<sup>61</sup>. Una semana más tarde una Corte de Distrito absolvía al Dr. Prins, un ginecólogo que había provocado la muerte de un niño de 26 días, enfermo de trisomía 13; aun cuando el cargo de asesinato había sido legalmente probado, la Corte encontró que su comportamiento era *justificable* y había actuado *responsablemente y de acuerdo con la ética médica vigente*.

---

<sup>57</sup> Sobre la práctica de la eutanasia después de la reglamentación, la nueva legislación y un análisis moral de la situación, Cfr. E. CASTILLO, *Diez años de eutanasia en Holanda. Una valoración moral*, Pontificia Universitas Sanctae Crucis, Roma 2003.

<sup>58</sup> En realizada la corte rechazó la defensa del Dr. Chabot porque no había consultado a un colega independiente (no porque el paciente no se encontrase en fase terminal), pero las especiales circunstancias del caso provocaron que no hubiera ninguna condena contra él. Cfr. HOGERAAD, NJ 1994, 656.

<sup>59</sup> Cfr. MEDISCH TUCHTCOLLEGE AMSTERDAM, *Psychiater berispt voor hulp bij zelfdoding. Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam*, 6-II-1995, Medisch Contact, 21 (1995) 668-674.

<sup>60</sup> Cfr. W.R. KASTELLIJN, *Standpunt Hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie 1995*, Medisch Contact, 33-34 (1995) 1037-1038.

<sup>61</sup> Cfr. Corte de Apelación de Ámsterdam, 7 de noviembre de 1995, TGR 1996/1.

Posteriormente, el 4 de abril de 1996, la Corte de Apelación llegó a la misma decisión<sup>62</sup>. Hay que considerar que la eutanasia neonatal no es una práctica anómala en Holanda: un sondeo de 1997 revela que el 45% de los neonatólogos han eliminado a recién nacidos con malformaciones con el consentimiento expreso de sus padres<sup>63</sup>.

Después de estos precedentes legales, se ha abierto la puerta a la posibilidad de practicar la eutanasia a personas que no pueden manifestar su consentimiento, siempre y cuando el enfermo padezca una enfermedad mortal y el tratamiento analgésico pueda acortar su vida como efecto secundario.

Mientras las salvaguardas de la ley se iban desmoronando, el Gobierno realizó el *Segundo Informe* sobre la eutanasia; una investigación destinada a verificar el aumento o disminución de la práctica de eutanasia, y si los médicos *notificaban* o no su práctica. Los resultados se publicaron en noviembre de 1996<sup>64</sup>. Con independencia de considerar un concepto de eutanasia restringido (3.600 muertos por eutanasia voluntaria o suicidio asistido y 900 casos de eutanasia sin consentimiento) o un concepto objetivo (11.200 pacientes a los que se les interrumpió el tratamiento que recibían con intención de acortar su vida y 7.200 a los que se les aumentó la dosis de analgésicos hasta niveles letales con idéntica intención), el resultado es el mismo: la práctica de la eutanasia aumentó un 20% desde la entrada en vigor de la ley.

Respecto al uso del *procedimiento de notificación* por parte de los médicos, aunque en el Segundo Informe se registra un aumento del número de casos notificados, se confirma que sólo una minoría de los médicos compila el cuestionario (igual que en el informe Remmelink). Y los pocos que lo rellenan no siempre lo hacen así, sino que a veces lo notifican y otras no. Esto parece ocurrir con el 52% de ellos, especialmente entre los médicos de mayor edad y aquellos que realizan la eutanasia o asisten al suicidio con más frecuencia (4 veces o más por año)<sup>65</sup>. Además, el informe confirma que los requisitos legales se violan con mayor frecuencia precisamente cuando no se hace la *notificación*<sup>66</sup>, y así se evitan los inconvenientes de una investigación por parte de las autoridades o el riesgo de un proceso legal. En cualquier caso, como se puede observar en el informe por el número tan pequeño de procesos que ha habido, el riesgo de un pleito es desdeñable. Incluso si la causa llega a juicio porque el médico ha incumplido manifiestamente los requisitos establecidos, lo normal es que el tribunal imponga una pena simbólica, la ausencia de sanción<sup>67</sup>, o que se haya llegado al proceso con la intención de convertirlo en

---

<sup>62</sup> Cfr. RECHTBANCK GRONINGEN, Parketnummer 070093-95. Cfr. Kadijk, Corte de Groningen, 13 de Noviembre de 1995, TGR 1996/2 y la Corte de Apelo de Leeuwarden, 4 de abril de 1996, TGR 1996/35.

<sup>63</sup> Cfr. A. van der HEIDE, P.J. van der MAAS, G. van der WAL, C.A.A. KOLLE, R. de LEEUW, R.A. HOLL, *Medical end of life decisions made for neonates and infants in the Netherlands*, Lancet 350 (1997) 251-255; y A. van der HEIDE, P.J. van der MAAS, G. van der WAL, C.A.A. KOLLE, R. de LEEUW, R.A. HOLL, *The role of parents in end of life decisions in neonatology: physicians' views and practices*, Pediatrics 3 (1998) 413-417.

<sup>64</sup> G. van der WAL, P.J. van der MAAS, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, (Eutanasia y otras decisiones médicas relacionadas con el fin de la vida. Práctica del *Procedimiento de Notificación*), Sdu Uitgevers, Den Haag 1996.

<sup>65</sup> Cfr. G. Van der WAL, P.J. van der MAAS, *Euthanasie...*, o. c., pp. 113-115.

<sup>66</sup> Cfr. *Ibidem*, Tabla 11.6.

