

Las leyes de eutanasia se aplican a miles de casos por depresión, discapacidad y a no terminales



Sophía Kuby, directora de *EU Advocacy*, *ADF International* (Bélgica), a la izquierda, y Gayle Atteberry, que fue directora ejecutiva de *Oregon Right to Life* (EEUU), participaron junto a ponentes de otros países (Canadá, Holanda, Colombia, Reino Unido, Portugal, Italia, Francia y España) en el *Seminario Internacional Cuidados Paliativos y Sociales vs. Eutanasia*, celebrado en el Congreso de los Diputados, organizado por la *Fundación Valores y Sociedad* y otras asociaciones cívicas.

Iñigo Barreda. El efecto que tienen las leyes de eutanasia o las de suicidio asistido en los países donde se han aprobado es perverso, según manifestaron ponentes de distintos países que acudieron invitados al *Seminario Internacional Cuidados Paliativos y Sociales vs. Eutanasia*, celebrado en el Congreso de los Diputados a finales de enero.

Lejos de responder al objeto previsto en las leyes de eutanasia, que es su aplicación en casos excepcionales de terminalidad o sufrimiento insostenible, se ha generalizado su uso en otros supuestos, a personas con una depresión temporal, o a personas que son vulnerables por una situación de demencia, de enfermedad mental transitoria o de discapacidad grave.

En ocasiones son los propios afectados quienes la solicitan, y en otras son las propias familias que no pueden soportar el sufrimiento del ser querido, o por la carga que supone una persona con demencia o un gran inválido.

Otro efecto colateral de estas leyes allí donde se ha implantado es la mentalización por la sociedad de que la eutanasia es un derecho de todo ciudadano, incluso por un deseo personal al margen de una situación de terminalidad o enfermedad grave insostenible -en la soledad, en la vejez, por cansancio vital- cuando esa no es la letra ni el objeto de los textos legales.

En los países de *Benelux*, por ejemplo, no está permitido el suicidio asistido, pero se practica a través de las leyes de eutanasia, tal y como expone **Sophía Kuby**, directora de *EU Advocacy*, *ADF International* en Bélgica.

El relato de algunos conferenciantes es estremecedor, aunque cabe decir que es el resultado esperable de unas leyes que permiten aplicar la eutanasia sin fiscalización previa del médico ejecutor, sin control de otros colegas, o sin conocimiento del facultativo de cabecera. En las leyes analizadas el control es *a posteriori*, cuando ya no se puede ha-

cer nada, y a través de 'autoinformes' del propio médico en los que declara que ha cumplido con las condiciones legales para provocar la muerte, o que lo ha hecho por compasión, según **Gayle Atteberry**, exdirectora ejecutiva de *Oregon Right to Life*. Oregón es el primer Estado del mundo donde se legalizó el suicidio asistido.

Esta falta de requisitos de control administrativo y profesional provoca que las cifras oficiales de eutanasia y de suicidio asistido no respondan a la realidad, por lo que existen miles de casos en los que se ha aplicado la *solución final* sin que se conozca su existencia, y otros tantos en los que no se conoce cuál es el motivo real de la solicitud, según los expertos convocados en este seminario.

Los organizadores del evento (*) invitaron a juristas, expertos en bioética y médicos de cuidados paliativos de casi todos los países donde existen leyes de eutanasia en un momento crucial para España, pues en el Congreso de los Diputados se debate una ponencia, promovida por el *Grupo Ciudadanos* para regular los derechos y deberes y garantías en el final de la vida.

El presidente de la *Fundación Valores y Sociedad* **Jaime Mayor Oreja** inauguró el acto en la *Sala Ernest Lluch* del Congreso de los Diputados. Dijo que "los grandes debates y las grandes cuestiones están en el fondo de la crisis, no son cuestiones accesorias sino fundamentales, y tienen que estar en el ámbito público, en el debate social. Por eso, el Congreso de los Diputados hoy es una caja de resonancia donde varias personas van a dar una opinión importantísima para el futuro".

