Globethics Repository

La práctica del suicidio asistido en Oregón y la «pendiente resbaladiza» [Assisted suicide in oregon and the «slippery slope»]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Vega Gutiérrez, Javier
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-11 23:30:45
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203755

LA PRÁCTICA DEL SUICIDIO ASISTIDO EN OREGÓN Y LA «PENDIENTE RESBALADIZA»

ASSISTED SUICIDE IN OREGON AND THE «SLIPPERY SLOPE»

Javier Vega Gutiérrez
Profesor Titular de Medicina Legal
javiervega1@gmail.com

Resumen

La «pendiente resbaladiza» (PR) es un argumento muy utilizado en el ámbito de la Bioética, válido si se emplea correctamente, y que nos señala con certeza las consecuencias previsibles —y evitables por tanto— que se producirán en el caso de liberalizarse algunas prácticas en contra de la vida y de la dignidad del ser humano. Según la PR, las medidas preventivas arbitrarias que intenten impedir este fenómeno no pueden funcionar. Aplicado al caso del suicidio asistido y la eutanasia, se propone un esquema[1] que aplicaremos al caso de Oregón para intentar verificar empíricamente la PR. Previamente, se analiza la legislación y los datos disponibles sobre estas prácticas en este Estado.

Palabras clave: euthanasia, pendiente resbaladiza.

Abstract

Slippery slope is a very used argument in Bioethics that can be valid if it is correctly used and that shows us, doubtless, the predictable —and, so, susceptible to

1 Para su elaboración se tiene en cuenta lo que han escrito diferentes autores acerca de la PR en la eutanasia, así como el camino jurídico de las leyes liberalizadoras de su práctica.

be avoided— consequences that will be produced in case of becoming more liberal some practices against life and dignity of the human being. According to slippery slope, the arbitrary and preventive measures that try to hinder this phenomenon cannot work. Applied to assisted suicide, a scheme is proposed for the Oregon case in order to test empirically the slippery slope. Previously, legislation and available data about these practices in that state are analyzed.

Key words: euthanasia, Oregon State, slippery slope.

1. La Ley de Suicidio Asistido de Oregón

A. Precedentes

El suicidio médicamente asistido es legal en Oregón (USA) desde noviembre de 1997[2]. La ley que lo permite, la *Oregon's Death With Dignity Act* (DWDA), es un ejemplo vivo del debate en el que la sociedad está inmersa en esta materia. Vamos a exponer a continuación el desarrollo legislativo del suicidio asistido en este Estado[3].

La liberalización del suicidio médicamente asistido fue promovida en Oregón por el movimiento pro-eutanasia[4]. La iniciativa, llamada *Measure 16* (M-16), contenía el proyecto de la *Oregon's Death With Dignity Act*. Dicho proyecto de ley proponía facilitar a los pacientes que lo desearan, bajo unas determinadas condiciones y procedimientos, una «muerte humana y dignificada», mediante la ingestión de medicamentos para acabar con su vida de modo indoloro; ponía especial énfasis en la seguridad del paciente, extendiéndose en las garantías para protegerle. Señalaba explícitamente: «Nada en esta ley debe ser interpretado en el sentido de autorizar a un médico o a otra persona a acabar con la vida de un paciente por medio de una inyección letal, muerte por compasión o eutanasia activa. Las acciones tomadas de acuerdo con esta ley no constituirán suicidio, suicidio asistido, muerte por compasión u homicidio»[5].

a) El referéndum de 1994

En el diseño de la campaña a favor de la M-16 participaron de forma importante

2 Como es sabido, también Bélgica tiene una ley de eutanasia desde el año 2002, y Holanda, país en el que la eutanasia y el suicidio asistido estaban despenalizadas en la práctica desde hace tres décadas, aunque la ley de eutanasia entró en vigor en 2002, como en el caso belga.

3 El itinerario legal del suicidio médicamente asistido en Oregón se encuentra descrito detalladamente en uno de los trabajos precedentes de la línea de investigación en la que se encuadra nuestro estudio: R. Aguado, El cuidado al enfermo terminal. La experiencia de la eutanasia en Oregón (USA), Universidad Pontificia de la Santa Cruz, Roma 2003.

4 Con la finalidad de impulsar la iniciativa de la ley de suicidio asistido en el Estado de Oregón, se fundó en 1993 la sociedad Oregon Right to Die, dependiente de la sociedad pro-eutanasia Hemlock Society.

5 Cfr. Oregon's Death With Dignity Act: the first year's experience, en «The New England Journal of Medicine» 340 (1999) 577.

el Dr. Timothy Quill, que era conocido por haberse acusado públicamente de proporcionar un fármaco letal a una paciente[6], y Derek Humphry, presidente de la *Hemlock Society*. La mayor parte del presupuesto de la campaña a favor de la M-16 se invirtió en la publicidad televisiva, y su lema central era la «seguridad» que ofrecía la legislación. La campaña en contra fue también sobre todo televisiva, pero tardó tiempo en organizarse, y se centró en sus riesgos potenciales. En el referéndum del día 8 de noviembre de 1994, el 51% de los votantes de Oregón respaldó la M-16[7].