<sup>67</sup> Sirva como ejemplo el caso del Tribunal de Ámsterdam que consideró culpable al médico que ayudó en 1998 a suicidarse a una persona de 87 años que pidió la eutanasia alegando que *estaba cansado de vivir*. La sentencia descartó que ésta sea una razón que justifique la eutanasia. Sin embargo, admitió que el médico actuó movido por *compasión*, por lo que *no* impuso ninguna condena.

un caso piloto para promover el desarrollo de la jurisprudencia, como los casos Chabot y Prins. Es obvio que el *procedimiento* no ha logrado conseguir un mínimo de control sobre la práctica de la eutanasia, como era la intención declarada del legislador.

En abril de 2002, después de su aprobación en las dos Cámaras (Parlamento y Senado) entró en vigor una nueva ley denominada *Ley de verificación de la terminación de la vida a petición y suicidio asistido*<sup>68</sup>. Una de las principales novedades es la modificación del Código Penal holandés para recoger una circunstancia eximente de responsabilidad criminal al delito de eutanasia y asistencia al suicidio. También confiere potestad a las *Comisiones Regionales de verificación*, unos órganos intermedios entre el forense y el fiscal, para comprobar el cumplimiento de los criterios que exige la ley, con capacidad de concluir el caso si estiman que el médico ha actuado legalmente o, en caso contrario, notificarlo al ministerio fiscal<sup>69</sup>. Se publica asimismo un nuevo *Procedimiento de notificación*, y se reconoce el valor legal de las declaraciones de voluntad realizadas por escrito, en las que el enfermo anticipa su decisión cuando teme poder llegar a encontrarse en condiciones de no poder ya expresarla. Pero quizás la novedad que más resaltaron los medios de comunicación fue la regulación de las peticiones de eutanasia por parte de menores de edad: entre los 12 y 16 años inclusive se exige el consentimiento de los padres, y entre los 16 y 17 años los menores pueden decidir de manera independiente, si bien los padres deben participar en la decisión final.

El primer requisito que hay que examinar para verificar la existencia de la *pendiente resbaladiza* es si existe o no una voluntariedad plena en el enfermo que solicita la eutanasia. Al estudiar el caso holandés se aprecia que, tanto las cortes judiciales como la Real Sociedad Médica, en casos de pacientes que sufren depresión, demencia u otra enfermedad psíquica, aun reconociendo que la capacidad de juicio del enfermo está comprometida, consideran cruel aplicar los requisitos legales de forma estricta, y aceptan que se practique la eutanasia. Lo mismo ocurre con recién nacidos minusválidos o pacientes en coma, que claramente no pueden expresar su voluntad: para acabar con sus vidas basta que el doctor y/o la familia opinen que el sufrimiento es insoportable y duden de la eficacia de los tratamientos<sup>70</sup>.

Por otro lado la Corte Suprema nunca ha definido qué significa una «petición completamente libre y voluntaria». Quizás por este motivo es frecuente encontrar en la bibliografía acusaciones a médicos que intentan coaccionar a sus pacientes, mujeres a sus maridos, hijos a sus padres, etc. Se imputa también a los medios de comunicación de haber bombardeado la sociedad, desde hace más de 30 años, con publicidad a favor de la eutanasia, describiéndola como un acto valeroso, sabio y progresista, lo mejor que se puede

---

<sup>68</sup> Cfr. EERSTE KAMER (Senado) 2000-2001, Wetsvoorstel (Propuesta de ley) *Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding* (Ley de verificación de la terminación de la vida y suicidio asistido) 26.691, n° 137.

<sup>69</sup> Antes era el médico el que debía probar que había cumplido las condiciones establecidas; ahora, es el Fiscal el que debe probar que el médico no cumplió los requisitos, antes de poder iniciar una causa legal. Esto es motivo para que el fiscal evite iniciar una causa en los casos dudosos o en los que se prevén dificultades para probar el no cumplimiento de las directrices establecidas.

<sup>70</sup> Cfr. CAL (Comisión para las acciones de terminación de la vida) KNMG, *Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel III: Ernstig demente Patiënten*, (Discusión sobre las acciones de terminación de la vida de pacientes incapacitados mentales. Cap. III: Pacientes con demencia grave), Utrecht 1993, pp. 40-50. IDEM, *Medical Treatment around the End of Life of Patients Who Cannot Form their Will*, Utrecht 1997.

hacer por la familia, por la sociedad y por uno mismo<sup>71</sup>. Por eso, hay pacientes que se sienten desprotegidos, ancianos que se niegan a ser internados en hospitales o a tomar las medicinas, minusválidos que se sienten amenazados<sup>72</sup>.

Existen pruebas razonables provenientes de diversas investigaciones que denuncian una extensión progresiva de la eutanasia no voluntaria o involuntaria: basta pensar en el Informe Rimmelink o en el Segundo Informe, al millar de eutanasias causada sin ninguna petición del paciente, de las cuales al menos la mitad se pueden considerar como involuntarias<sup>73</sup>. Es bastante complicado calcular la extensión de la eutanasia involuntaria, aunque estas investigaciones coinciden en afirmar que mueren tantos enfermos o más por la involuntaria que por la voluntaria, y entre las causas se señalan tanto el deseo del médico de acabar con casos de extremo sufrimiento convencido que actúa en beneficio del paciente, como la consideración de la falta de calidad de vida que lleva a considerar sin valor algunas vidas.

El segundo requisito, la condición de enfermo terminal, no es exigido por los tribunales desde el caso Chabot, y ni siquiera la Real Sociedad de Médicos la considera importante. Ya durante el debate parlamentario, temiendo un descenso por la *pendiente*, el Senador Egbert Schuurman, había predicho el peligro de que «los abogados de la eutanasia irán añadiendo nuevos criterios, por ejemplo *estar cansado de vivir*»<sup>74</sup>. Efectivamente, nada más acabar el debate, el propio Ministro de Sanidad Els Borst, en una entrevista, se mostró partidario de la así llamada píldora de suicidio (*Drion-pill*) para aquellas personas mayores que estuvieran cansadas de vivir<sup>75</sup>.