Mayor Oreja manifiesta que la visión de la persona humana y de su dignidad es trascendental: "Queremos dar la voz a las personas que buscan la verdad y que no comparten que la eutanasia sea una muerte digna, que buscan el alivio del sufrimiento en los momentos finales de la vida. Este debate no está hoy en día en la opinión pública, y algunos pretenden arrasar con la ideología de mi-

llones de personas en España y en todo el mundo ante cuestiones trascendentales".

El ex-político se niega a que "la cultura de la muerte se imponga por falta de comparecencia de los que pensamos de determinada manera, o porque sea una moda dominante. Una sociedad basada en el aborto y en la eutanasia como derechos, en la ideología de género y en los vientres de alquiler, está condenada al fracaso. Un nuevo orden mundial que se asiente en la mundialización utópica y en una socialización de la nada, que tiene una enfermedad obsesiva por destruir los valores cristianos, está condenada al desorden y al fracaso. En esta batalla somos como David frente a Goliath, pero hay que recordar que al final David ganó a Goliath desde la razón y la verdad. Hoy queremos deslindar los indudables nuevos tiempos que vivimos con las degeneraciones y deformaciones que son origen de la crisis. Desde la razón, desde la ciencia, desde la experiencia, y, sobre todo desde la dignidad de la persona, queremos hacer esta tarea ingente, de buscar y acercarnos a la verdad".

Carlos Salvador, parlamentario en el Congreso de los Diputados por *Unión del Pueblo Navarro* (UPN), recordó que en la Cámara Baja "se estudia una Proposición de Ley del Grupo Ciudadanos sobre derechos y garantías y de la dignidad de la persona en el proceso final de la vida, por lo que es muy oportuno escuchar las propuestas de quienes vienen a participar en este seminario, y conocer el Derecho Comparado y las experiencias que existen para afrontar este debate. Es un debate político, pero también un debate para la sociedad, las personas y la dignidad que queremos, sobre el alcance y la protección de dicha dignidad, sobre el derecho a la vida y su protección, y un debate también sobre la libertad, su contenido y los límites de su ejercicio".

Salvador considera que "nuestra obligación como Legisladores es acertar con una legislación que sirva para solucionar posibles conflictos respetando la dignidad, fijando límites y el marco de ac-

(*) Seminario Internacional 'cuidados paliativos y sociales vs. eutanasia'. Congreso de los Diputados de España (Sala Ernest Lluch). Madrid, 26 de enero de 2018. El acto fue convocado por la *Federación Europea One of US, Political Network for Values; Fundación Valores y Sociedad, Asociación Familia y Dignidad Humana, y la Fundación Jérôme Lejeune España*.

tuación que afecta a derechos, libertades y deberes, intentando regular qué se puede y qué no se puede hacer, hasta dónde llega un derecho o un deber y qué línea no debemos traspasar en cada caso y ponerlo por escrito".

La *lex artis*, punto de fricción

Se trata también de armonizar las legislaciones autonómicas que sobre la materia existen en España, algunas de ellas muy polémicas cuando limitan la objeción de conciencia médica creando un conflicto profesional: "Hay un puzzle de leyes sobre la misma materia pero que no dicen exactamente lo mismo. Uno de los puntos de fricción de la Ponencia en el Congreso de los Diputados es cómo encajar la *lex artis* cuando una persona expresa su deseo de morir", dice Salvador.

MESA 1: 'DIAGNÓSTICO INTERNACIONAL'

Elena Postigo, secretaria académica de la Cátedra de Bioética de la *Fundación Jérôme Lejeune España*, presentó el primero de los paneles de ponentes, dedicado al "diagnóstico internacional" de la situación de las leyes de eutanasia, en el que participaron **Sophía Kuby**, directora de *EU Advocacy*, *ADF Internacional* (Bélgica), y **José Miguel Serrano Ruiz-Calderón**, catedrático acreditado de Filosofía del Derecho de la *Universidad Complutense de Madrid*.