b) El periodo de suspensión de la ley: 1994-1997

El 7 de diciembre, el juez federal Michel R. Hogan, de la Corte de Distrito de Oregón, publicó una sentencia que bloqueaba la entrada en vigor de la ley[8]. El 3 de agosto de 1995, el mismo juez federal declaró inconstitucional la DWDA por considerar que violaba la *Equal Protection Clause* de la 14ª Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos, según la cual todas las personas, en circunstancias similares, deben ser tratadas de modo similar[9]. Sin embargo, la orden de suspensión que bloqueaba la DWDA fue removida por la Corte de Apelación del 9º Distrito Federal (*Ninth Circuit Court of Appeals*) el 27 de octubre de 1997. En esta fecha, la asistencia médica al suicidio comenzó a ser una opción legal en Oregón, que pasó a ser el único Estado de la Unión que admitía el suicidio médicamente asistido.

c) El segundo referéndum

El 13 de mayo de 1997, a instancias del movimiento pro-vida, encabezado por *Physicians for Compassionate Care*, el Parlamento de Oregón admitió presentar a referéndum la *Measure 51* (M-51)[10], cuyo objeto era dejar sin efecto la *Death With Dignity Act* (DWDA). Se fijó para la nueva consulta electoral la fecha de 4 de noviembre de 1997, y en ella el pueblo de Oregón manifestó su parecer favorable a la ley del suicidio asistido, rechazando la M-51 con el 60% de los votos[11]. Hasta la fecha la DWDA está vigente en Oregón, aunque la Corte Suprema de los Estados Unidos ha aceptado el 22 de febrero de

6 Cfr. T.E. Quill, Death and dignity. A case of individualized decision making, en «The New England Journal of Medicine» 324 (1991) 691-694.

7 Cfr. Section of State's Office, Official Results (Measure 16). Un voto del 51% —627.980 votantes—, frente al 49%, 596.018 votantes; Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, 10-III-2005, en http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml, pp. 6 y 7 (acceso el 12-III-2005).

8 La sentencia respondía al recurso promovido por la Catholic Conference de Portland y por la Asociación nacional Right to life.

9 Cfr. G. Anzani, Neanche un plebiscito abroga la vita, en «Avvenire», 5-VIII-1995; P. Mastrolilli, La giustizia ferma l'eutanasia, en «Avvenire», 5-VIII-1995.

10 La autorización del referéndum de la Measure 51 se encuentra en la Oregon House Bill 2954.

11 Section of State's Office, Official Results (Measure 51). Un voto del 60% —666.275 votantes—, frente al 40%, 445.830 votantes.

2005 estudiar el recurso presentado contra ella por el Fiscal del Tribunal Supremo, John Ashcroft[12].

La ley de suicidio médicamente asistido de Oregón, *Oregon's Death With Dignity Act*, permite que cualquier residente de dicho Estado mayor de 18 años, en uso de sus plenas facultades mentales, y que sufra una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida, pueda solicitar a su médico una receta de medicamentos cuya finalidad es terminar con su vida. La ley hace referencia, entre otros, a los requisitos de la plena voluntariedad y a la condición de enfermo terminal para poder solicitar ayuda médica al suicidio, pero no exige que existan «dolores insoportables»[13]. Tampoco se exige ningún «filtro» paliativo, por lo que el suicidio no se considera como una «última» opción.

Vamos a exponer los puntos más importantes de esta ley relacionados con el tema que nos ocupa, el estudio de la voluntariedad y de la condición de enfermo terminal.

B. Plena voluntariedad

El objetivo de la DWDA es proporcionar a los enfermos en fase terminal el derecho a una «muerte humana y dignificada» a través de un medio bien preciso: el paciente toma por sí mismo una dosis de medicamentos que acaba con su vida[14]. Así queda claro que el enfermo se provoca la muerte a sí mismo. Tanto el médico tratante como el médico consultor deben confirmar que el paciente es capaz, que su petición es voluntaria, y que no sufre depresión u otra enfermedad que lo incapacite[15].

El paciente que quiere la colaboración del médico para suicidarse ha de solicitarlo dos veces verbalmente, con un intervalo mínimo de 15 días, y una vez por escrito, antes de poder obtener la prescripción letal. La petición escrita tiene que estar firmada por dos testigos, y han de trascurrir al menos 48 horas entre la petición escrita y la entrega de la receta[16].

La ley aconseja, pero no obliga, que se realice una pericia psiquiátrica del paciente que solicita el suicidio, antes de llevarlo a cabo, si en opinión de uno de los médicos el paciente sufre algún problema psicológico que hace dudar de su capacidad mental[17]. Asimismo, la ley sugiere notificar a la familia la solicitud del paciente[18].

12 Cfr. Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 7. El motivo es que en USA existe un control federal sobre las sustancias que no pueden ser utilizadas para fines no médicos, como es el caso del suicidio asistido.

13 La ley de eutanasia belga exige además de la plena voluntariedad que existan dolores insoportables, pero no que el enfermo esté en situación terminal, y no contempla el suicidio asistido. La ley holandesa sí contempla el suicidio asistido además de la eutanasia activa voluntaria, exige plena voluntariedad y dolores insoportables, pero no se comtempla ya que se trate de enfermos terminales.