El último requisito, la indiferencia ante la distinción de sufrimiento somático o psicológico seguido de la aplicación de la eutanasia a personas con el dolor controlado o sin dolor, pero que la solicitan por otros motivos, ya hemos estudiado cómo se verifica. Pero es la falta de evolución de la medicina paliativa quizás uno de los efectos previstos por el argumento de la *pendiente resbaladiza* que con más claridad se ha cumplido en Holanda<sup>76</sup>. Cuando en 1993 se reglamentó la eutanasia, los cuidados paliativos en Holanda estaban subdesarrollados, pero el Gobierno parecía más preocupado por el debate de la eutanasia

---

<sup>71</sup> Cfr. R. FENIGSEN, *A Case Against Dutch Euthanasia*, Hastings Center Report, A Special Supplement, 1 (1989) 22-30. J. KEOWN, *Some reflections on the law relating to euthanasia in England and the Netherlands*, IX World Congress on Medical Law. Proceedings, Gante 1991, pp. 439-445.

<sup>72</sup> Cfr. T.M. SCHALKEN, *Nederlands Juristenblad* 1984, p. 38. ASOCIACIÓN HOLANDESA DE PACIENTES, *De Medicus* 93 (1985) 3. M. WAGNER, *Stervenshulp: wesen van patiënten*, *Medisch Contact* 49 (1984) 1569-1571. J.A. van der DOES de WILLEBOIS, *Een Magna Charta voor de verdedigers van het menselijk leven*, *Vita Humana* 11 (1984) 3-5. R. FENIGSEN, *Euthanasie: een weldaad?*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987. Un grupo de adultos con minusvalías importantes de Amersfoort envió una carta a los comités parlamentarios para Sanidad y Justicia, mientras se estaba debatiendo en las Cámaras la legislación sobre la eutanasia, en la que entre otras cosas declaraba: «Sentimos que nuestras vidas están amenazadas (...) Nos damos cuenta que suponemos un gasto muy grande para la comunidad (...) Mucha gente piensa que somos inútiles (...) Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte (...) Nos resulta peligroso y aterrador pensar que la nueva legislación médica pueda incluir la eutanasia» (*Nederlands Dagblad*, 1.IV.1988).

<sup>73</sup> Cfr. P.J. van der MAAS et al., *Euthanasia and Others...*, o.c., pp. 669-674. G. van der WAL, P.J. van der MAAS, *Euthanasie en andere...o.c.*, tablas 6.3 - 6.6. Cfr. también H.W.A. HILLHORST, *Euthanasie in het ziekenhuis*, *De Tijdstroom*, Lochem-Poperinge 1983. R. FENIGSEN, *Euthanasie: een weldaad?*, o. c. F.C.B. van WIJMEN, *Artsen en zelfgekozen levenseinde*, Vakgroep Gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1989, nº 24.

<sup>74</sup> Cfr. EERSTE KAMER, 9.IV.2001 (26):1223.

<sup>75</sup> Cfr. Entrevista al Ministro Els Borst, NRC HANDELSBLAD 14-IV-2001.

<sup>76</sup> Cfr. R. JANSSENS, H. TEN HAVE, *Le cure palliative in Olanda*, *Bioetica e Cultura*, 13 (1999) 23-31.

tratando de llegar a un consenso general a toda costa, que por buscar alternativas eficaces. Es difícil comprender cómo el Ministro de Justicia pudo afirmar en ese momento que «realmente no había otras alternativas»<sup>77</sup>. El Ministro de Sanidad del siguiente gobierno (del que no formaron parte los democristianos), en una carta enviada al Parlamento en 1996 reconoció una gran carencia de profesionales de asistencia paliativa, falta de coordinación y descuido de los programas de formación en este sector de la medicina<sup>78</sup>. Pero hasta el verano de 1997 no se produce una inversión económica sustancial del Gobierno (35 millones de florines) para mejorar el desarrollo de los cuidados paliativos, buscando aumentar la competencia, la instrucción y la organización. Aun así, el concepto de cuidados paliativos está aún en su infancia<sup>79</sup>, y la causa del retraso se atribuye -desde el exterior de Holanda y recientemente también en el interior-, a la eutanasia, que se ha convertido en una opción sustitutiva de estos cuidados, una opción rápida, barata y definitiva del problema del sufrimiento, que ha impedido el desarrollo de alternativas<sup>80</sup>.

Podemos concluir confirmando que el descenso a nivel B, ausencia de voluntariedad, ha sido un descenso fuerte: se ha permitido la eliminación de pacientes no competentes: depresión, dementes, enfermos psíquicos, recién nacidos minusválidos o pacientes en coma; no se han desarrollado mecanismos que puedan evitar las presiones (médicas, familiares o sociales); y existe una práctica extendida de eutanasia involuntaria que ha provocado además, una desconfianza y un deterioro de la convivencia.

En el nivel C, que admite tres grados de profundidad creciente, se han alcanzado todos: el primero, el más superficial, cuando se ha permitido la eliminación de enfermos incurables pero que no se encontraban todavía en estado terminal; el segundo con la eutanasia de los que no están en situación irreversible; y el tercero con la supresión de pacientes con enfermedades que se pueden curar. No es exagerado afirmar que se han bajado de un salto los tres grados, alcanzando el nivel más profundo, es decir, el fondo.

En el descenso a nivel D se ha alcanzado una profundidad considerable: de permitir la eutanasia a personas que padecían dolores intratables, se ha pasado a las personas con sufrimientos psíquicos, y de aquí a los que en realidad no experimentaban dolor, sino que tenían otros motivos para acabar con sus vidas. Además, la práctica de la eutanasia ha provocado en Holanda un considerable retraso en la aplicación de los cuidados paliativos, sobre todo con relación a sus vecinos europeos, del que todavía no se ha recuperado a pesar de que existe una reacción positiva.