Postigo centró el discurso del seminario destacando la visión interdisciplinar, la perspectiva bioética y los aspectos legales de los cuidados paliativos y de la eutanasia en aquellos países donde está legislada, así como las cuestiones de carácter médico. Indicó que alguno de los ponentes -de más de diez países- intervendrían vía *streaming* a través de *Skype*.

Aclaraciones terminológicas

Sophía Kuby expone que "los debates en los distintos países tienen que ver con la enfermedad y el envejecimiento, con una demografía cada vez más baja, la desintegración familiar y otros problemas

complejos". En primer lugar, introdujo una serie de precisiones sobre la terminología y la práctica real para después exponer qué dicen el Derecho internacional y las instituciones sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, para finalmente plantear una pregunta: "¿Nos encontramos en un terreno resbaladizo y peligroso?".

Kuby: "En Benelux no está legalmente autorizado el suicidio asistido, pero se practica a través de las leyes de eutanasia"

En Bélgica no existe el suicidio asistido, pero se practica a través de la ley de eutanasia, afirma Kuby. En otros países de *Benelux* también existe el suicidio asistido, aunque no está legalmente autorizado. Durante quince años esta situación se limitaba a países de *Benelux*. Actualmente, en varios países de Europa se están planteando esta cuestión.

Kuby presentó un video de la campaña *Affirming Dignity* en el que aparece **Theo Boer**, profesor de Ética en la Universidad de Groningen, en Holanda, especializado en las decisiones relativas al final de la vida. Theo Boer estuvo diez años en un Comité Regional de Revisión de Eutanasias desde el año 2005. Al principio de su experiencia era conocido por su apoyo a las políticas de eutanasia durante muchos años.

El profesor Boer ha cambiado su forma de pensar después de atender en el Comité Regional de Eutanasia más de 4.000 casos en 9 años. Ha visto un número creciente de pacientes que hubieran aceptado otra solución distinta a la eutanasia y esto le ha creado "malestar y problemas de conciencia que me han llevado a protestar ante los Comités. La gente considera que la eutanasia es un derecho en vez de una excepción, como plantea la ley. El problema comienza cuando el Estado, el Legislador o el Derecho procura esta forma de facilitar la muerte o el suicidio en la que no existe libertad para la persona que desea actuar siguiendo su propia conciencia".

La objeción de conciencia médica se sortea fácilmente, pues se traslada al paciente a otro médico dispuesto a aplicar la eutanasia.

Boer formó parte del Comité Regional de Eutanasias, en el que vió más de 4.000 casos: "La gente cree que la eutanasia es un derecho en vez de una excepción"

"La Asociación Médica de los Países Bajos -expone Boer en ese video divulgativo- sigue promoviendo que haya libertad de elección. He visto varios médicos que han decidido dejar de practicar eutanasias porque consideran que los pacientes la piden demasiado y no respetan su autonomía profesional. Matar a otra persona a través de la eutanasia es intrínsecamente y en términos éticos un acto problemático. Originalmente nuestra ley de eutanasia era una ley para los médicos, pero se ha interpretado como una ley dirigida al paciente que le permite ejercer su autonomía de comportamiento".

Este profesor ha visto casos trágicos como el de una persona con autismo que fue despedida del trabajo y que no deseaba seguir viviendo sin la rutina diaria del trabajo: solicitó la eutanasia y la obtuvo.

"Mi experiencia es que en uno de cada diez casos la decisión del paciente se debía parcialmente a que quería ahorrar a su familia asistir a ese sufrimiento. Es una evolución muy peligrosa. En una regulación debería distinguirse entre las responsabilidades del ciudadano y las del Gobierno. El Gobierno debería promover la vida y la disponibilidad de atención médica adecuada, y cuando una persona adopta una decisión trágica de acortar su vida, el Gobierno no debería alentar a esa persona a hacerlo".