14 Cfr. Death With Dignity Act, art. 2.1.

15 Cfr. Ibidem, art. 3.2.

16 Cfr. Ibidem, art. 3.6.

17 Cfr. Ibidem, art. 3.3.

18 Cfr. Ibidem, art. 3.5.

El médico que primariamente atiende al paciente debe comunicar al enfermo la existencia de tratamientos médicos alternativos, y el paciente puede revocar su petición en cualquier momento, sea cual sea su estado mental. El médico no está obligado a acompañar al paciente en el momento de la muerte[19].

C. Condición de enfermo terminal

Según la ley, el papel del médico en el suicidio del paciente es el de recetar los medicamentos necesarios, después de cumplir una serie de responsabilidades[20]. En particular, para que un paciente reciba asistencia al suicidio debe tener un pronóstico de vida no superior a seis meses, según el parecer del médico que le atiende[21]. Dicho pronóstico debe ser confirmado por un segundo médico[22].

La ley otorga a los médicos inmunidad ante sanciones legales o profesionales por participar en el suicidio de los pacientes. Basta que el médico argumente que «participó» en el suicidio «de buena fe»[23]. Por otro lado, la ley asegura que esta práctica queda sujeta a regulación y control público[24]. La DWDA garantiza que ningún médico está obligado a participar en la asistencia a un suicidio, ni a enviar el paciente que lo desee a otro médico dispuesto a colaborar en el suicidio[25]. En el caso de que su paciente recurra a un segundo médico para quitarse la vida, la ley establece que el primer médico ha de proporcionar al segundo el historial clínico del paciente[26].

Una vez expuestos el camino jurídico de la legislación y los puntos principales de la ley, exponemos en el apartado siguiente cómo se ha aplicado.

2. El fenómeno de la PR en Oregón

A. Los informes oficiales

El Estado de Oregón cuenta con tres millones seiscientos mil habitantes[27]. Según la DWDA, la *Oregon Health Division*[28] debe recoger y publicar anualmente un informe estadístico sobre el cumplimiento y aplicación de la ley. Los datos se recogen a través de los informes que han de rellenar médicos y farmacéuticos, los certificados de defunción y las entrevistas a los médicos[29].

Según el Séptimo informe, que recoge las estadísticas del año 2004, y resume las de los seis años anteriores[30], en este último

19 Cfr. Ibidem, art. 3.7.
20 Cfr. Ibidem, art. 3.1.
21 Cfr. Ibidem, arts. 2.1 y 1.1.
22 Cfr. Ibidem, art. 3.2.
23 Cfr. Ibidem, art. 4.1.
24 Cfr. Ibidem, art. 3.11.
25 Cfr. Ibidem, art. 4.1.
26 Cfr. Ibidem, art. 4.1.
27 Cfr. http://quickfacts.census.gov/qfd/states/41000.html
28 Actualmente la Oregon Health Division se denomina Oregon Department of Human Services.
29 El sistema de recogida de información y el carácter confidencial e incompleto de los datos no permiten conocer bien el grado de cumplimiento de la ley. Además ley requiere que se informe de los suicidios asistidos, pero no hay penas para los que no lo hagan.
30 Cfr. Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., pp. 4 y 5.

año se produjeron 40 casos de personas de Oregón que murieron a causa de los medicamentos letales recetados conforme a la DWDA; los médicos habían prescrito dichos medicamentos a 60 personas. En el resto de los años las cifras son las siguientes: en 1998 se prescribieron 24 recetas letales; 33 en 1999; 39 en el año 2000; 44 en 2001; 58 en 2002 y 67 en 2003. El número de prescripciones ha ido en aumento cada año, excepto en 2004.

El número se suicidios médicamente asistidos anuales desde 1998 hasta 2004 inclusive ha sido de 16, 27, 27, 21, 38, 42 y 40 respectivamente. El número de suicidios ha ido creciendo cada año, salvo en 2001, que se registraron 6 casos menos que en el año 2000, y en 2004, que ha habido dos casos menos que en 2003. Es de reseñar que de las 325 prescripciones letales que ha habido durante estos años, fueron ingeridas 208, por lo que 117 pacientes cambiaron de opinión y no se suicidaron. Estos datos, y las tasas de suicidio asistido estimadas en relación al número de muertes en Oregón, pueden verse en la Tabla 1[31].

Otros datos recogidos en los informes oficiales de estos años, y que nos parece de interés exponer aquí, hacen referencia a los motivos por los cuales los pacientes solicitan colaboración médica para suicidarse; los casos en los que se ha acudido a una evaluación psiquiátrica del enfermo; las complicaciones que ha habido tras la ingestión del medicamento letal, y el tiempo medio que han tardado en morir después de dicha ingestión[32].

Respecto a los motivos de la solicitud de ayuda al suicidio, es preciso señalar que con frecuencia se asocian varios de ellos en cada paciente, y que en el año 2003 empezó a preguntarse al paciente por primera vez sobre «el miedo a perder la dignidad», por lo que sólo tenemos datos de los dos últimos años. Como puede verse en la Tabla 2, los motivos más frecuentemente alegados son subjetivos y expresan el miedo al futuro: a perder autonomía, «dignidad», a ser una carga para los familiares, amigos o cuidadores...

