

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. DOÑA MARÍA ROSA VINDEL LÓPEZ
celebrada el martes, 16 de junio de 1998

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- De don Gonzalo Herranz Rodríguez, Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra (Número de expediente 715/000224).
- De don Diego Gracia Guillén, Director del Instituto de Bioética (Número de expediente 715/000225).
- De don Buenaventura Lladonosa i Gallart, Presidente del Consejo de Colegios Médicos de Catalunya (Número de expediente 715/000226).
- De don Lluís Cabré Pericas, Médico UCI del Hospital de Barcelona (Número de expediente 715/000227).

Todos ellos informarán sobre la materia objeto de estudio por la Comisión.

Se abre la sesión a las diez horas y cinco minutos.

La señora PRESIDENTA: Señorías, se abre la sesión.

Buenos días, señorías. Antes de dar paso al primero de nuestros invitados, voy a pedirles la aprobación, en su caso, del Acta de la sesión anterior. Me informan que ha sido distribuida a los miembros de la Mesa y a los portavoces.

¿Puede considerarse aprobada por asentimiento? (Pausa.)

Muy bien. Muchas gracias.

COMPARECENCIAS:

— DE DON GONZALO HERRANZ RODRÍGUEZ, PROFESOR DE BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE NAVARRA (715/000224).

La señora PRESIDENTA: Comenzamos esta primera sesión de comparecencias con don Gonzalo Herranz, profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Secretario de la Comisión Central de Deontología, la Organización Médica Colegial.

Señor Herranz, en nombre de la Mesa y, por supuesto, en el mío propio, le doy la bienvenida y la palabra para que comience su intervención.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Muchas gracias.

Buenos días a todos. Espero que pronto me acostumbraré a dirigirme a ustedes como señorías. Es una oportunidad que se presenta muy pocas veces en la vida.

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento por la oportunidad que se me ha ofrecido de presentarme ante ustedes. Es un agradecimiento personal, pero también, de manera indirecta, corporativo, puesto que, como acabamos de escuchar, por ser Secretario de la Comisión Central de Deontología y estar muy metido en las actividades éticas de las corporaciones médicas, creo que hasta cierto punto puedo representar el parecer colectivo de la profesión. Además, pienso que el tema de esta Comisión es fascinante y me parece que es un buen acierto empezar por escuchar la voz de la corporación médica.

Creo necesario decir unas mínimas palabras sobre mi pequeña historia personal. Hace 16 años, después de haber sido Decano de la Facultad de Medicina mencionada hace un momento, mi preocupación por los problemas de educación médica me llevó a pedir al Rector la creación de un departamento de Bioética, lo que conseguí después de mucha insistencia y realmente me siento feliz por haber cambiado, porque me ha permitido no sólo despertar muchas conciencias de estudiantes y médicos jóvenes sobre los problemas de la ética médica, sino que también —no sé cómo decirlo, en la tierra de los ciegos, el tuerto es el rey— he podido intervenir a nivel de comisiones internacionales y me he enriquecido gracias al contacto con colegas de la Comunidad Europea, así como a mis actuaciones como ex-

perto en los Parlamentos Europeos, tanto en Bruselas como en Estrasburgo, y en la Cámara del Congreso de los Diputados de España.

Estas contribuciones a la convivencia civil y a la creación de unas condiciones en las que la ética médica juega un papel importante en la sociedad son merecedoras de lo que para muchos fue un sacrificio y para mí fue gustosísimo, es decir, abandonar la carrera profesional y empezar una segunda carrera casi a los cincuenta años.

Vengo aquí con el mejor deseo de ayudar a estudiar estos graves interrogantes que la posible regulación legal de la eutanasia o la modificación de la existente en la actualidad plantea en nuestra sociedad.

Mi testimonio se basa, fundamentalmente, en el interés con que sigo día a día y leo críticamente la inmensa y ya inabarcable cantidad de biografía que se escribe sobre esta cuestión. Cada semana son muchos los artículos que aparecen sobre el tema, puesto que está en plena efervescencia en todo el mundo. También he dirigido cuatro tesis doctorales sobre problemas referidos a la etapa final de la vida, a la noción de futilidad médica, a las necesidades de comunicación del paciente terminal, a las diferentes concepciones de los tratamientos paliativos y el tratamiento terminal. Creo que los contactos con los miembros de comisiones de ética médica, de la Asociación Médica Mundial, del Comité Permanente de los Médicos de la Unión Europea, de la que soy actualmente Vicepresidente, ha sido para mí una experiencia muy grande.

Creo que por lealtad a los presentes y por el hecho mismo de vivir gozosamente en una sociedad pluralista, en la que todos debemos profesar un gran amor a la diversidad, es importante confesar de antemano que no soy una persona neutra, indiferente, amorfa ante el problema que nos preocupa. Forma parte de mis convicciones profesionales y personales la certeza de que la eutanasia no es ninguna solución médica para los problemas de nuestros pacientes y, naturalmente, aparte de ese condicionamiento profesional, también mis convicciones religiosas me llevan a ello. Pienso que con el estudio y la reflexión se irá haciendo cada vez más consciente, racional y fundada mi opinión, y no es una opinión visceral.

Comprendo profundamente los móviles que llevan a mucha gente a pedir una despenalización de la eutanasia, del suicidio asistido por el médico, pero he comprendido, al mismo tiempo, que es incompatible con la ética médica del respeto a la persona y a la vida.

Lo que voy a exponer esta mañana corresponde, fundamentalmente, a tres puntos. La primera pregunta sobre qué dice la profesión médica acerca de la eutanasia, traté de responderla señalando lo que dicen los códigos de ética médica de muchos países que yo he estudiado —probablemente tengo la más completa colección de códigos de ética médica del mundo— y que me han permitido asomarme a lo que las corporaciones médicas encargadas por la sociedad de establecer las normas de actuación de los médicos dicen sobre el tema.

También existe un apoyo muy importante en las declaraciones de organismos internacionales de ética médica y, concretamente, de la Asociación Médica Mundial, que

es la gran instancia internacional de ética médica y, a nivel europeo, del Comité Permanente de los médicos de la Unión Europea. Estos organismos internacionales ejercen una influencia notable e importante. Pero también creo muy interesante añadir a lo que antes he señalado cómo muchos países —a las que desgraciadamente España no se ha incorporado— han establecido una Comisión nacional de Ética o de Bioética —la primera creada por el Presidente Mitterrand en Francia— que se ha extendido ampliamente por el mundo. Estas instancias de consulta social han ido elaborando también criterios sobre la eutanasia y creo que han intervenido de modo decisivo al menos en las reflexiones que algunas Cámaras de representantes de los países, por ejemplo, la Cámara de los Lores inglesa, el Parlamento Noruego, recientemente el Congreso de los Estados Unidos, han pronunciado sobre ellas. Básicamente la oferta de esta documentación es el paquete principal.