El número de eutanasias en Holanda en el año 2012 se duplicó (4.188) con respecto a las registradas en el año 2002 (1.882). En los años posteriores esa cifra del 2002 se ha triplicado y se ha convertido en el modo "predeterminado de muerte para pacientes con cáncer".

Al albur de la ley de eutanasia holandesa ha surgido un negocio de médicos itinerantes que la practican y otros se han propuesto para la práctica del suicidio asistido.

"Un número no desdeñable de personas que reciben la solución final son ancianos, o personas que

están solas o afligidas que podrían haber vivido muchos más años", dice Boer, quien sostiene que la ley de eutanasia de Holanda invita a ver la eutanasia y el suicidio con normalidad en lugar de constituir un último recurso.

Boer: "En Holanda, la eutanasia es el 'modo predeterminado' de muerte para pacientes con cáncer"

Este y otros videos de testimonios facilitados por *Affirming Dignity* están disponibles en su página web en ocho idiomas, indica Sophia Kuby, que dirige el equipo legal de esta organización para la Unión Europea.

¿Qué significa morir con dignidad?

¿Qué significa 'morir con dignidad'?, plantea Kuby: "Esta terminología se utiliza como eutanasia y existen organizaciones para el derecho a morir con dignidad que hablan de la mejora de los cuidados paliativos, pero sobre todo de la legalización de la eutanasia". Estos términos y otros deben primero aclararse si queremos responder a la pregunta de si la eutanasia es realmente necesaria, o en situaciones terminales, o de forma general. A veces hablamos de *eutanasia pasiva*, ya que la activa es aquella en la que un doctor mata al paciente, mientras que la pasiva se comprende como un acto médico que no mata al paciente, sino que lo deja morir. Esto es confuso, dejar morir a alguien no es lo mismo que la asistencia médica al pie de la cama del paciente acompañándole en la etapa final de la vida".

¿Es eutanasia pasiva retirar el tratamiento?

Kuby afirma que "no tenemos un derecho moral de prolongar artificialmente la vida de un paciente ni tampoco lo contrario. La dignidad humana exige que nosotros permitamos el derecho natural a morir. Esto se puede hacer, por ejemplo, retirando un tratamiento o apagando una máquina que mantiene vivo a un paciente para que el curso de la enfermedad pueda continuar de forma natural, o evitando practicar una cirugía en un momento del final de la vida en la que no existe posibilidad de re-

sultados curativos. Estos ejemplos expuestos no constituyen eutanasia, y tampoco debería llamarse a esto *eutanasia pasiva*".

Kuby: "En Benelux hay propuestas sobre la mesa para extender la eutanasia a supuestos de cansancio vital, fatiga o apatía, o por pérdida de un ser querido"

Según Kuby, cuando un paciente tiene los pulmones llenos de líquido y está en el momento final de la vida seguir hidratando no respeta su calidad de vida e incluso puede acelerar su muerte: "Interrumpir la hidratación unos días antes de la muerte respeta la integridad de esa persona y le permite morir con dignidad. Esto no es eutanasia. La retirada de un tratamiento, renunciar a una cirugía en el supuesto antes citado no es eutanasia. Otra cosa distinta es retirar un tratamiento para acelerar la muerte: esto sí puede ser eutanasia si no existe indicación médica y la intención es acelerar la defunción".

Eutanasia pasiva indirecta

"Otra terminología es la *eutanasia pasiva indirecta*, que consiste en una sedación total que tiene como consecuencia acelerar la defunción del paciente".

"Si los sedantes persiguen aliviar el dolor y tienen el efecto secundario inesperado de acelerar la muerte no se puede hablar de eutanasia, pero sí si lo que se busca es anticipar el fallecimiento. Estamos hablando siempre de atención médica y de indicaciones médicas en todo caso", afirma Kuby.