Respecto a la evaluación psiquiátrica de los enfermos que solicitaron ayuda para suicidarse, ha habido solamente 32 casos en estos años (Tabla 3). La ley

31 Cfr. G. Chin, K. Hedberg, G. Higginson, Legalized physician assisted suicide in Oregon-The first year's experience, en «New England Journal of Medicine» 340 (1999) 577-583; A.D. Sullivan, K. Hedberg, D. Fleming, Legalized physician-assisted suicide in Oregon- The second year, en «New England Journal of Medicine» 342 (2000) 598-604; A.D. Sullivan, K. Hedberg, D. Hopkins, Legalized physician assisted suicide in Oregon, 1998-2000, en «New England Journal of Medicine» 344 (2001) 605-607; K. Hedberg, D. Hopkins, K. Southwick, Legalized physician assisted suicide in Oregon, 2001, en «New England Journal of Medicine» 346 (2002) 450-452; K. Hedberg, D. Hopkins, M. Kohn, Five years of legal physician assisted suicide in Oregon, en «New England Journal of Medicine» 348 (2003) 961-964; Oregon Department of Human Services, Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, 10-III-2004, en http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/pas.cfm (acceso el 5-VII-2005); Idem., Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c.

32 Cfr. Ibidem.; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, 5 Years under Oregon's Assisted Suicide Law, en http://www.internationaltaskforce.org/orstats.htm (acceso el 6-III-2005).

Tabla 1. Prescripciones médicas letales y suicidios médicamente asistidos en Oregón.

Años	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Total**
Prescripciones méd. letales	24	33	39	44	58	67	60	**325**
Suicidios méd. Asistidos	16	27	27	21	38	42	37	**208**
Tasa de suicidios (/10.000)	5,5	9,2	9,1	7	12,2	13,6	12	**9,8**

Tabla 2. Motivos para solicitar asistencia al suicidio.

Categorías	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Miedo a perder autonomía	12	21	25	16	32	39	32
Miedo a perder la capacidad de disfrutar de las actividades	11	22	21	13	32	39	34
Miedo a perder la dignidad*	-	-	-	-	-	31	29
Miedo a perder el control de las funciones corporales	9	16	21	9	18	24	24
Miedo a ser una carga	2	7	17	4	14	16	14
Control inadecuado del dolor o temor a padecer dolor	2	7	8	1	10	9	8
Implicaciones económicas del tratamiento	0	0	1	1	1	1	2

* Esta cuestión empezó a evaluarse en el informe de 2003.

Tabla 3. Enfermos terminales que han solicitado ayuda para suicidarse y han sido remitidos para evaluación psiquiátrica.

Año	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Total**
Pacientes remitidos al psiquiatra	5	10	5	3	5	2	2	**32**

establece que el médico tratante envíe a los enfermos de los que dude sobre su capacidad mental, para evaluación psiquiátrica y tratamiento, si procede.

Respecto a las complicaciones que han surgido tras la ingestión del medicamento letal, los informes oficiales de estos años reseñan 10 casos de regurgitación del fármaco, y 4 casos en los que se desconocen. También se reseña que tras la ingestión del fármaco letal la muerte se produjo en un rango de tiempo que va desde los 4 minutos a las 48 horas, con una media de 25 minutos. Existen 15 casos en estos 7 años en los que se desconoce cuánto tiempo tardó en morir.

B. El descenso por la PR

El esquema que utilizaremos para verificar el fenómeno de la PR en el caso de Oregón son el siguiente:

El paso o **nivel A**, que nos coloca en el inicio de la PR, es una ley que autoriza el suicidio médicamente asistido[33] cuando se cumplen tres requisitos: 1º plena voluntariedad, 2º condición de enfermo terminal, 3º padecer dolores insoportables.

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el n**ivel B** se produciría cuando se permiten los casos no voluntarios e involuntarios (ancianos dementes, enfermos con perturbaciones mentales, etc.).

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el **nivel C** se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar.

El descenso por la pendiente hasta alcanzar el **nivel D** se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

También el fenómeno de la PR sostiene que se producirá un retraso en el desarrollo de la Medicina paliativa y del tratamiento del dolor **(nivel E)**, y que si se legaliza el suicidio médicamente asistido se legalizará la eutanasia activa voluntaria o viceversa (**nivel F**).

Vamos a analizar los diferentes niveles a continuación.

3. El requisito de plena voluntariedad

El requisito de la plena voluntariedad es considerado como el primero de todos en este tipo de leyes. Veremos a continuación que no se respeta siempre en Oregón.

Como vimos en la Tabla 1, en estos años ha habido 325 pacientes a los que se recetaron fármacos letales para que se suicidaran, y de ellos, 117 cambiaron de opinión posteriormente y no lo hicieron. Esto demuestra que la decisión, de estos solicitantes al menos, no era firme, sino que era cambiante. Son datos que parecen confirmar una vez más cómo los deseos de morir de los pacientes terminales fluctúan mucho a lo largo de la enfermedad, y que cuando los manifiestan, en la ma-

33 El suicidio médicamente asistido se considera una forma de eutanasia.

yoría de las ocasiones no están pidiendo realmente la muerte[34].