Quisiera hacer también a última hora unas reflexiones personales que traten de establecer cómo, a mi modo de ver, no es posible frenar el carácter expansivo que una liberalización de la eutanasia traería consigo.

El primer punto, como he dicho, es lo que dicen los códigos de ética de las asociaciones nacionales de médicos. En un trabajo, del que les dejaré una separata y que he publicado recientemente, he revisado lo que dicen sobre el tema 39 países —22 de Europa y 17 de América— que habían pedido un estudio preliminar para los 50 años del Código de Nuremberg, pero que ha podido ampliar con siete países más de fuera de Europa y América: Hong Kong, Filipinas, Australia, Singapur, Nueva Zelanda, Corea y el Código Islámico de Ética Médica. Los resultados de este examen son los siguientes: no tratan de los puntos básicos con respecto a la ética del final de la vida —que son la eutanasia, la ayuda médica al suicidio, el encarnizamiento terapéutico y la atención paliativa— y hacen silencio total sobre el tema tres códigos: los de Chipre, Dinamarca y Holanda. Hacen una referencia sobre la marcha, sin tratar específicamente de los cuatro aspectos, sino que se refieren a la obligación general del respeto a la vida y su intangibilidad, 12 códigos más. Trece hacen una exposición que trata sobre algunos de los cuatro temas, pero no completos; y 18 contienen una exposición detallada de todos. Es un paisaje infinitamente variado.

Hay textos, como por ejemplo el de Bolivia, que conservan un duro tono paternalista: Si la situación de un enfermo se torna grave y desesperada es obligación del médico poner sobreaviso a los familiares o allegados; esa revelación sólo podrá expresarse a los enfermos cuando, a juicio del médico, facilite ello la solución de sus problemas. Curiosamente, también hay una situación duramente paternalista en Cuba, pues el Código de los médicos de Fidel Castro dice: Mantener en los casos de enfermedad de curso fatal absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y el pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quién se debe dar esa información con el tacto necesario. Hay otros que caen en expresiones muy retóricas —como el Código de Islandia, que dice: El médico respetará la vida y la santidad del hombre—, pasando por otros que ha-

cen ya descripciones mucho más detalladas y convincentes sobre la cuestión.

A mí me parece que, por lo que a nosotros compete, de todo ello merece la pena señalar, por ejemplo, lo que dice el Código español, que puede ser en cierto modo un modelo de equilibrio porque en muy pocas palabras establece lo clásico de la ética sobre la atención terminal. Dice el artículo 28.1: El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten ni por ninguna otra exigencia; la eutanasia u homicidio por compasión es contraria a la ética médica. Y el artículo 28.2 señala que en caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles y obstinadas; asistirá al enfermo hasta el final con el respeto que merece la dignidad del hombre.

Yo creo que ahí están comprendidos todos los elementos básicos de la atención terminal: el obsequio de la autonomía del paciente, el no incurrir en la futilidad terapéutica del encarnizamiento, del ensañamiento irracional agresivamente vitalista, el respeto a la persona, el cuidado del ambiente familiar en el que el paciente vive sus últimos días, y esto es lo que fundamentalmente han ido embebiendo, hasta cierto punto, los códigos de ética de los países avanzados.

Sería demasiado laborioso tratar de ver, por ejemplo, cómo por razones a veces groseramente utilitaristas, consecencialistas extremas, otras por deontologismo duro, cada código va imponiendo su visión según la mentalidad, los criterios o las tradiciones locales. Es muy interesante ver, por ejemplo, lo que dice el Código del Reino Unido, en el que, como resultado de un trabajo de dos comisiones, una que actuó en el año 1971 y otra en 1988, cambia la tonalidad de la decisión pero se mantiene la firmeza de un país en el que realmente no se puede sospechar que la Sociedad Médica Británica o el Consejo Médico General del Reino Unido tengan actitudes retrógradas o arrinconadas en el pasado. La eutanasia no puede ser aceptada por la profesión médica —decía en el año 1971—; al rechazarla los médicos serán apoyados por la mayoría del público —hoy día las encuestas darían probablemente un resultado diferente—, que comparte la convicción de que nunca puede ser éticamente aceptable matar deliberadamente a una persona indefensa. Es correcto aliviar a los moribundos del sufrimiento y esto puede y debe hacerse; dar muerte a los enfermos no forma parte del trabajo del médico y enfermeras. La conclusión del grupo de trabajo del año 88 es esta convicción firmísima: La ley no debería ser cambiada; la terminación deliberada de toda vida humana deberá seguir siendo un crimen. Esta negativa a que se cambie la ley a fin de permitir que los médicos intervengan para poner fin a la vida de una persona no es simplemente una sumisión del bienestar del individuo a la norma social, es más bien una afirmación del valor supremo del individuo sin importar lo sin valor y sin esperanza que él pueda sentir.

Voy a hacerles obsequio de leer más detalladamente. es interesantísimo lo que el Consejo Judicial y Ético de la Sociedad Médica Americana ha establecido sobre la condena de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio con palabras prácticamente idénticas. Y solamente quisiera destacar, antes de terminar, que de todos los códigos el de más rico contenido y el que con más firmeza hace énfasis en la atención paliativa y en el carácter humano de la comunicación médico-paciente, en la profunda dignidad del proceso de morir, es el Código de Venezuela, que dedica 10 artículos al tema, hace la más detallada y generosa prescripción de la atención humana al moribundo y termina: Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano; no puede en ninguna circunstancia provocar deliberadamente la muerte de un enfermo aun cuando éste o sus familiares lo soliciten.

En muchos de los códigos posteriores al año 90 se nota la influencia de algunas declaraciones de nivel internacional, que es lo que voy a tratar a continuación.

La Asociación Médica Mundial es una entidad que se fundó en el año 1947, su primera Asamblea General fue en 1948, cuando estableció la famosísima Declaración de Ginebra, que es la forma secularista, universal, de juramento hipocrático —que cambia la forma de juramento delante de Dios por una declaración por el propio honor para hacerla así aceptable a todos— y que goza, evidentemente, de un prestigio indiscutible. A ella se debe la Declaración de Helsinki sobre la investigación biomédica, la Declaración de Tokio, la condena de los tratos crueles, inhumanos y degradantes y la privación del médico en la pena de muerte y tantísimas otras.

La declaración sobre eutanasia que se hizo aquí, en Madrid, en el año 1987, en el Hotel Castellana, dice así: La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética médica. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar en la fase terminal de su enfermedad que el proceso natural de la muerte siga su curso.