Pero el argumento de la *pendiente resbaladiza* no se limita a pronosticar que una vez dado el paso A y aceptada la eutanasia en unos pocos caso límites, se producirán B, C y D.

---

<sup>77</sup> Cfr. M. HIRSCH BALLIN, *Il reato di eutanasia...*, o.c., pp. 53-58.

<sup>78</sup> Minister BORST, *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over palliatieve zorg in de terminale fase*. Ministerie VWS, Den Haag 18.04.1996. Cfr. también Z. ZYLICS, *Hospice in Holland. The story behind the blank spot*, *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 4 (1993) 30-34. R. BRUNTIK, *Het ene hospice is het andere niet* (El hospicio es diverso), *Pallium*, 1 (1999) 7-10.

<sup>79</sup> Cfr. J. P. A. JANSSENS, A. M. J. TEN HAVE, Z. ZYLCZ, *Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view*, *Journal of Medical Ethics*, 25 (1999) p. 410.

<sup>80</sup> Cfr. K. M. FOLEY, *Pain, physician-assisted suicide and euthanasia*, *Pain Forum*, 4 (1995) 163-178. Como declara Willem Budde, uno de los médicos de cabecera que forma parte de la CAL del KNMG, «la medicina paliativa se ha puesto en marcha en Holanda con cierto retraso. La habíamos frenado, ¿por qué no reconocerlo? Teníamos que haber empezado antes. Es una lástima no haber tenido conocimientos para aliviar los síntomas y para ofrecer apoyo psicosocial al paciente terminal y a sus familias...por haber centrado la atención en la eutanasia, no habíamos considerado otras alternativas» (Cfr. NRC Handelsblad, 22.XI.2001).

También sostiene que las medidas preventivas que intenten impedir este fenómeno están destinadas al fracaso, y al cabo de un tiempo las autoridades no perseguirán a los infractores de la ley o incluso la cambiarán, permitiendo comportamientos menos restrictivos. En Holanda, esta previsión ha sido acertada: los tribunales han eliminado varios de los límites considerados como «medidas estrictas de seguridad» introducidas por el Gobierno en 1993. Este, no ha conseguido controlar la práctica desde el momento en que la mayoría de los médicos no *notifican* los casos de eutanasia (es irreal pretender que el médico se autodenuncie cuando no ha cumplido con las condiciones establecidas), y es incapaz de verificar que se cumplen las medidas preventivas que restan. Por su parte los tribunales, a juzgar por el escaso número de procesos y la cantidad irrisoria de condenas, no parecen demostrar capacidad, o interés, en perseguir a los infractores de la ley.

El descenso por la *pendiente resbaladiza* ha sido en Holanda muy fuerte; las autoridades no han sabido o no han podido controlar la práctica ni a los trasgresores; las precauciones establecidas por la ley han desaparecido en parte; y la ley ha terminado permitiendo nuevos casos distintos de los iniciales.

## **6. El mecanismo interno de la «pendiente resbaladiza»**

Una vez que hemos comprobado que el fenómeno de la *pendiente resbaladiza* se ha producido en todos los países en los que la eutanasia o el suicidio asistido han sido legalizados, y que el descenso ha sido mayor conforme más tiempo ha transcurrido desde la legalización, proseguimos adelante con el estudio de la segunda forma de verificación. Pretendemos realizar una descripción del mecanismo que produce el descenso por la *pendiente*, las fuerzas que aceleran el deslizamiento, las que se oponen a este fenómeno y su posible capacidad de impedirlo, finalizando con la previsión sobre el posible recorrido, es decir, hasta dónde se puede esperar racionalmente que se produzca el descenso antes de que se detenga el movimiento.

Para ello nos será útil tomar en préstamo de la física un elemento didáctico muy interesante por las semejanzas que presenta con nuestro caso: el *plano inclinado*. Los elementos que lo constituyen son: una masa liberada en medio de una superficie de deslizamiento inclinada, un ángulo de inclinación denominado *pendiente*, una fuerza de gravedad que tiende a arrastrar la masa en dirección descendente, y una fuerza de rozamiento que se opone a este movimiento. Veamos como se aplica a nuestro caso.

### ***a. El motor de la pendiente resbaladiza: la fuerza de gravedad***

Abandonar una masa en medio de la superficie de deslizamiento sería, en nuestro caso, el paso A, una ley que autoriza la eutanasia o la asistencia al suicidio en los casos límite. Esta ley conlleva abolir el principio de inviolabilidad de la vida humana, que prohíbe la eliminación directa y voluntaria del inocente, en nombre del principio de autodeterminación, de la autonomía de la persona para decidir sobre lo que le incumbe sólo a ella. Una primera acepción presenta lo que algunos han denominado el silogismo irrefutable de la eutanasia: «soy libre para elegir sobre las cosas que me afectan a mí sólo, la muerte es una elección que exclusivamente me afecta a mí, debo de gozar de la capacidad

de elegir cuándo y cómo morir»<sup>81</sup>. Desde este punto de vista muchos han considerado el *derecho a morir* como la última de las libertades civiles<sup>82</sup>.

El principio de inviolabilidad no admite excepciones, ni deslizamientos: califica siempre la eliminación del inocente como un acto intrínsecamente malo. Se puede considerar realmente como una barrera inamovible, porque este principio no admite ni presión, ni cambios: o existe o no existe.