Para la DWDA, plena voluntariedad significa que la petición de suicidio médicamente asistido sea voluntaria y libre, en ausencia de presiones externas. 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» del diagnóstico, del pronóstico y de las alternativas posibles.

Vamos a ir viendo distintos aspectos que afectan a la voluntariedad de la decisión de suicidarse, como son la existencia de presiones económicas, la actuación del médico, las presiones familiares y los trastornos mentales.

Presiones económicas

La existencia de problemas económicos puede ser un factor importante que afecte a la plena voluntariedad. Como vimos en la Tabla 2, han aducido este motivo para suicidarse 7 personas. Además, el 36% de los pacientes pertenecían a los programas sanitarios *Medicare* y *Medicaid*[35]. Los informes no distinguen entre *Medicare*, para personas de edad, y *Medicaid*, programa al que pertenecen sólo personas sin recursos económicos. Este último programa en Oregón paga la asistencia al suicidio (unos 45 dólares), pero no paga muchas intervenciones médicas[36].

Podemos afirmar, por tanto, que en un cierto número de casos las implicaciones económicas en el tratamiento de la enfermedad han contribuido a tomar la decisión de solicitar el suicidio.

Actuación del médico

Sobre la actuación médica, recordamos brevemente qué dice la DWDA: Tanto el médico tratante como el médico consultor deben confirmar que el paciente es capaz, que su petición es voluntaria, y que no sufre depresión u otra enfermedad que lo incapacite. El paciente que quiere la colaboración del médico para suicidarse ha de solicitarlo dos veces verbalmente, con un intervalo mínimo de 15 días, y una vez por escrito, antes de poder obtener la prescripción letal[37]. Además la ley aconse-

34 Los deseos esporádicos de morir son comunes entre los enfermos terminales; según diferentes estudios se ha visto su evolución en el tiempo. Así, en un periodo de sólo 12 horas, la voluntad de vivir de un paciente terminal puede fluctuar un 30% o más. En periodos de un mes, esta fluctuación llega al 70%. Al principio, la ansiedad constituye el principal factor de inhibición de la voluntad de vivir, a ésta le sucede la depresión y, a medida que se aproxima el fallecimiento, las dificultades respiratorias pasan a primer plano. Cfr. H.M. Cochinov, Desire for death in the terminally ill, en «American Journal of Psychiatry» 152 (1995) 1185-1190.

35 Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 24.

36 Cfr. «Oregonian» 26-IV-1999; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, en http://www.internationaltaskforce.org/orrpt6.htm (acceso el 5-VII-2004).

37 Además la petición escrita tiene que estar firmada por dos testigos, y han de trascurrir al menos 48 horas entre la petición escrita y la entrega de la receta. Por otro lado, el médico debe comunicar al enfermo la existencia de tratamientos médicos alternativos.

ja que se realice una pericia psiquiátrica del paciente si uno de los médicos duda de su capacidad mental por padecer algún problema psicológico. Para recibir asistencia al suicidio el enfermo debe tener un pronóstico de vida no superior a seis meses, según el parecer del médico que le atiende, pronóstico que debe ser confirmado por un segundo médico.

Respecto a las exigencias de la DWDA que acabamos de recordar, veremos claramente que no se han cumplido en varios casos. En algunos de ellos no se conocía suficientemente al enfermo y no se respetaron los plazos legales, en otros casos no se acudió a una evaluación psiquiátrica probablemente indicada, o no está clara la independencia, o no se pronosticó el tiempo de vida. Por otro lado en varios suicidios hubo complicaciones o la muerte no se produjo en breve plazo.

Así, según los informes oficiales, en todos estos años existen casos en los que la relación médico-paciente se estableció 15 días antes de que se recetara el fármaco letal, justo el tiempo mínimo legal exigido[38], pero en los años 2000 y 2002 hubo al menos un caso cada año en el que la receta se entregó una semana después de que el enfermo contactara con el médico, y en el año 2001 hubo al menos un caso en el que esto ocurrió en un tiempo inferior a una semana[39].

En este sentido, la sociedad pro-eutanasia *Compassion in Dying* dirige con frecuencia los enfermos hacia médicos dispuestos a recetar los medicamentos letales en el tiempo legal mínimo establecido entre las dos solicitudes de asistencia al suicidio[40]. En estos casos es evidente que la relación médico-paciente se establece sólo para que se cumplan los requisitos legales.

Además, en el 41% de los casos en los tres primeros años de vigencia de la ley, porque a partir del cuarto informe ya no se incluye esta categoría, los suicidas tuvieron que acudir a más de un médico, ya que el primero de ellos se negó a recetar el fármaco letal; tanto los pacientes como las familias pueden seguir buscando al médico que lo haga, y no hay forma de conocer si se trataba de un enfermo incapaz o no terminal[41].

En todos estos casos, sin duda, no se ha respetado la plena voluntariedad conforme a la DWDA, y sin que haya habido repercusiones legales para los facultativos, que ni tan siquiera están obligados por la ley a que informen de las prescripciones letales que hagan con fines suicidas[42].

---

38 Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 25.

39 International Task Force on euthanasia and assisted suicide, 5 Years under Oregon's assisted suicide law, o.c., p. 1.

40 Según su director, el Dr. Goodwin, el 75% de los pacientes que mueren en Oregón por suicidio asistido lo hacen por los medicamentos letales que proporcionan los médicos relacionados con esta sociedad pro-eutanasia (Cfr. International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 3).