En el año 1992, en Marbella, se reunió la Asociación Médica Mundial e hizo una declaración que condena éticamente la ayuda médica al suicidio, hace referencia en un pequeño preámbulo al fenómeno, conocido ya entonces, Kevorkian y sus máquinas de ayudar a morir a los pacientes y concluye así: El suicidio con ayuda médica, lo mismo que la eutanasia, es contrario a la ética médica y debe ser condenado por la profesión. Cuando la ayuda del médico se dirige intencionada y deliberadamente a permitir que una persona ponga fin a su vida, entonces éste actúa contra la ética. Sin embargo, es un derecho básico del paciente rehusar a un tratamiento médico, por lo que el médico que respeta ese deseo, aún cuando de ello se siga la muerte del paciente, no actúa contra la ética. Es decir, la negativa del médico a intervenir cuando el paciente rehúsa a la atención médica es una norma que goza de enorme tradición ética y que es reiterada en esta declaración.

El Comité Permanente de los médicos de la Unión Europea, que se creó por las asociaciones médicas nacionales de los seis primeros países miembros de la Comuni-

dad Económica Europea que posteriormente se amplió, de tal manera que forman parte de él prácticamente todos los países de nuestro continente, hizo una declaración en Berlín, en el año 1987, sobre la ayuda al moribundo —salto el preámbulo—, que dice: «Los médicos tienen el deber de dar asistencia terapéutica y psicológica a su paciente hasta el final. El médico debe esforzarse por obtener, en la medida de lo posible, el consentimiento informado de su paciente. Cuando éste pierde la conciencia, los médicos deben asistirle con los medios médicos más adecuados al interés genuino de aquél y mantener esos medios mientras se suscita alguna esperanza de mejora. Cuando la enfermedad incurable entra en su fase terminal irreversible, el médico ha de limitar su terapéutica al alivio de los sufrimientos físicos y morales y se esforzará, en la medida de lo posible, en mantener la calidad y la dignidad de una vida que se acaba».

Una declaración hecha en Cascais en el año 1993 sobre los testamentos de vida, cuando Portugal tenía la Presidencia de la Secretaría General del Comité Permanente, dice que el Comité Permanente se opone a cualquier legislación que dé a las directivas anticipadas por los testamentos de vida la fuerza legal impositiva porque en ese caso se vería limitada la capacidad del médico para tratar al paciente según los criterios profesionales y éticos más elevados. Asimismo, las recomendaciones dicen que los testamentos de vida, las decisiones anticipadas, esas expresiones de deseo e intenciones de los pacientes, no pueden nunca tener como finalidad la promoción de la eutanasia activa.

La Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, que es un organismo ético, una especie de antesala para la actividad del Comité Permanente, aprobó por unanimidad en el año 1987, el día de Reyes, 6 de enero, los principios de ética médica para Europa. Están allí representadas todas las asociaciones nacionales de los 15 países de la Unión Europea de entonces.

El artículo 1.º define la vocación del médico; ésta consiste en defender la salud física y mental del hombre, aliviar su sufrimiento respecto de la vida y de la dignidad del ser humano, sin discriminación de edad, raza, religión, nacionalidad, condición social e ideología política o cualquier otra razón tanto en tiempo de paz como de guerra. Los grandes rasgos de la vocación médica: la vocación curativa, la vocación paliativa, el respeto a la vida y a las personas, la condena de toda discriminación, la situación universal del ser humano y la dignidad ética de la medicina por encima de la guerra o de la paz están ahí resumidos.

El artículo 12, que trata de la ayuda al moribundo, dice: «La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.»

Como resumen de todo lo dicho se deducen una serie de elementos típicos de la deontología universal sobre la eu-

tanasia que vienen a decir que la vida humana es intangible porque toda persona ha de ser respetada de modo absoluto. De ese respeto a la persona, de esa intangibilidad de la vida, es garante y guardián el médico. El respeto por la autonomía del paciente obliga a que sea él quien determine hasta qué punto se aplican las medidas médicas que hacen al caso. Hay una obligación de aliviar el sufrimiento físico y moral del paciente mediante la medicina paliativa y también mediante el cuidado del entorno familiar. Hay una obligación de mantener la calidad de la vida y la dignidad de la vida que se acaba. Hay una prohibición taxativa de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio. Asimismo, hay una condena firmísima, con igual intensidad, de los gestos terapéuticos carentes de razonabilidad y de buen juicio que conducen al encarnizamiento o a una curación ya irrealizable.

Quisiera añadir que en España la unidad médica colegial, a través de la Comisión Central de Deontología, ha aprobado una declaración sobre la eutanasia del año 1986, una segunda declaración en un empeño de clarificar la terminología utilizada en el debate público sobre el uso incorrecto de la expresión «eutanasia pasiva» que, en opinión de los médicos, no existe. Recordemos que la Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial dice que la eutanasia, es decir, poner fin a la vida de un paciente, es matar deliberadamente. Suprimir tratamientos inútiles no es matar ni es anticipar la muerte, es simplemente eliminar un tratamiento perfectamente inútil, ineficaz, fútil que, por razones económicas y humanas, debe ser suspendido, y eso no significa jamás matar deliberadamente.

Por otra parte, los avances del conocimiento —hay que reconocer que ética y ciencia van muy enlazadas— están anulando la vieja idea teológica de la eutanasia indirecta, es decir, anticipar la muerte sin querer, porque hoy en día cuando se conoce a fondo la farmacología de los opiáceos y la adaptación del sistema nervioso a ellos, prácticamente no existe de modo taxativo en el uso racional de la terapéutica del dolor y de la sintomatología el riesgo, no porque sea competencia o no del médico, sino por adaptación del organismo a dosis crecientes, de tal manera que esa idea de anticipar la muerte por efecto del tratamiento casi está desapareciendo y no debe tenerse en cuenta.

Hay muchas declaraciones, como la de la Cámara de los Médicos alemanes, la de la Orden de los Médicos de Francia y la de la Asociación Holandesa de Médicos, que aprueban la eutanasia, mientras que todas las demás la prohíben. A la vista de este panorama general —les doy documentación—, Lord Walton of Trenchant, un anatomopatólogo como yo, 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 —que yo cuento a la Presidenta—, 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, establecieron la norma —yo les dejaré el texto com-

pleto, pues son cinco o seis páginas que el Gobierno británico tradujo en una serie de normas que pasaron al Parlamento para su aprobación—, de que es imposible poner límites a una legislación sobre eutanasia.

Esta convicción es enormemente empírica y, como ocurre con muchísimas cosas de la ética médica británica, jamás van a lo sustancial: No les interesa saber quién es el embrión, sino cómo tratar al embrión; no les interesa saber qué es la eutanasia, sino cómo debemos actuar ante la eutanasia. Con una sabiduría indirecta y absolutamente lejana de lo metafísico llega a la conclusión —así lo creo— de que es imposible poner límites al campo.