No pasa lo mismo con el principio de autodeterminación. Si se defiende que es cruel exigir que una persona sea mantenida en vida contra su voluntad, es más, que pertenece a la dignidad del enfermo en estado terminal la capacidad de elegir con libertad si quiere o no seguir viviendo<sup>83</sup>, la deducción obvia es que se le debe poder garantizar el derecho de autodeterminación. Pero todas las leyes que autorizan la eutanasia comienzan por limitar este derecho, colocando límites, barreras y medidas preventivas de control. Se crea así una situación de tensión, porque sólo se permite ejercer la autonomía a los enfermos en estado terminal con sufrimientos insoportables y se niega en los demás. Si la autonomía es el punto central y determinante, ¿por qué se debe requerir una enfermedad grave, o terminal, o dolor insoportable? No se puede afirmar la autodeterminación para luego limitarla a pocos casos sin crear una fuerza de presión que tienda a ampliar la eutanasia más allá de los casos previstos. Si el *derecho a morir* existe, y su base es la autonomía de la persona, es suficiente que la voluntad de morir exista –independientemente de las circunstancias- para que exista el derecho a ser aplicada. Por eso podemos considerar el principio de autodeterminación como un componente de la *fuerza de gravedad* que empuja hacia abajo por la pendiente, sobre todo en dirección a C.

Pero no es ésta la única componente de la fuerza que produce el deslizamiento. Existe otra, la compasión por el sufrimiento ajeno hasta el extremo de considerar un beneficio la acción de acabar con la vida de una persona como única forma de poner fin a sus padecimientos. Sin entrar en reflexiones sobre si una piedad que elimina al sujeto que sufre es verdadera o falsa<sup>84</sup>, existen muchos autores que sostienen que el principio de autodeterminación no es causa suficiente para la aplicación de la eutanasia. Es necesario además que el médico esté convencido de que la eutanasia es la única forma de producir un beneficio al paciente, porque el médico es en sí mismo un agente moral responsable, y no un simple instrumento del deseo del paciente. Mantienen que la eutanasia está basada tanto en el principio de autonomía como en el beneficio que causa al paciente. Y en ciertas circunstancias, como en los casos de sufrimiento extremo, afirman que está justificada la aplicación de la eutanasia sin el deseo explícitamente expresado del paciente, provocando así el alivio y descanso de estos sufrimientos, porque consideran que no cabe ningún otro

---

<sup>81</sup> Cfr. L.R. KASS, *Death with Dignity and the Sanctity of Life*, en M.M. UHLMANN, *Last Rights? Assisted suicide and Euthanasia debate*, Ethics and Public Policy Center, Washington 1998, pp. 218-219.

<sup>82</sup> Cfr. R. DWORKING, *Life's Dominion*, Harper Collins, London 1993, pp. 228-232.

<sup>83</sup> Cfr. una de las primeras declaraciones en este sentido, el *Manifiesto de los 40* (Le Monde, 12.1.1973). Entre los firmantes se encontraban tres premios Nóbel: Monod, Pauling y Thompson.

<sup>84</sup> «La eutanasia debe considerarse como una *falsa piedad*, más aún, como una preocupante “perversión” de la piedad. En efecto, la verdadera “compasión” hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyos sufrimientos no puede soportar» (JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 66).



tipo de actuación<sup>85</sup>. Esta es la fuerza que arrastra hacia la aplicación de la eutanasia no voluntaria, o incluso involuntaria, en pacientes no competentes, es decir, hacia B.

Además, si lo que cuenta es el dolor ¿quién determina cómo debe ser de grave el dolor para poder alcanzar el nivel que permita aplicar la eutanasia? Y si el punto determinante es la compasión -sentimiento del que elimina- frente al dolor -sentimiento del eliminado- parece complicado encontrar qué motivos distintos de los meros sentimientos son suficientes para autorizar que una persona elimine a otra. Y el problema se hace más complejo cuando se considera que tanto la compasión como el dolor son subjetivos, no se pueden medir ni regular. Defender el *derecho a la muerte* de enfermos con dolores insoportables no admite ninguna forma eficaz de control que pueda impedir el paso a D.

Aun existe una tercera componente de la *fuerza de gravedad* que, en los casos como el de Oregón, puede ser la más potente de todas: la estrategia diseñada por el movimiento pro-eutanasia. Este movimiento ha aprendido de los fracasos legales que ha sufrido y ha corregido sus errores, siempre con el convencimiento de que lo importante no es ganar o perder sino tomar una posición de denuncia permanente frente a las leyes que prohíben la eutanasia, ejerciendo una presión constante a través de demandas judiciales, publicidad, oferta de “servicios”, etc. Considera que la mejor forma de actuación es la lucha para conseguir la aprobación de textos diseñados para abrir brecha: leyes que autoricen la eutanasia sólo en unos pocos casos límite, y después ir ensanchando estos límites con una política de pequeños pasos. Por eso diseñan las leyes de forma que se puedan ampliar mediante recursos sin que quede afectada la integridad de la legislación<sup>86</sup>.

El movimiento pro-eutanasia no ha ocultado nunca su intención de ampliar las posibilidades de aplicación de la ley después de su aprobación, más bien lo ha anunciado reiteradamente. Son suficientes como ejemplo las declaraciones del presidente de la *Hemlock Society* en Oregón, afirmando que «éste es en sustancia un primer paso, al que seguirán otros» o que estaba «esperando la aprobación de la ley para recurrir inmediatamente ante la Corte Federal, y extender la inmunidad de la legislación no sólo a la asistencia al suicidio, sino también que los médicos pudieran matar directamente a sus pacientes»<sup>87</sup>. La actuación de los movimientos pro-eutanasia es otra componente de la fuerza de la gravedad que arrastra poderosamente pendiente abajo de forma deliberada, buscando eliminar todas las restricciones y medidas de precaución, intentando evitar que las autoridades persigan a los infractores, mientras que se esfuerza por ampliar la ley.

Son por lo tanto tres las componentes de la *fuerza de la gravedad* que producen el deslizamiento por la pendiente: la imposibilidad de restringir la autonomía cuando se acepta el *derecho a la muerte* basado en el principio de autodeterminación, la incapacidad de reglamentar sentimientos subjetivos como la compasión o el dolor, y la estrategia de los movimientos pro-eutanasia.