Esta jurista considera que los cuidados curativos y paliativos deben ir de la mano, ya que los sedantes pueden tener un efecto curativo al mismo tiempo que paliativo, y dejar que el curso natural de la enfermedad siga avanzando aumentando las medidas paliativas progresivamente, ya que la rutina médica exige ambas acciones.

"En el acompañamiento al paciente al final de la vida las decisiones no pueden ser aisladas en que haya situaciones médicas totalmente distintas, hay

que evitar ese proceso en el que se deja solo al paciente sin cuidados paliativos y la única cosa que queda es la eutanasia. La graduación de cuidados paliativos y curativos es importante. Una sedación total puede estar indicada si el dolor no puede aliviarse de otro modo, y podría ser aceptable, pero debe ser reversible en cualquier momento y debe estar controlada sin utilizarse para acelerar la muerte".

Principio normativo internacional

"El principio normativo subyacente en este caso en el Derecho Internacional es que la existencia es siempre preferible a la no existencia. Si mantene-mos este principio como fundamental evitaremos los problemas que estamos teniendo en Bélgica o en Países Bajos. Se trata de mantener firme este fundamento, que es lo que nos permite seguir defendiendo que no debe legalizarse la eutanasia ni el suicidio asistido. El Derecho Internacional dice que no existe un derecho a la muerte. En cambio existen muchos preceptos que protegen la vida y muchas sentencias que confirman que el Estado tiene la obligación de garantizar el respeto del derecho a la vida (art. 6 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*; artículo 10 de la *Convención de Derechos de Personas con Discapacidad*, el artículo 2 de la *Carta Europea de Derechos Fundamentales*, o el art. 2 del *Convenio Europeo de Derecho Humanos*).

"La *Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa*, en la que están representados sus 47 Estados, ha declarado que los Estados deben proteger la dignidad de las personas en fase terminal o moribunda en todos los casos manteniendo la prohibición de quitar la vida deliberadamente. En el 2012, la Asamblea manifestó que quitar deliberadamente la vida a un ser humano por actos u omisiones a un ser humano dependiente en su presunto beneficio -incluso si hay un presunto beneficio- debe prohibirse".

Finalmente, Kuby presentó unas definiciones de la *Asociación Médica de Bélgica* que expresan que "la eutanasia es un acto deliberado de finalizar la vida de un paciente, incluso a petición propia o de

parientes cercanos. La eutanasia no es ética, y aconseja al médico permitir el proceso natural de la muerte en la enfermedad terminal".

Terreno peligroso

¿Nos hallamos ante un terreno realmente peligroso a la vista de la situación en Bélgica?, se interroga Kuby. Para contestar a esta pregunta expuso primero un cuadro de evolución de los casos de eutanasia reportados en Bélgica entre 2005 y 2015: los registros muestran 13.000 casos, pero las cifras reales pueden duplicar esta cifra. Un estudio de un profesor belga dice que uno de cada quince casos de muerte en Bélgica se produce por eutanasia. Hablar de último recurso es un argumento difícil de defender con este número de eutanasias".

"En Países Bajos hay propuestas sobre la mesa que se preguntan para qué limitar la eutanasia al sufrimiento físico o mental insoportable y por qué no aplicarla a alguien que está cansado de vivir, incluso algún ministro de Sanidad de los Países Bajos dice que la legislación actual no ofrece soluciones a las personas que desean morir porque están sufriendo por la pérdida de un ser querido, o de contactos significativos, o por fatiga o apatía, sin necesidad de que haya una dimensión médica en este sufrimiento. Estamos hablando de sufrimiento existencial producido por un duelo, o el cansancio vital. En los Países Bajos hay un movimiento que pide que se contemplen estos criterios en la ley".