Añado mi punto de vista y les ofrezco estas ideas muy simples: Cualquier legislación tolerante de la eutanasia, por muy restrictiva que pretenda ser en el papel, provoca un empobrecimiento creciente de la medicina tanto en lo científico como en lo ético. La vocación científica queda erosionada porque la eutanasia sustituye a la medicina, no es un complemento de la medicina. Evidentemente, es mucho más fácil suprimir con la eutanasia el problema de la demencia senil, el empobrecimiento extremo del Alzheimer, que resolver investigando la neurobiología del envejecimiento cerebral. Es muchísimo más fácil limpiar a la humanidad de lo que algunos llaman basura genética mediante el aborto eugénico o la eutanasia neonatal que profundizar en la patogenia terapéutica de las malformaciones bioquímicas o morfológicas; de modo que, incluso, el proyecto genoma pierde gran parte de su proyección. Podríamos multiplicar los ejemplos.

Pero lo que creo que realmente interesa —lo he escrito recientemente en un artículo publicado en la revista de la Organización Médica Colegial— es cómo ese dinamismo interno lleva a la eutanasia a hacerse expansionista, eclipsando progresivamente el respeto de la vida y de la persona. ¿Por qué? Porque al principio, cuando el médico asiente a matar por compasión, concibe la eutanasia como una intervención excepcional, como un recurso último que sólo se justifica en situaciones extremas de dolor torturante, refractario a los tratamientos más enérgicos y que sólo está autorizado como respuesta a una petición reiterada y conmovedora de un paciente racional y lúcido. Ante lo inoperante, los remedios sintomáticos y lo trágico de la situación clínica, el médico se rinde ante la idea de que sólo la muerte puede liberar a su paciente de su vida insostenible, y con temor y temblor, lleno de angustia y compasión, mata a su primer paciente. Pero rompe en ese momento algo de inestimable valor: su respeto máximo a la vida.

Si se arrepintiera y no volviera a hacerlo más, pondría a salvo su vocación médica, pero si autojustifica su acción, si sigue creyendo que la eutanasia es una acción profesional aceptable, ya no podrá salirse de una cascada eutanática. El médico, tras renunciar a su fe en el carácter sagrado de la vida, cae inexorablemente en la opinión de absolutismo de la calidad de vida, no del respeto a la vida.

Hay una colección de narrativas de médicos holandeses, publicada el año pasado en una revista americana, el «Cambridge quarterly of health care ethics», en la que van contando su historia sobre cómo la primera eutanasia

cuesta un desgarramiento interior —porque es algo muy profundo lo que se rompe—, y cómo después se va facilitando la actuación en casos sucesivos. Es decir, se llega a la conclusión, más o menos pesimista y dramática, de que las vidas carentes de valor, que van camino de la pérdida de calidad, que prácticamente no merecen ser vividas porque son penosas y están carentes de dignidad y valor, son más numerosas de lo que parece.

En pocos años, en virtud de la legislación permisiva, de la jurisprudencia tolerante, de la opinión pública favorable, la eutanasia, de ser un remedio excepcionalísimo, termina por convertirse en un recurso médico casi ordinario, en una opción terapéutica como otra cualquiera, ciertamente polémica, como tantísimas otras cosas que hacemos en Medicina, puesto que es rechazada por unos y aceptada por otros, y de la que, evidentemente, se habla muchísimo en las revistas profesionales.

En Holanda los resultados son auditados y comparados con las otras alternativas terapéuticas en términos económicos y en medición de satisfacción de médicos y familiares. La eutanasia gana respetabilidad y prestigio, pues se la presenta a la sociedad como una alternativa terapéutica rápida e indolora, realizada con competencia y buena práctica, como mucho más cómoda, más estética, incomparablemente más eficiente, e incluso más compasiva que el tratamiento paliativo.

Bajo esa apariencia de intervención ortodoxa y muy profesional, la eutanasia gana plaza de acto médico ordinario. Se presenta como opción prioritaria para muchas situaciones clínicas, en especial cuando es deseada y pedida por el enfermo o por sus allegados. tal situación es la que se vive actualmente en Holanda. En esta situación de permanente escasez de recursos económicos en que vivirá ya para siempre la Medicina, la eutanasia terminará por acreditarse como un tratamiento muy eficiente, de óptimo cociente costo-beneficio, que aligera enormemente el gasto sanitario, que da alivio a los circunstantes, y satisfacción a quien la pide, pero también a quien no la pide.

En esta tercera etapa, la eutanasia brota de la función benéfica del médico, que es irreductiblemente paternalista. Si un doctor considerara que la eutanasia es un servicio al que todos tienen derecho, no podrá rehusárselo a quien está incapacitado para pedirlo. (En Holanda son más de mil casos anuales los que se declaran, cuando los propios médicos saben que menos del 40 por ciento de los casos de eutanasia, según cálculos, no son declarados.)

El médico asume entonces, en virtud de su privilegio terapéutico, la función de mandatario subjetivo de los pacientes incapaces. Ante el demente profundo, el malformado grave o el vegetativo persistente, el médico, liberado de su compromiso de máximo respeto por la vida, razona así en su corazón: Es horrible vivir en esas condiciones de precariedad biológica o psíquica. Nadie en su razón cabal querría vivir así. La muerte es preferible a esa vida empobrecida. Yo en esa situación exigiría, mediante un testamento vital exigible, que me dieran la muerte dulce. El médico adquiere así un poder discrecional sobre la vida y la muerte de los incapaces.

Pero eso no es todo. El médico, que tiene la eutanasia por acto virtuoso, terminará por juzgar que hay pacientes cuyo deseo de seguir viviendo es irracional y caprichoso, pues considera que la vida que ellos tienen por delante es, o biológicamente detestable, o una carga familiar o social intolerable, o un despilfarro económico. Su argumento dice así: El deseo de vivir de algunos pacientes es un antojo irracional, un lujo económico, una carga para los demás, un abuso injusto, egoísta y contrario a una auténtica solidaridad. Satisfacer ese deseo meramente vitalista de seguir viviendo, porque así lo demandan los enfermos o quienes les representan, es, además de una injusticia, un consumo irracional de recursos económicos y humanos. Ese dinero y ese esfuerzo laboral podrían ser invertidos en cosas más beneficiosas e interesantes.

Podría parecer que esto es pura ética-ficción, pero no es así. Por desgracia, no es una situación imaginaria. Los médicos generales holandeses, en el último informe publicado por el Fiscal General, el informe Remmeleink de 1995, declaran que el 10 por ciento de actos de eutanasia que ellos practican lo hacen en pacientes conscientes y capaces de decidir, pero a los que, por razones paternalistas, no les consultan acerca de la eutanasia que les aplican.

Termino diciendo que aun el médico más íntegro y recto necesita protegerse contra sus flaquezas y, paradójicamente, contra sus virtudes. Despenalizar la eutanasia equivale a sumir a la Medicina en una especie de enfermedad autoagresiva. La obligación de respetar y cuidar toda vida humana tiene una fuerza moral maravillosa e inspiradora, pero cuando la compasión se desconecta de todas las demás virtudes médicas, se puede convertir en un móvil muy importante para la destrucción de vidas humanas.