41 Ibidem.

42 Cfr. «The American Medical News» 7-IX-1998; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 1.

Por otro lado, es de señalar también que en todos los años ha habido enfermos que han tardado más de un día en morir, tras la ingestión del fármaco prescrito[43], y en otros ha habido complicaciones, como vimos en la Tabla 4, algunas de las cuales no se incluyen en los informes oficiales[44].

Presiones familiares

Las presiones de los familiares, amigos o cuidadores, pueden ser también un factor muy importante que afecte a la plena voluntariedad que exige la DWDA.

Sin duda esto se confirma cuando en estos años, según los informes oficiales, 74 pacientes aducen como motivo para suicidarse el temor a ser una carga para los demás (Tabla 2). Otras informaciones muestran la existencia de presiones familiares que disminuyen la libertad del paciente, como veremos en el epígrafe siguiente.

Enfermedades mentales

Por último los trastornos mentales pueden ser, sin duda, un factor objetivo muy importante que afecte a la plena voluntariedad del sujeto por disminuir o anular su capacidad intelectiva y volitiva.

Existen diferentes datos que confirman que no se respeta una de las obligaciones que la ley impone al médico tratante y al médico consultor: evitar que pacientes con un deterioro de su capacidad de juicio puedan ser ayudados a suicidarse. Además, si un médico considera que la petición de suministrar un medicamento letal es debida a una depresión y se niega a hacerlo, el paciente puede simplemente buscar otro médico que se lo facilite.

Como vimos en la Tabla 3, en estos años solamente 32 pacientes (de los 325 a los que se recetó el fármaco letal) fueron enviados previamente al psiquiatra para evaluar su grado de capacidad, y por tanto su plena voluntariedad. El porcentaje de pacientes al que se ha evaluado su capacidad ha sido por tanto del 9,8% en estos años, y la ley lo señala si se sospecha de su capacidad de juicio. Esta cifra es tan pequeña, sobre todo algunos años, que pude afirmarse que en un cierto número de casos se evita la consulta psiquiátrica y los médicos no diagnostican la depresión[45]. Esto contrasta con numerosos trabajos en los que se comprueba que la depresión afecta a la mayoría de los enfermos en fase terminal que solicitan el suicidio, y a los suicidas en general[46]. Además, en el año 1999 hubo

43 Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 25.

44 Cfr. «Oregonian» 17-I-1999, 23-III-2000; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 2.

45 Cfr. International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., pp. 2 y 3.

46 Cfr. E. Emanuel, D.L. Fairclogh, E.R. Daniels, Euthanasia and physician assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public, en «The Lancet» 347 (1996) 1805-1810; H. Hending, Suicide, assisted suicide and euthanasia, en Harvard Guide to Suicide Assessment and Intervention, ed. Jacobs D.G., San

10 consultas psiquiátricas y 33 recetas, que supone un porcentaje del 30% de pacientes evaluados psiquiátricamente, y en el año 2004 hubo 2 consultas y 60 recetas, que supone un 3%. En esta tendencia a la baja se muestra la «pendiente»; las prescripciones aumentan con los años y las consultas disminuyen.

Otros estudios manifiestan acerca de la depresión que no se ha podido determinar si de hecho es menos común en Oregón en personas que solicitan una prescripción letal, o si los médicos por error no diagnosticaron en alguno de los casos tal depresión[47]. Además, y por poner un ejemplo, sólo el 7% de los psicólogos de Oregón considera que es posible evaluar la capacidad mental de un paciente a efectos de la DWDA en una sola entrevista[48].

Sobre estos aspectos destacan dos casos conocidos: el primero es el de una anciana que padecía cáncer y depresión. Su médico habitual se negó a recetarle la prescripción letal, y por ello se buscó otro médico, que también se negó por considerar que padecía una depresión. Los familiares entonces se dirigieron a la sociedad *Compassion in Dying*, y su director médico, Peter Goodwin, determinó que se trataba de «un candidato apropiado». Por ello este doctor remitió el caso a un colega que le recetó por fin el fármaco letal, poco más de dos semanas después de conocerla. El primer caso conocido de suicido asistido en Oregón fue, pues, el de una enferma que no era plenamente capaz[49].

Otro caso conocido es el de Kate Cheney, una mujer anciana diagnosticada de un tumor inoperable y una demencia incipiente. Su médico habitual se negó a prescribirle un fármaco letal para cometer suicidio, y acudió entonces a un segundo doctor quien ordenó una evaluación psiquiátrica. Entre otras cosas al psiquiatra no le pareció que Kate deseara explícitamente el suicidio y manifestó que tenía dificultades con la memoria a corto plazo. Por ello, el segundo doctor se negó a extender la prescripción letal en base a la aparente demencia de la mujer, añadida a las presiones que ejercía su hija para que cometiera suicidio. Kate pareció aceptar la opinión del médico, mientras su hija se

---

Francisco 1999, pp. 540-560; N.G. Hamilton, C.A. Hamilton, Therapeutic response to assisted suicide request, en «Bulletin Menninger Clinical» 63 (1999) 191-201; E.J. Emanuel, Attitudes and practices of US oncologists regarding euthanasia and physician assisted suicide, en «Annales International Medicine» 133 (2000) 527-532; W. Breibart, Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer, 284 (2000) 2907-2911.