#### ***b. El freno de la pendiente resbaladiza: la fuerza de rozamiento***

En la *pendiente resbaladiza* de la eutanasia existe también una resistencia, un freno, que podemos denominar *fuerza de rozamiento*, que tiende a evitar que una ley sobre la eutanasia se escape al control de sus legisladores.

---

<sup>85</sup> Cfr. J.J.M. van DELDEN, L. PIJNENBORG y P.J. van der MAAS, *The Rimmelink Study: Two Years Later*, Hastings Center Report 6 (1993) 26.

<sup>86</sup> Cfr. por ejemplo la cláusula de divisibilidad de la *Oregon death with dignity act*, Sección V, nº 5.1.

<sup>87</sup> B.J. BALCH, *Oregon Legalizes Lethal Prescriptions*, National Right to Life News, 18.XI.1994.

No hay duda que el gobernante tiene los medios a su disposición para luchar y buscar que se respeten las medidas de precaución establecidas por la ley para impedir los abusos en la aplicación de la eutanasia. Puede decretar penas elevadas con carácter disuasorio, dirigir los esfuerzos policiales en la búsqueda y detención de los trasgresores, proporcionar a la medicina forense los recursos necesarios para detectar los casos ilegales de eutanasia dificultando su ocultación, estimular la labor del ministerio fiscal en la denuncia y persecución judicial de los que no cumplen la ley, etc. Está claro que un gobernante decidido tiene los medios necesarios para oponerse con mucha fuerza a la tendencia de esta práctica a escapar de las medidas preventivas previstas por la ley. Y dado que puede, tiene la obligación de impedir este fenómeno. La vigilancia y la voluntad del gobernante son, sin lugar a dudas, una componente importante de la fuerza que se opone al deslizamiento por la pendiente.

Pero ¿cuál es en realidad el valor de esta fuerza? Si la legislación de la eutanasia no reflejase la opinión y la voluntad de la mayoría sino sólo la voluntad de una parte, de una región o de un legislador aislado, bastaría esperar el cambio de Gobierno, o la actuación de un nivel superior de éste (como sucedió en el caso australiano), para derogar la ley en cuestión. Pero si la legislación de la eutanasia es una muestra de la voluntad popular o de una forma de consenso que manifiesta que una porción no pequeña de la población considera injusta la prohibición de la eutanasia, y el político considera que el ordenamiento jurídico de la sociedad debe limitarse a registrar las convicciones de la mayoría, será difícil que éste despliegue un gran celo en perseguir a los infractores, e incluso no será raro que declare que no puede hacer nada contra el querer de la colectividad. Esta situación que es la que predomina en los países donde se liberaliza la eutanasia, condiciona la *fuerza de rozamiento*, la capacidad de freno del legislador, transformándola en algo débil e ineficaz.

La segunda componente de la fuerza de resistencia es la percepción por la población de una nación del valor y dignidad de la vida humana. Si existe una apreciación no ya del principio de sacralidad de la vida humana, sino sólo de su dignidad, o al menos una capacidad de dar un significado al dolor, es bastante difícil que la eutanasia encuentre un gran nivel de aceptación popular, al menos en los casos más graves, y es una tarea más fácil evitar el descontrol. Ahora bien, es interesante constatar que la existencia de una práctica de eutanasia termina por producir un acostumbamiento, un adormecerse de la sensibilidad que despierta el hecho de que un ciudadano elimine a otro, llegando a convertirse en un tema trivial<sup>88</sup>. A esto hay que añadir que es precisamente en los países en los que se ha liberalizado la eutanasia donde domina una concepción relativista o utilitarista del valor de la vida humana y donde la influencia de los valores religiosos es más pequeña. En estas naciones el problema de la eutanasia ha sido reducido a la aceptación o rechazo de un dogma religioso, dogma que se considera que no debe ser impuesto a los no creyentes<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> Cfr. M. RUST, *Acceptance of the Unacceptable. Physician-assisted suicide, an issue in both Oregon and Michigan*, Insight on the News, 16.11.1998; accesible (15.I.2003) en [http://www.findarticles.com/cf\\_0/m1571/42\\_14/55710704/print.jhtml](http://www.findarticles.com/cf_0/m1571/42_14/55710704/print.jhtml).

<sup>89</sup> «Gran parte de los holandeses consideran que a la eutanasia sólo se opone un dogma religioso, y las razones no religiosas contrarias a la eutanasia (...) son desconocidas para muchos» (R. FENIGSEN, *Un caso de eutanasia: informe sobre la situación en Holanda*, Atlántida 5 (1991) 16). La secularización de la sociedad holandesa se refleja claramente en el índice de la pertenencia a una religión: 33% católicos, 29% protestantes, 2% musulmanes, 1% otros cultos y 35% declara no pertenecer a ningún credo (Cfr. Centraal Bureau voor Statistiek, 2002). Por lo que se refiere a Oregón, donde la influencia de la religión organizada es menor que en cualquier otra parte del país, la campaña contra la legalización del suicidio asistido fue identificada por buena

Podemos concluir que tanto la voluntad vigilante del que gobierna como la percepción del valor y dignidad de la vida humana son dos frenos que pueden impedir el deslizamiento por la pendiente. Por desgracia, precisamente en los países dotados de legislaciones que permiten la práctica de la eutanasia, es donde estas dos componentes de la *fuerza de rozamiento* cuentan con menos poder.