Me parece que la Medicina ha de ser sólida y paliativa, una Medicina que sea a la vez científica y humana, que desarraigue de los hospitales el error escandaloso del ensañamiento terapéutico, y que haga resaltar por contraste el frío despegamiento inhumano que muchas veces se disfraza de compasión. Porque, ¿a quién estamos liberando de sufrimiento cuando se habla de eutanasia? Pues muchas veces a los circunstantes, no al paciente. Ése es el camino que tiene por delante la Medicina para poder seguir ejerciendo esa humanidad espléndida y esa promesa de servicio a los hombres, que es intrínseca a la vocación médica.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Herranz.

Queremos también darle las gracias por esa idea luminosa que nos ha planteado de trasladarnos durante tres meses a Holanda como los Lores, pero no estoy muy segura de cuál sería la contestación del Presidente de esta Cámara si los veinticinco Senadores que integramos esta Comisión nos trasladamos tres meses allí. En cualquier caso, le damos las gracias por la idea.

Abrimos un turno de portavoces. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra la Senadora Costa Serra.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias también a don Gonzalo Herranz por ser el primer compareciente en esta Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia recientemente creada.

Probablemente la mayoría de quienes integramos esta Comisión y la mayoría de los futuros comparecientes tendremos opiniones diversas sobre la eutanasia, pero lo que sí creo es que, en cualquier caso, nos une la necesidad y la conveniencia de tratar sobre él para poder abordarlo de forma concienzuda y sosegada, tal y como el tema merece.

También le quiero agradecer que al principio de su exposición nos haya dicho que usted, por supuesto, no es una persona neutra y nos haya explicado su convicción, porque creo que es muy importante tener en cuenta que ni la suya ni la de los futuros comparecientes es una posición neutra, y esto es lo que necesitamos. Estamos hablando de un tema que va a tener muchas vertientes desde el punto de vista médico, jurídico, de creencias religiosas, éticas, etcétera. Por eso, le agradezco su sinceridad respecto a que, evidentemente, cada uno de los comparecientes tiene sus convicciones.

Me gustaría hacerle unas preguntas muy concretas y unos comentarios sobre la posible regulación de la eutanasia, a la que usted mismo ha hecho referencia al principio de su intervención. Desearía saber cuál es su opinión, a qué regulación concreta se estaba refiriendo y qué conductas sería necesario o no regular. La eutanasia pasiva, desde su punto de vista o desde el punto de vista del colectivo médico, no se entendía como eutanasia, aunque creo que hemos de tener en cuenta que la sociedad y la mayoría de las personas —aunque no sean especialistas en el tema— sí entienden lo que comúnmente se denomina eutanasia pasiva como una forma de eutanasia, por eso creo que es importante que lo tengamos en consideración, aunque por su exposición nos ha quedado claro que usted ha hecho referencia, la mayor parte del tiempo, a la eutanasia activa.

Por otra parte, quiero saber cuál es su opinión o dónde queda en su exposición el consentimiento y la libre voluntad del enfermo, del paciente, libremente expresada cuando este enfermo está todavía consciente, porque me ha parecido entender que decía que, por ejemplo, el Código cubano era un poco paternalista y yo querría saber si no podemos hablar también de paternalismo cuando no se está dando ningún valor al consentimiento y a la libre voluntad del paciente y, sin embargo, sí se está dando preferencia al criterio médico, incluso cuando en casos de enfermedades irreversibles es el que tiene que mantener la calidad de esa vida o el final de esa vida. Me es difícil imaginar cuáles son los criterios que pueden determinar qué se entiende por calidad de vida, si esta calidad de vida la tiene que determinar el médico o si, por el contrario, se tiene que tener en cuenta cuál es la voluntad del paciente porque lo que para un paciente puede ser calidad de vida quizá para otro no lo es; desde mi punto de vista, creo que la persona más idónea para determinar lo que es calidad de vida es aquélla a quien le afecta esa vida.

También quiero comentar su opinión sobre la imposibilidad de poner límites a la eutanasia. En días anteriores, en unas jornadas a las que tuvimos oportunidad de asistir parte de los miembros de esta Comisión referentes al tema

de la eutanasia, hacíamos la reflexión sobre si nos puede estar sucediendo ahora lo que ocurrió cuando se discutía el tema de los trasplantes de órganos, que ahora nos parece que en España se están llevando a cabo con toda normalidad y no creo que a estas alturas nadie se plantee en nuestro país que algún médico pueda acabar con la vida de un paciente por aprovechar los órganos para otra persona que lo pueda necesitar más; este miedo a priori que podemos tener hacia estos temas como el de los trasplantes de órganos nos puede estar sucediendo ahora con la cuestión de la eutanasia que, al fin y al cabo, está tratando de un asunto tan importante como es del derecho a la vida o el derecho a una muerte digna.

Usted ha hecho también referencia a los casos de eutanasia no voluntaria e incluso ha puesto el ejemplo de que en Holanda se dieran casos en los que se aplicara la eutanasia cuando el paciente está consciente y sin su consentimiento. Evidentemente, son casos extremos en los que, una vez más, no se tiene en cuenta cuál es la voluntad del paciente y me parece tan mal como aquellos en los que no se tiene en cuenta la voluntad del paciente que, conscientemente, está pidiendo una solución a lo que entiende es una vida indigna.

Muchas gracias por su comparecencia.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Costa.

Quiero preguntar al compareciente si prefiere contestar uno por uno a los distintos portavoces que vayan interviniendo o prefiere hacerlo en conjunto.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Creo que es mejor contestar uno por uno porque las preguntas están más frescas y después se difuminan todas y probablemente no llegue a contestar con satisfacción a nadie.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra, señor Herranz.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Su primera pregunta era sobre las normas concretas que se han establecido para regular la eutanasia.

Yo creo que el punto de vista legal lo conocen ustedes y, por tanto, voy a pasar rápidamente por encima. Sobre la eutanasia ha legislado Holanda; sobre ayuda médica al suicidio lo ha hecho el estado de Oregón, con una legislación que ya está en vigor, y el territorio del norte de Australia, aunque fue derogada porque es una entidad administrativa o legal cuyo rango no le permite legislar sobre un tema de derechos fundamentales.