Preocupación por el alcance de la eutanasia

En el 2009, el Comité de Naciones Unidas examinó la situación en los Países Bajos en un estudio no favorable ni contrario a la eutanasia en el que muestra la preocupación por el alcance de la misma y del suicidio asistido, e insta a una revisión de la legislación teniendo en cuenta lo que dice el Derecho Internacional sobre el derecho a la vida.

Kuby defiende que "no existe argumento moral ni médico para defender la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, y estamos hablando de conceptos como morir con dignidad, hay que hablar

con precisión con esta terminología y evitar la confusión. La segunda conclusión es que las leyes de liberalización (Países Bajos, Canadá, Oregón) suponen un peligro para los pacientes más que una ayuda, sobre todo en los últimos años. La tercera conclusión es que no hay un modo correcto de legalizar la eutanasia a la vista de la realidad en esos países. Cuando se hace se entra en ese terreno peligroso".

Kuby: "Las leyes de eutanasia suponen un peligro para los pacientes más que una ayuda"

Esta jurista recomienda documentarse para tener una opinión formada y consultar el libro blanco de *Affirming Dignity*, así como videos disponibles en su página web www.affirmingdignity.org.

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, catedrático acreditado de Filosofía del Derecho por la *Universidad Complutense de Madrid*, ha publicado varios artículos y libros sobre la temática del seminario. Este ponente se pregunta, "¿Qué medidas puede emprender una sociedad que entroniza el aborto y la eutanasia como situaciones reales que hay que legalizar?". Para este ponente existen sociedades en subdesarrollo que no pueden acceder a cuidados paliativos y otra más desarrolladas que tienen todos los medios "donde la tendencia homicida del suicidio asistido cumple su objetivo bajo el discurso del final de la vida, en el que se esconde una tendencia eutanásica que se puede percibir en algunas de las más recientes legislaciones autonómicas y en propuestas legislativas nacionales en España".

Angel José Sastre Beiceiro, médico de cuidados paliativos, reconoce que "existen situaciones especiales en los que la línea entre adoptar una decisión u otra es muy fina -vida vegetativa, por ejemplo-, es bastante complejo, y los profesionales depositamos la decisión en el familiar o familiares cuando el paciente no puede hacerlo: ¿Deberíamos formarnos más los médicos, sobre todo en supuestos de retirada de tratamiento o de hidratación?. En el Reino Unido se ha quitado la patria potestad a los padres. A veces es el estamento sanitario el que adopta la decisión". Kuby opina que muchas veces es la familia la que no puede resistir el sufrimiento

el paciente y pide una solución, y, en este sentido, "debemos de ser claros y no dejar que un tercero ejerza presión para la toma de decisión en estas situaciones, aunque hay que tener en cuenta que a veces puede estar más indicado médicamente retirar un tratamiento o aplicar una solución curativa".

Algunos asistentes al seminario mostraron su preocupación por la situación en la que quedaría la *lex artis* en una ley nacional, dado que este es un aspecto polémico por su regulación dispar en las leyes autonómicas.

MESA 2: EXPERIENCIAS DIRECTAS TRAS LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Luis Peral, secretario general de *Familia y Dignidad Humana*, presentó el segundo panel de ponentes advirtiendo de la pendiente resbaladiza que supone la legalización de la eutanasia en los países que lo han hecho.

El suicidio asistido en Oregón

En primer término, el secretario general de *Familia y Dignidad Humana* presentó a **Gayle Atteberry**, que fue directora ejecutiva de *Oregon Right to Life* (EEUU) y luchó contra la legalización del suicidio asistido en la cámara parlamentaria de ese Estado y en otros Estados norteamericanos donde se han promovido iniciativas para legalizarlo.