47 Cfr. L. Ganzini, H. Nelson, K. Smith, Physicians'experiences with the Oregon Death with dignity act, en «New England Journal of Medicine» 342 (2000) 557-563. La realidad parece dar la razón a Ganzini cuando concluye en el artículo que los juicios de los psiquiatras, al dictaminar sobre la competencia de un paciente a efectos de la ley de suicidio asistido, se ve influenciada por su postura ética ante el suicidio.

48 Cfr. D.S. Fenn, Attitudes of Oregon psychologists toward physician-assisted suicide and the Oregon Death with dignity act, en «Journal of American Psychological Association» 3 (1999) 235.

49 Cfr. «Oregonian» 26-III-1998; «Los Angeles Times» 26-III-1998; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 3.

molestó por ello. Se solicitó entonces una segunda opinión de un psicólogo, que dictaminó que Kate Cheney podía suicidarse conforme a la DWDA, a pesar de anotar en la historia clínica que la opción de la paciente podía estar influida por los deseos de su familia y quizá por las presiones de su hija. A pesar de todo ello se la consideró idónea y capaz, y se le entregó la correspondiente receta letal[50].

Del análisis de los datos disponibles acerca de la práctica del suicidio médicamente asistido en Oregón, aunque sean datos escasos, podemos deducir en relación a la PR que en estos años se ha producido en Oregón un descenso al **nivel B**, falta de plena voluntariedad. Hemos visto que existen presiones por parte de los familiares en algún caso, y que existen datos también que indican posibles presiones económicas. Por otro lado se conocen casos de enfermos con la capacidad de juicio disminuida, como son los enfermos con depresión, a los que se ha recetado el fármaco letal para ayudarles a suicidarse. También hemos visto que no se exige al enfermo que tome su decisión irrevocable tras la información completa acerca de otras alternativas y de reflexionar sobre su decisión.

4. El requisito de enfermedad en fase terminal

El sufrir una enfermedad grave en fase terminal, se ha cumplido al menos en cuanto a la gravedad en la mayor parte de los casos; la patología más frecuente ha sido el cáncer[51]. En la mayoría de los casos se desconoce el periodo de tiempo transcurrido entre la recepción de la prescripción letal y el tiempo de la muerte[52], pero sí se sabe de varios casos en los que no se cumplió con el requisito previsto en la DWDA: las prescripciones letales deben limitarse a los pacientes con una expectativa de vida de 6 meses o menos, pues se suicidaron más de seis meses después de obtener la receta[53].

Así, de las prescripciones hechas en este último año, 35 pacientes murieron tras ingerir el medicamento prescrito en 2004, y otros dos más murieron por medicamentos prescritos en el año anterior. En 2003, 39 pacientes murieron tras la ingestión del medicamento letal recetados ese año, otros dos más murieron por los medicamentos prescritos en 2002, y un tercer paciente murió en 2003 por un medicamento recetado en 2001; en total se produjeron 42 muertes por suicidio médicamente asistido en 2003. Por ingestión de medicamentos letales recetados en años anteriores a los del suicidio hubo un caso

50 Cfr. «Oregonian» 17-X-1999; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 3.

51 Department of Human Services, Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., pp. 20 y 21.

52 L. Ganzini, H. Nelson, K. Smith, Physicians'experiences with the Oregon Death With Dignity Act, en «New England Journal of Medicine» 342 (2000) 557-563.

53 Además el Department of Human Services no autoriza que se investigue a los médicos. Cfr. «New England Journal of Medicine» 24-II-2000, p. 599; «Hastings Center Report» Jan.-Feb. 2000, p. 4; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 3.

en 1999 y otro en 2000, y en 2001 y 2002 murieron 2 pacientes cada uno de esos años por este motivo[54].

Con estos datos podemos decir que existe también un descenso al nivel C, pues claramente no todos los enfermos se encontraban en fase terminal. En varios casos el pronóstico de vida fue ampliamente superior a los seis meses señalados por la ley.

5. El requisito de dolor insoportable

El requisito del padecimiento de dolores insoportables, podemos afirmar que habitualmente no se cumple en Oregón. Ni siquiera es un requisito que exija la ley para solicitar la asistencia médica al suicidio, como ya vimos. En los siete años de aplicación de la ley, el 80% de los enfermos que se suicidaron conforme a la DWDA manifestaron que tenían un adecuado control del dolor. Como puede verse en la Tabla 2, los motivos más frecuentemente alegados son subjetivos y expresan el miedo al futuro: a perder autonomía, «dignidad», a ser una carga para los familiares y allegados..., y solamente en 45 ocasiones en estos años se ha alegado el temor a un control inadecuado del dolor, que no significa que esos pacientes lo padeciesen[55]. Esto confirma que no han existido «dolores insoportables» en la mayoría de los suicidios, sino sufrimientos psicológicos por miedo al futuro, y también que existe un tratamiento del dolor aceptable en los enfermos terminales de Oregón.