Creo que es muy interesante conocer en detalle la legislación holandesa. No es una ley propiamente dicha; el Código Penal sigue condenando durísimamente —con ocho a doce años de prisión— al que comete una eutanasia, pero dejando el Código intacto y por diferentes procedimientos, a iniciativa de la Real Sociedad Holandesa de Médicos se establecieron una serie de criterios que

han sido aceptados y votados por el Parlamento en diciembre de 1995 —entró en vigor en 1996, aunque ya llevaba muchos años de práctica—. Es una modificación del Reglamento de sepelios y cremaciones en el que se autoriza el enterramiento o la cremación del cadáver cuando en los certificados médicos de defunción figura la muerte natural y también la muerte no natural. Para ello se rellena un impreso de cuatro caras, bastante minucioso y detallado, donde el médico está obligado a declarar que él siguió las instrucciones que la Real Sociedad Holandesa de Médicos ha establecido. Las instrucciones son: petición reiterada, consciente, libre y racional del paciente; situación terminal, con un máximo de expectativa de vida de seis meses; existencia de sintomatología médica incontrolable —lo que con los avances de la medicina paliativa no es fácil—; consulta a un segundo médico, probablemente un psiquiatra, para que determine si en la petición del paciente puede haber un factor de depresión que hasta cierto punto la desfigure; y, naturalmente, después de un plazo de reflexión y con testigos de una petición firmada, el médico puede acceder a practicar la eutanasia.

El estado de Oregón ha legislado sobre la ayuda médica al suicidio con criterios muy semejantes, aunque curiosamente en Holanda la última recomendación de la Real Sociedad Holandesa de Médicos es que no se hagan eutanasias, sino que se proporcione al paciente una sobredosis de medicamento capaz de matar y que sea el paciente el que ejecute su propio suicidio, con lo cual se purifica mucho más el ambiente de estas acusaciones que pesan gravemente en la opinión pública.

¿Qué es lo que ocurre? Cuando se estudian detalladamente tanto los datos estadísticos del Comité Remmelink, del Fiscal General, como artículos que se han publicado sobre la eutanasia en Holanda, la situación no es ya tan transparente y tan limpia. Por decirlo así, muchos de estos problemas suceden en la intimidad de la habitación de un paciente —muchas veces anciano, que vive solo— donde el médico tiene un enorme poder, el certificado que el médico escribe va al médico forense, el médico forense lo examina y le puede dar el sello o, en caso de duda, ponerlo en manos del fiscal que ha de investigar el asunto de un modo urgente porque, naturalmente, el cadáver está esperando para ser enterrado, de tal manera que prácticamente han llegado muy pocos casos a los tribunales en este tiempo.

La estadística refleja que en un 10 por ciento de los casos el médico administra la eutanasia sin petición del paciente y muchos de ellos pasan el control legal y no ocurre nada. El modelo holandés está fracasando en el sentido de que es demasiado permeable a los fallos y a los abusos. De hecho, las investigaciones que se hacen son mediante encuestas por correo a los médicos para que ellos confiesen. Con todas las seguridades legales que el asunto tiene, se calcula que menos del 40 por ciento de los casos de eutanasia son denunciados y el 60 por ciento se hacen al margen de la ley, sin rellenar el impreso correspondiente. Por ello, la conclusión del grupo inglés es la de que, de hecho, no se puede poner. La regulación de la Real Sociedad Ho-

landesa de Médicos es muy racional y muy completa, pero los médicos se la saltan.

Quiero añadir un pequeño detalle a este punto. En el año 1993, el Congreso de Médicos Generales Holandeses estudió el estrés del médico de medicina general. Holanda es un país muy curioso, donde el paciente prefiere estar en casa. En contraposición con los demás países de la Comunidad Europea, donde prácticamente el 75 u 80 por ciento, de los pacientes mueren en el hospital, en Holanda es al revés, en el hospital solamente muere el 25 ó 30 por ciento. Las personas prefieren morir en casa, y prácticamente el 90 por ciento de las mujeres realizan el parto en sus casas. El origen de lo que allí empieza a llamarse criptanasia, es decir, la eutanasia oculta, se produce en las casas. Cuando el Congreso estudió el cansancio del médico general que tiene que hacer muchas visitas domiciliarias, gran parte de ellas de noche, una resolución públicamente expresada en las conclusiones es que la eliminación eutanática de un pequeño número de pacientes que sean particularmente exigentes de cuidados médicos puede aligerar la carga laboral del médico. El hecho de que se publique a la sociedad unas conclusiones de este orden indica hasta qué punto la eutanasia se ha banalizado. A veces se ofrece como primera opción: señora, tiene usted una pulmonía, ¿quiere que le envíe al hospital o le aplico la eutanasia? Éste es el modo de proceder porque, evidentemente, los médicos somos infinitamente variados; algunos tienen una mentalidad muy delicada, otros se embrutecen porque el desafío diario del dolor llega a crear el recurso de encallecimiento emocional y es un problema terrible.

La eutanasia no sucede sólo en los hospitales, sino que también puede ocurrir en el domicilio de los pacientes, donde no hay nadie que controle estas circunstancias. A mí me parece que es una responsabilidad enorme no soltar un asunto que se nos puede escapar de las manos con enorme facilidad. Ésta es la única conclusión a la que ha llegado el Comité Inglés de la Cámara de los Lores al comprobar cómo en Holanda se ha disparado el asunto y no se puede controlar.

En cuanto al uso de la eutanasia pasiva, el término eutanasia es una palabra terrible, puesto que siendo una maravilla en sí misma por su ascendencia etimológica: una muerte digna, una buena muerte, y existe la tradición cristiana del buen morir, el «ars moriendi», que llamaban muchos tratados medievales, resulta que se ha convertido en una cuestión de carácter ético dudoso.

En el debate social hace falta definir bien los términos. Desde el punto de vista médico —y cuando estamos aquí reunidos— no estamos hablando del modo de ayudar filosófica, espiritual o sacramentalmente a las personas, sino que estamos viendo si el paciente terminal tiene derecho a que se le aplique la muerte, a la ayuda médica al suicidio o a que el médico le ayude a terminar su vida porque se le ha hecho prácticamente insoportable. Por lo tanto, mezclar churras con merinas, hablar de que eutanasia es, como dice la Asociación Médica Mundial, poner término deliberadamente a la vida de un paciente, y llamar también eutanasia a lo que no es poner término, nos obliga a hablar siempre de eutanasia activa, eutanasia voluntaria, eutanasia directa,

eutanasia indirecta y eutanasia pasiva. Hay personas que han puesto nombres tan horribles como «benemortasia», el arte del buen morir, etcétera, y produce confusión. Suprimir los tratamientos abusivos es lo que se llama la prohibición del encarnizamiento, ensañamiento o el abuso terapéutico y no es eutanasia pasiva, porque no estamos matando deliberadamente a nadie, no estamos anticipando la muerte de nadie, sino que estamos terminando un tratamiento deliberadamente inútil.

Se puede matar por acción y por omisión. Si un paciente sufre un «shock» anestésico y el anestesista se da cuenta de que su corazón se ha parado y dice: púdrete, no te hago nada, le está matando, al menos debe intentar una cardioversión para reanimarle, porque se recuperará con el cien por cien de su capacidad. Ahora bien, si por las razones que sean, porque es un enemigo personal o por cualquier otra deja de reanimarle, le ha matado; puede pasar inadvertido pero le ha matado. Si a un niño que nace con una malformación no se le opera cuando ésta es curable, se le deja morir; se le pone un biberón de tifosfato de codeína y muere en setenta horas tranquilamente, sin llorar, sin sentir hambre y sin provocar ninguna reacción en las personas.