### *c. El deslizamiento hacia el fondo*

Antes de terminar este apartado interesa plantear un último problema. Con los datos que hemos analizado, ¿es posible determinar si el descenso por la pendiente es una simple teoría, un argumento más o menos probable o un fenómeno inevitable? La solución de este problema se reduce, como en la física, a una composición de fuerzas. En el caso de la *pendiente resbaladiza* las fuerzas que producen el deslizamiento actúan necesariamente una vez que se ha legislado la eutanasia porque son fuerzas tan inexorables como sus homólogas en la física: son indefectibles, no pueden dejar de hacer efecto. Sin embargo, las fuerzas que se oponen al deslizamiento son contingentes, relativas, puede que produzcan su efecto o puede que no, y si lo hacen son en general más débiles que las primeras. Mediante una sencilla composición de fuerzas se muestra la causalidad del razonamiento de la *pendiente resbaladiza*: el deslizamiento se produce inevitablemente, y los frenos únicamente están en condiciones de limitar la velocidad de descenso, pero no de evitarlo.

Por lo tanto, la pregunta que hay que plantearse, la única adecuada, no es si es posible que se dé el fenómeno, sino hasta dónde se va a producir el descenso y a qué velocidad.

La forma catastrófica de presentar el deslizamiento por la *pendiente resbaladiza* propone que de la legalización del suicidio asistido se pasará a la de la eutanasia voluntaria, de ésta a la aplicación sistemática de la eutanasia involuntaria a los enfermos no competentes, para terminar en la eliminación de enfermos mentales según el peor estilo eugenésico de la medicina nazi, en una situación parecida a la de los campos de exterminio.

Este catastrofismo se presenta como retórico y altamente improbable, aunque en realidad es difícil hacer una previsión sobre hasta dónde se puede esperar racionalmente que se produzca el descenso por la *pendiente*. Está claro que la situación varía de un país a otro, pero de la misma forma que en la física la *fuerza de rozamiento* aumenta con el incremento de la velocidad, la resistencia a la eutanasia se acrecienta conforme los abusos que se cometen son mayores. No parece posible que ni los gobernantes ni la población consientan que se cometan crímenes manifiestos sin reaccionar con fuerza.

Esta actitud nos permite determinar cuál es la situación a la que se llegará con bastante seguridad, que no será un retorno al nazismo, sino una disminución de la protección jurídica de la vida humana de los individuos más débiles e indefensos. Y los grupos más vulnerables son los que tienen problemas o incapacidad para defender por sí solos sus derechos: recién nacidos con malformaciones o adultos incompetentes para tomar este tipo de decisiones.

Antes del finalizar la descripción del mecanismo de la *pendiente resbaladiza* es interesante comentar dos aspectos particulares. Si en Holanda el descenso por la *pendiente* ha sido más evidente se debe en parte a que la eutanasia ya se había convertido en una práctica consolidada entre los médicos antes que se produjera su legalización. No podemos

---

parte de la opinión pública con el movimiento pro-vida y con la Iglesia Católica, de forma que la campaña a favor del suicidio asistido no estuvo exenta de un tono anti-católico (Cfr. M. RUST, *Acceptance...*, o.c.).

considerar que el paso A, la despenalización, haya consistido simplemente en abandonar una masa en mitad de un plano inclinado, sino que más bien la masa ha sido *lanzada* a gran velocidad en dirección descendente por el plano, y por eso ha caído hasta una mayor profundidad. Y en Oregón, que el descenso por la pendiente no haya sido tan considerable se debe a la existencia de una presión fuerte por parte del Gobierno Federal que ha intentado (sin éxito por la oposición del mismo Estado) derogar la ley, prohibir la distribución o la receta de medicamentos letales, etc., demostrando así que la voluntad del gobernante es un freno eficaz del deslizamiento.

## 7. Conclusiones

Como nos habíamos propuesto, hemos verificado el fenómeno de la *pendiente resbaladiza* por dos caminos distintos. Por un lado hemos comprobado la existencia de este fenómeno en los países donde ha sido aprobada la aplicación de la eutanasia o del suicidio asistido, demostrando que en todos ellos se ha aplicado la eutanasia o la asistencia al suicidio fuera de las condiciones establecidas para los casos límite, que las medidas preventivas no han sido capaces de impedirlo y que las autoridades no han perseguido a los infractores. Donde ha trascurrido más tiempo desde la legalización (Holanda), se ha producido también una ampliación de la legislación. Y por otro lado hemos mostrado cómo no es una teoría basada en la posibilidad de que se originen unas consecuencias indeseables, sino que, describiendo las fuerzas que lo producen y las que se oponen a él, hemos determinando la necesidad causal de que se produzca el deslizamiento.

Podemos afirmar que en caso de legalización de la eutanasia o del suicidio asistido, el descenso por la pendiente es inevitable, aunque según las circunstancias propias de cada país se puede producir a distintas velocidades. Lo que al inicio del trabajo denominábamos teoría o tesis -que una vez dado el paso A, es sólo cuestión de tiempo que se cumplan los pasos B, C o D-, podemos considerarlo como el *principio de la pendiente resbaladiza*.

El efecto que produce este *principio* es bastante grave: la desprotección jurídica de los grupos más vulnerables de la sociedad, de los que carecen de medios para defenderse o están en situación precaria.

Una vez probada la existencia de este efecto, la primera consecuencia es que el legislador se encuentra en la obligación grave no sólo de no promulgar (despenalizar, reglamentar o liberalizar) este tipo de leyes, sino incluso con el deber de intentar revocarlas, por más que una parte de la sociedad esté pretendiéndolas insistentemente, gocen de gran apoyo popular o sean una práctica consolidada, porque es imposible impedir los abusos. Esta es una convicción que se está difundiendo cada vez más entre los gobernantes. Sirvan como ejemplo las palabras pronunciadas por el Dr. Herranz en el Senado Español durante un debate sobre la eutanasia: «Lord Walton of Trenchant, presidente de la Comisión de Sanidad de la Cámara de los Lores, cuando por cuarta vez en lo que va de siglo se introdujo un proyecto de legislación de eutanasia en el Reino Unido, tuvo la feliz idea, como buen empirista, pues era un médico muy pegado a lo material, de decir: “no podemos opinar de eutanasia si no vemos la eutanasia en acción”. Así, junto con los ocho miembros de la Comisión, estuvo tres meses en Holanda visitando los centros, interrogando a los médicos y viendo a las familias y a los pacientes. Al regresar, estableció la norma de que *es imposible poner límites a una legislación sobre eutanasia*»<sup>90</sup>.