El descenso al nivel D se ha producido ya desde el primer momento (desde el paso A). En la DWDA, como vimos, la existencia de dolores insoportables no es un requisito legal para su aplicación. Además, el padecer dolor y/o el miedo a padecerlo tras conversar con el médico, no es uno de los principales motivos para solicitar el suicidio. Las solicitudes se han aceptado por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc. Esto sugiere que la ley no pretende que la ayuda médica al suicidio sea un «último recurso».

6. Se producirá un retraso en el desarrollo de la Medicina paliativa y del tratamiento del dolor

Aunque haya varios casos de suicidas a los que no se ofrecieron los cuidados paliativos que necesitaban[56], con los datos que tenemos parece que existe un nivel aceptable del tratamiento del dolor en Oregón. Solamente en 45 ocasiones en estos años se ha alegado un control inadecuado del dolor, y como hemos dicho no significa

54 Cfr. Department of Human Services, Sixth Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 24; Idem., Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., p. 24.

55 Cfr. Idem., Department of Human Services, Sixth Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act, o.c., Table 4; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 4.

56 Cfr. K. Hedberg, D. Hopkins, M. Kohn, Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon, en «New England Journal of Medicine» 348 (2003) 961-964.

que los pacientes mismos lo padecieran. Según una nota del el sexto informe, se incluyen también en esta categoría los que manifiestan miedo a paceder dolor, y en el séptimo informe se dice «control inadecuado del dolor o algo relacionado con esto». Esto confirma que no han existido «dolores insoportables» en la mayoría de los casos; esto sin duda es un freno en el número de suicidios asistidos. Con los datos disponibles podemos concluir que no existe un descenso al nivel E.

7. El paso del suicidio asistido a la eutanasia activa

Como prevé la PR, también puede verse en el caso siguiente que el suicidio asistido lleva a la eutanasia[57]. Se trata del caso de Patrick Matheny, a quien su cuñado Joe Hayes le ayudó a ingerir las pastillas letales, pues por su enfermedad Matheny no podía hacerlo[58]. Jurídicamente esta «ayuda» marca la diferencia entre suicidio asistido y eutanasia. Cuando salió a la luz pública el caso Matheny, las autoridades decidieron no presentar cargos contra el «ayudante» porque los objetivos de la Ley se habían cumplido[59].

Como consecuencia del caso Matheny, el *Deputy Attorney* General del Estado de Oregón, afirmó que Oregón debería promover una modificación razonable de la ley para que, los pacientes incapaces que no se puedan suicidar ellos mismos, puedan recibir la ayuda necesaria[60]. Como hemos dicho, la DWDA prohíbe expresamente la eutanasia; ahora bien, la propia lógica de los conceptos e ideas que subyacen en la ley de suicidio asistido, lleva a que uno de los máximos responsables jurídicos del Estado de Oregón admita la eutanasia voluntaria. De momento lo pide para ciertos casos, pero la *ratio* sigue ahí, y tendrá que seguirse ampliando.

8. Conclusión

Por todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar que en el caso de Oregón se ha producido el fenómeno de la PR tras la legalización del suicido médicamente asistido. Aunque los datos oficiales son deficientes y la ley lleva aún pocos años de vigencia, hemos verificado que durante este tiempo ha ido aumentando casi todos los años el número de prescripciones letales y el de suicidios médicamente asistidos[61]. Ha habido varios casos que han salido a la luz pública en los que el enfermo no era plenamente capaz por tener depresión o demencia y

57 La DWDA expresamente prohíbe la eutanasia: «Bajo ningún concepto podrá ser utilizada para que un médico, o cualquier otra persona, pueda terminar la vida de un paciente con una inyección letal, o para amparar ningún tipo de eutanasia activa», Death with dignity act, 3.14.

58 Cfr. «Oregonian» 17-I-1999, 11-III-1999; International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 2.

59 Cfr. «American Medical News» 13 (1999) 10.

60 Carta desde el Departamento de Justicia al Senador Neil Bryant, 15-III-1999.

61 Desde el primer año, el número de suicidios médicamente asistidos ha crecido más del 250%, y puede ser aún mucho mayor (cfr. International Task Force on euthanasia and assisted suicide, Six years of assisted suicide in Oregon, o.c., p. 1).

en otros casos existían ciertas presiones familiares y económicas, pudiéndose afirmar que no se cumplió el requisito de plena voluntariedad en todos ellos. Hemos visto que otros suicidas no se encontraban en situación terminal, varios de ellos, según los informes oficiales, murieron despúes de los seis meses de la prescrición letal, y en ningún caso se investiga y mucho menos se persigue a los médicos. Tampoco han sido los dolores insoportables una causa importante de la solicitud de suicidio, pues parece aceptable el tratamiento del dolor en este Estado. Y por último, puede verse la tendencia a que se legalice la eutanasia activa voluntaria en el caso del paciente que no podía ingerir él mismo y le ayudó un pariente con total impunidad, a pesar de que la DWDA afirma que de ninguna manera se tolerará esto; en el mismo sentido destacan las palabras del *Deputy Attorney* General del Estado de Oregón pidiendo una ampliación de la ley para que pueda «ayudarse» a morir a los que sean incapaces de suicidarse.

Recibido 11-10-2006
Aceptado 29-11-2006