Hay eutanasias por omisión, aunque la inmensa mayoría de ellas lo sean por comisión, y es tan activo matar por omitir un acto que es necesario, como matar por un acto que directamente mata. Por lo tanto, la opinión de la Comisión es discutible, como es lógico, pero para poner un poco de orden no hay que confundir estas cosas. El Colegio de Médicos de Barcelona dice que un 80 por ciento de los médicos catalanes está a favor de la eutanasia pasiva. Los médicos catalanes, si son verdaderos médicos y pensarán lo que les preguntan las encuestas, tendrían que ser cien por cien contrarios al abuso terapéutico —eutanasia pasiva— no el 80 por ciento.

El abuso terapéutico puede darse por ignorancia —se dio en los primeros años de existencia de las unidades de cuidados intensivos—, y sigue habiéndola porque los residentes bisoños prefieren ingresar en cuidados intensivos antes que llevarse una bronca por haber tomado una decisión llena de sabiduría: la de no introducir en cuidados intensivos a un paciente que está perdido y que no puede ser recuperado. En la unidad de cuidados intensivos entran pacientes cuando la familia dice: doctor, haga por mi padre lo que sea necesario. Me hubiera gustado que se llevaran casos de éstos a la Comisión Nacional de Deontología debidamente documentados para establecer una jurisprudencia dura y convincente, ya que se ha introducido en cuidados intensivos a un paciente sencillamente para poder después facturar 28 millones de pesetas. La unidad de cuidados intensivos puede ser una trampa económica y éticamente no sólo es degradante y abusivo contra el paciente, sino que es un baldón sobre la honorabilidad de la profesión.

Por lo tanto, el abuso terapéutico es un abuso que no se puede permitir hoy en día por ignorancia, interés económico o político, como el caso de los grandes de la tierra: el general Franco, Tito, el Presidente Neves o Hiro Hito, casos que han conmovido e indignado a la opinión mundial por un abuso —probablemente la camarilla de alrededor

quiere sacar algunos días para arreglar papeles, cerrar archivos, etcétera—, que sería importante aclarar. Razones políticas, económicas o ignorancia son tres móviles por los cuales, desde el punto de vista de la ética médica, debe condenarse el abuso terapéutico. Por lo tanto, es tan perverso en sí mismo que no se puede disfrazar con la noción de eutanasia pasiva, por ser un abuso del poder médico. No deberíamos hablar de eutanasia pasiva porque al haber ciertas modalidades de eutanasia aceptables, incluso exigibles éticamente, la gente ve sus criterios borrados y se le olvida establecer límites entre eutanasia activa y pasiva. Cuando se pregunta: ¿está usted a favor de la eutanasia? la gente responde: sí. En las encuestas no se pregunta más.

¿Dónde queda el consentimiento del paciente? El respeto al paciente es fundamental. Yo tengo una monografía sobre el respeto como actitud básica de la ética médica. El respeto entra en la ética médica con la Declaración de Ginebra y esta fórmula —antes lo he señalado— es secular, universal y engloba los móviles no solamente del respeto cívico, sino la caridad cristiana y las tradiciones fuertes de la humanidad en la relación médico-paciente. El paciente es infinitamente respetable, es el dueño de la situación, y el médico, en mi opinión, es el servidor. Pero el problema radica en que, evidentemente, no podemos anular al médico como persona moral para hacer muy fuerte al paciente también como persona moral. En la situación terminal, en muchas ocasiones los pacientes no están en condiciones muy adecuadas para tomar decisiones —y lo que digo no es paternalismo, sino producto de la más pura investigación empírica psicológica— por el cansancio, la falta de afecto, o por sentirse abandonados. Hay pacientes que piden la eutanasia por razones que podríamos denominar retóricas, dramáticas, pero no lo hacen por sinceridad. A veces la piden para atraer la atención sobre sí, para tomarse pequeñas venganzas, o para provocar un susto. Por tanto, este tema es muy complicado. El psicólogo americano Junger ha estudiado las peticiones de supresión del tratamiento de cuidados intensivos mediante un trabajo psicológico a fondo, y ha comprobado que los móviles de los pacientes a veces son muy sinceros, pero en otras ocasiones están trastornados por la situación realmente curiosa y especial que puede existir en esos momentos.

Además, una tradición de la teología moral católica es que nadie está obligado a acudir a un hospital y sufrir tratamientos que sean gravosos, tanto económicamente, como en tasas de dolor, abandonando el terreno. En este sentido, en la teología de la época clásica está muy claramente desarrollada la idea de que el abandono de la casa puede suponer un sacrificio tal para un paciente que éste no tiene por qué hacerlo. Me parece que los pacientes tienen una enorme capacidad de decisión, y esa decisión debe ser tomada libremente y el médico debe respetarla. El otro día surgió una discusión sobre la obligación de informar y el rechazo a la información —que es una forma de rechazar el tratamiento—, y se afirmaba que el médico no puede agarrar por la solapa del pijama a un paciente y decirle: ¡Te vas a enterar de lo que te voy a decir! Eso sería una violencia. Creo, pues, que es fundamental el respeto a las decisiones del paciente. A veces éste toma esas decisiones en

forma de testamentos vitales o de determinaciones anticipadas que están muy lejos de lo que es la situación real, y tendría que reafirmarlas, porque se ve claramente que cambian. Por ejemplo, una persona llena de salud puede firmar algo ante las sugerencias de unos activistas de los testamentos vitales, pero después de un accidente de carretera se retracta, como es lógico, de su antigua decisión porque piensa que, aunque no sea con plenitud de sus funciones motrices, puede seguir viviendo y todavía le quedan unos años por delante.

Por tanto, esa decisión tiene un valor relativo y es necesario evaluar en cada caso su vigencia actual. Éstos son instrumentos que han gozado de mucho prestigio y que están muy generalizados, lo mismo que los contrarios. Así, en Holanda en estos momentos hay 600.000 personas de más de 65 años que se han provisto, por decirlo así, del antitestamento vital, es decir, que en caso de que esas personas no participen en la toma de decisiones acerca de los cuidados piden que sean activamente tratados para intentar sobrevivir, aunque sea en condiciones precarias. El respeto al paciente —que vuelvo a repetir que es básico— obliga a estar siempre preguntando qué es lo que éste quiere, siempre que su petición sea compatible con la propia conciencia del médico, porque tan agente moral es uno como el otro, por lo que creo que es muy importante que dialoguen, se conozcan y lleguen a un acuerdo.