---

<sup>90</sup>G. HERRANZ, Comparecencia en el Senado, 16.VI.98, nº 307, p. 5.

La gravedad de los efectos que produce este principio exige una limitación del ejercicio de autodeterminación del paciente en lo que hace referencia al presunto derecho de decidir cómo y cuándo procurarse la muerte. Aunque el enfermo considere que «ninguno debe imponer a otro sus creencias», es decir, «que si alguien no está de acuerdo con la eutanasia es muy libre de no practicarla, pero no puede obligar a nadie a que muera de una forma que considera indigna», el legislador cumple su deber cuando niega la eliminación de los enfermos que lo soliciten voluntariamente, porque evita la supresión violenta de otros. Esta competencia, limitar la autonomía para prever consecuencias indeseables, es un deber del legislador que desarrolla con frecuencia y en ámbitos muy diversos: por ejemplo, actúa de forma análoga cuando limita la velocidad máxima en carretera para evitar accidentes y salvar vidas, limitación que se extiende a todos los conductores aunque sean pilotos de Fórmula uno.

Desde el punto de vista de la Teología Moral es muy interesante formular la pregunta de hasta dónde el legislador es moralmente responsable de las consecuencias del *principio de la pendiente resbaladiza*. Ya hemos estudiado en el primer apartado que este tipo de leyes son injustas y la autoridad no puede promulgarlas sin cometer una injusticia<sup>91</sup>. Nos encontramos por tanto ante un acto moralmente malo (legalizar la eutanasia) que tiene efectos malos (indefensión de los más débiles): estos efectos pueden aumentar la malicia del acto, porque no podemos olvidar que las consecuencias adquieren relieve moral en la medida en que son - o debieran ser - previstas y voluntarias<sup>92</sup>.

Las consecuencias del deslizamiento por la *pendiente* son previsibles, aunque no se quieran directamente y aun se traten de evitar. De hecho han sido previstas por muchos y el Magisterio ha advertido repetidamente sobre este peligro. Por lo tanto, el legislador no puede objetar que estos efectos sean imprevisibles o que sean consecuencias accidentales no imputables a la legislación: antes bien, son efectos que siguen *per se* al acto de legislar y no *per accidens*, y por lo tanto deberían ser previstos.

Además de previstos, podemos afirmar que los efectos de la *pendiente resbaladiza* son voluntarios, no porque sean queridos en sí mismos, sino porque los efectos malos tienen relieve moral aunque sólo sean permitidos. No se pueden permitir voluntariamente sino al contrario, hay que procurar impedirlos, porque los efectos malos son imputables cuando no son explícitamente impedidos por quien debe y puede hacerlo. El gobernante está obligado a impedirlos por razón de su cargo, porque la responsabilidad de impedir el mal es mayor en las autoridades que en los simples ciudadanos. Además puede evitarlos, tiene la posibilidad de impedirlos, en cuanto tiene la capacidad de no promulgar este tipo de leyes; y no porque tenga la posibilidad de evitar los efectos malos que, como ya hemos estudiado, no hay forma de evitar.

Dado que se cumplen todos los criterios de imputabilidad de las consecuencias (previstas, permitidas, no impedidas teniendo la obligación y la posibilidad) podemos concluir que el gobernante es moralmente responsable de los efectos negativos de la *pendiente resbaladiza*, es moralmente culpable de sus consecuencias.

Como recuerda Juan Pablo II sobre el sentido de responsabilidad de los individuos investidos de autoridad, «nadie puede abdicar jamás de esta responsabilidad, sobre todo

---

<sup>91</sup> Cfr. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., n° 71.

<sup>92</sup> Cfr. E. COLOM, A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Elegidos en Cristo para ser Santos. Curso de Teología Moral Fundamental*, Palabra, Madrid 2000, pp. 188-200.

cuando se tiene un mandato legislativo o ejecutivo, que llama a responder ante Dios, ante la propia conciencia y ante la sociedad entera de decisiones eventualmente contrarias al verdadero bien común»<sup>93</sup>. Esta responsabilidad debe llevar no sólo a evitar promulgar leyes que dejen sin protección el «derecho a la vida» sino a esforzarse en promover una mentalidad y unas costumbres acordes a la dignidad de la persona.

En esta línea no puede bastar a un político, comenzando por el cristiano, conformarse con evitar la promulgación de leyes contra la vida o esforzarse por eliminar aquellas que ya existen. La responsabilidad que tiene de asegurar el bien común le empuja a adoptar las decisiones que, teniendo en cuenta sus posibilidades concretas, lleven a promocionar y poner en práctica una estrategia a favor de la cultura de la vida, comenzando por «eliminar las causas que favorecen los atentados contra la vida»<sup>94</sup>.

El alivio del dolor, hoy más que nunca un «dolor curable» con los medios adecuados de la analgesia y de los cuidados paliativos; la asistencia del paciente, prestándole una adecuada ayuda humana y espiritual; el reconocimiento en la petición de eutanasia de una manifestación extrema del paciente que quiere recibir más atención, cercanía humana, y cuidados adecuados, elementos que a veces faltan en los hospitales: son estos los medios principales que se deben contraponer a cualquier intento de legislar la eutanasia.

---

<sup>93</sup> JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, o. c., nº 90

<sup>94</sup> *Ibidem*.