"Estamos ante un tema grave, en 1984 los ciudadanos de Oregón aprobaron una ley que permitía a los médicos extender una receta para los pacientes terminales que quisieran acabar con sus vidas. Fue el primer sitio del mundo en legalizar el suicidio asistido. Antes de esta consulta de Oregón se había intentado en California y Washington, donde se ha legalizado la eutanasia. Se consideró que era una medida peligrosa para dejarla en manos de los votantes. Los favorables a la eutanasia cambiaron de táctica y se dirigieron a Oregón proponiendo un método más seguro, es decir, la terminación de la vida médicamente asistida. La campaña

de Oregón decía que nadie debe morir en agonía si podemos evitarlo, y nadie explicó en qué consistía este concepto. Este mensaje resonó y se difundió a los votantes. El Estado de Oregón es uno de los más libertarios de Estados Unidos y también uno de los menos religiosos, ambos factores fueron decisivos para explicar el resultado de esta consulta. Las impugnaciones a la ley fracasaron y a finales de 1997 empezó a aplicarse".

Atteberry: "En Oregón, quien desee morir tiene acceso al veneno que le procura la muerte"

Actualmente hay cinco Estados en EEUU que han legalizado esta práctica. Atteberry explica que los médicos que extienden estas recetas dirigidas al suicidio asistido tienen que hacer constar de qué clase de enfermedad se trata y de qué paciente, pero su decisión no está sometida a una revisión inter pares y después tampoco hay un análisis independiente del informe médico, nadie que haga preguntas, los informes se guardan durante un año y después de destruyen. Si hubiera un informe falsificado no sería detectado, según Atteberry.

El *Departamento de Servicios Humanos* de Oregón emitió una nota de prensa hace unos años que dice que no tiene autoridad para investigar casos individuales de 'muerte con dignidad' y que la ley no exige ni autoriza las investigaciones por el *Departamento de Servicios Humanos*, lo que quiere decir que no existe posibilidad alguna de supervisar por su parte, "es decir, que no saben nada", dice Atteberry.

"Sólo saben lo que quiera contarles el médico que ha contribuido al homicidio con amparo en esta ley. El 98 por ciento de los médicos no estaban participando en esta ley (denominada PAS, siglas de suicidio asistido en inglés). Existe sólo esa norma, es decir, quien desee morir tiene acceso a un veneno que le procura la muerte".

Si el médico que trata a ese paciente en Oregón se niega a extender la receta puede acudir a otro que lo hará por 'compasión'. Hay una organización con un número reducido de gente que se ocupa de ello.

Secretismo, información incompleta

"Hay una red muy pequeña de médicos que extiende la mayoría de estas recetas. La preocupación está más dirigida a la protección del médico que a la del paciente. Este sistema de información incompleto y el secretismo excesivo con el que la ley se aplica protege a los médicos que asisten el suicidio de pacientes, pero deja a éstos vulnerables".

Atteberry: "En la mayoría de suicidios asistidos en Oregón (81 a 91 %) se alega pérdida de autonomía o que no se disfruta de la vida"

"Poco a poco estamos aprendiendo cosas muy sorprendentes de esos informes que llevan a cabo los médicos que ayudan al suicidio: a pesar de la campaña que decía que hacía falta esta medida para aliviar el dolor, el motivo principal por el que se pide solicitar el suicidio es la pérdida de autonomía (91 %); el 81 % alega que ya no disfruta de la vida; sólo el 26 % muestra una preocupación por el dolor o el temor al dolor, no se centra la cuestión en el sufrimiento actual sino en evitar el posible sufrimiento futuro".

Oregón: uno de cada cuatro pacientes deprimidos recibió ayuda al suicidio asistido sin análisis psiquiátrico previo

La depresión es otra de las causas alegadas por pacientes a los que se les ha aplicado la solución final. En el estudio que mostró Atteberry uno de cada cuatro pacientes deprimidos recibió ayuda al suicidio sin haber pasado por un análisis psiquiátrico previo.

"Lo más sorprendente es que la fuente más fiable de información son los periódicos, ya que las familias de los pacientes que se han suicidado escriben o cuentan muchas historias que nos demuestran que se está abusando masivamente de la ley del suicidio asistido. Lo más deprimente para mí fue conocer la presión de la familia del paciente, sobre todo cuando estos pacientes sufrían alguna forma de demencia. Es un patrón bastante general, ya que la familia busca al médico y le trata de convencer

para que recete el veneno. Hemos visto en estos pacientes una presión familiar especial".

Los pacientes con alguna forma de demencia son muy vulnerables ante la ley de suicidio asistido en Oregón

De otro lado, no existe una norma de seguimiento especial del paciente posterior a la aplicación del remedio químico para el suicidio, y muchas veces el doctor que trata habitualmente al enfermo ni siquiera conoce la situación ni que llega a producirse la muerte. A veces transcurren meses o años hasta que el paciente decide ingerir el veneno.

La tasa de suicidios en Oregón es la más alta que la media nacional de EEUU

"Muchos pacientes están dispuestos a pagar el remedio químico para acabar con su vida -dice Atteberry- cuando no quieren pagar o no pueden afrontar el coste de un tratamiento contra el cáncer. El uso de centros de atención paliativa no aumenta, sino que disminuye. Hay 30 Estados en EEUU que tienen planes de mejora de la atención en cuidados paliativos. Oregón no los tiene. La tasa de suicidios en Oregón, del 42 por ciento, es más alta que la media nacional (de suicidio general, no propiciada por un médico)".

Atteberry: "La ley no protege a pacientes vulnerables en Oregón, de hecho, se ha convertido en una muerte a demanda"

"No sabemos muy bien cómo funciona la Ley de Oregón porque no se nos permite el acceso a los datos, pero sí sabemos que las salvaguardas no funcionan, la ley no puede proteger a los pacientes vulnerables, es imposible; de hecho, el suicidio asistido en Oregón se ha convertido en una muerte a demanda. La organización de Atteberry ha publicado, al igual que *Affirming Dignity*, un libro blanco y documentación sobre el suicidio asistido en Oregón.

Carine Brochier, directora del *Institut Européen de Bioéthique* de Bélgica, explica que "a nuestro

Instituto nos llegan consultas de expertos legales de distintos países donde existen iniciativas para regular la eutanasia. La pregunta que nos hacen habitualmente esos expertos es si en Bélgica se respetan o no las condiciones legales de aplicación de la eutanasia, y si esta práctica está bajo control. La respuesta oficial de la Administración es que 'en Bélgica la Ley de Eutanasia funciona perfectamente', que la ley de autonomía le permite al paciente tomar la decisión de morir con dignidad, que el sistema de control es uno de los mejores y que los médicos cumplen con esas condiciones estrictas. Para demostrarlo dicen que sólo un caso de 2.000 se ha llevado ante el fiscal. Si escuchamos esta declaración podemos pensar que somos muy buenos en lo que hacemos en Bélgica, pero para ser honestos esto no refleja la realidad".

Hoy en día en Bélgica, la aplicación de la ley ha provocado que la eutanasia no sea considerada una transgresión profesional o ética. Las gráficas que

presentó Carine Brochier muestran un constante incremento anual de prácticas eutanásicas. En 2015 representa un 1,8 de las muertes en Bélgica, se informa de cinco casos cada día. La eutanasia ya no es una excepción, y estas cifras sólo muestran casos de los que se informan.

Después de la muerte de la persona, la información se basa en un sistema de autoinformes, basado en lo que informa la persona que practica la eutanasia, y "los médicos no van a decir que no cumplen con las condiciones legales. No existe la posibilidad de informarse sobre casos de eutanasia realmente ejecutados. No se está informando del 50 por ciento de los casos cuando la clandestinidad era uno de los argumentos que alegaban los promotores de su despenalización. La eutanasia hoy en día en Bélgica no es una situación excepcional y no existe posibilidad de controlar o cualificar la acción de algunos médicos.