Y digo esto porque la calidad de vida, que es un concepto maravillosamente eficaz, ha venido a indicar a los médicos que no podemos hacer chapuzas, que todo lo que hagamos tiene que ser medido en cuanto a sus resultados se refiere, se trate de lo que se trate: ya sean intervenciones quirúrgicas —y así, crear un ano contra natura es algo que si se puede evitar debe evitarse, porque hemos de dar calidad a la vida—, como, por ejemplo, que los sistemas de cuidado de estomas sean adecuados.

Por tanto, la calidad de vida tiene una versión, la calidad del cuidado médico, que es fundamental y que supone una obligación moral profundísima para los médicos. Pero absolutizarla, es decir, pensar que la vida por debajo de un determinado nivel de calidad es indigna de ser vivida, que carece de valor vital, se asemeja a la noción de Binding y Hoche, los precursores de la eutanasia, según la cual, se crea una vida carente de valor vital y, por tanto, es sacrificable. Y me parece que absolutizar la noción de calidad de vida, de tal manera que se considere que haya vidas indignas de ser vividas, es un abuso terrible que no puede tolerarse. La calidad de vida como noción mejorativa, como una incitación a los médicos a pensar mucho en los pacientes para hacerles la vida más tolerable, a pesar de las dificultades que la enfermedad o las intervenciones médicas introduzcan, es una obligación moral muy importante. Pero, insisto, absolutizar la noción de calidad de vida como algo que permita considerar que esa vida no es tal y que, por tanto, cuando se destruye no se está destruyendo una vida, sino algo que no lo es, nos puede llevar muy lejos. Naturalmente, en el régimen nazi llevó a una situación catastrófica.

Por último, diré que una de las grandes glorias de España es la respuesta social a los trasplantes, y me parece

que eso se ha conseguido a base de crear una situación de transparencia y de ir más allá de la ley, porque la nuestra es una ley que se puede calificar como de «opting out»; es decir, que todos somos donantes, y el que no lo quiera ser debe inscribirse en una lista. Pero, aun siendo todo español un donante potencial, los médicos jamás hemos querido utilizar la cruda ley, por lo que siempre se ha pedido permiso a la familia y no se ha tomado un órgano sin su autorización, aunque eso puede tener un coste al cabo del año. En este sentido, les diré que en Pamplona los gitanos han empezado a donar órganos, algo que no era concebible hace unos cuantos años. Así pues, sería aberrante y absurdo que en el contexto actual para obtener un órgano para realizar un trasplante un médico matara a un paciente. Y voy a contarles una anécdota. Iba yo por Roma en un taxi, y un chiquillo se atravesó en la calle. El taxista gritó: ¡Brigante! Es decir, pensaba: Lástima que no te haya atropellado, porque tus riñones le hubieran ido bien a otra persona. Puede existir, pues, la mentalidad de que lo que importa es tener riñones para donar. Pero me parece que la idea de ligar la eutanasia a la obtención de órganos es altísimamente improbable, por no decir que imposible, en el contexto español. Y precisamente hemos conseguido esa tasa de donaciones por la delicadeza y la fidelidad con que se ha aplicado la ética, y no sólo la ley.

Con esto, creo que he contestado a todas sus preguntas. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Herranz.

A continuación, tiene la palabra el portavoz del Grupo de Convergència i Unió, Senador Cardona i Vila.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero agradecer al doctor don Gonzalo Herranz tanto su comparecencia como su exposición y la documentación que nos va a facilitar, que a buen seguro será muy provechosa para esta Comisión; sobre todo, en el momento que elabore sus conclusiones, si llega el caso.

Quisiera pedirle que profundizara en el concepto de eutanasia y en los problemas que ésta plantea hoy en día desde el punto de vista de la relación médico-enfermo, bien sea en la relación personal de un médico con un enfermo, bien en el caso de un equipo médico de una institución sanitaria, en la que puede haber un comité de ética, etcétera.

Por lo que se refiere a lo que tendríamos que entender como eutanasia, en mi opinión hay una condición «sine qua non», como es la manifestación expresa, voluntaria y fehaciente del paciente, que además debe ser expresada de forma reiterada. Creo que sin esa condición difícilmente podremos hablar de eutanasia. Por tanto, someto a su consideración la idea de que la eutanasia siempre tendrá que ser voluntaria. Hay otras condiciones que serán más discutibles, pero creo que todos tendremos que convenir en que una condición indispensable es que nunca se haga en con-

tra de la autonomía y, por tanto, de la voluntad —una de las cuatro condiciones de la bioética— del paciente.

Otra condición será que haya unas circunstancias patológicas del paciente que conduzcan, a pesar de los medios terapéuticos actuales —verdadero arsenal terapéutico—, en un plazo más o menos largo irremediablemente a la muerte. Esta condición es más o menos objetivable, pero habrá otras —por ejemplo, si es necesario también para entrar en ese concepto de eutanasia que haya unos sufrimientos insoportables— con las que sí entramos dentro del mundo, como decía la Senadora Costa, de lo subjetivo; esos dolores o sufrimientos insoportables se han ido sustituyendo por un término mucho más moderno y más adecuado que es el de calidad de vida. En ese sentido sí que tendrá importancia, yo diría trascendencia, la expresión de la voluntad del enfermo.

En cuanto a las diferentes formas de eutanasia, todas ellas con la circunstancia siempre de voluntaria, de voluntad, por lo tanto de aquiescencia, de expresión reiterada, diría yo, por parte del enfermo en este caso —porque, lo digo personalmente, por lo menos, de entrada, yo no entraría en otra discusión que no fuera en la situación de un paciente, por lo tanto en la situación de patología—, y pensar de que está superada esta diferencia entre pasiva y activa, creo que para ir concretando el tema tendríamos que aceptarla aunque fuera sólo como disquisición.

En cuanto a la pasiva, podríamos entender por acción, por ejemplo, en una situación determinada no hacer lo que se podría hacer, o bien por omisión, dejar de hacer aquello que desde el punto de vista médico y sanitario parece lo adecuado hacer para aquellas situaciones, siempre contando con la voluntad del enfermo, y no es el momento de entrar en el consentimiento informado, pero, en cualquier caso, dentro de esa moderna relación de médico-enfermo, superado ya el tradicional paternalismo por el cual el médico decide en lugar del enfermo, hay que tener en cuenta que el enfermo, además, le expresa su voluntad, y en eso hay diferencias desde el punto de vista de lo que es nuestra cultura a la anglosajona. La eutanasia activa puede ser indirecta, es decir la administración de sustancias para aliviar unos síntomas que también está claro y es conocido por parte del equipo médico que acortan la vida a pesar de que la intención es aliviarle aquellos sufrimientos. Finalmente, ya por exclusión, queda la eutanasia voluntaria activa directa que es aquella acción por la cual se le administra al sujeto una sustancia determinada que le produce la muerte.

Por lo tanto, pregunto si el problema tendría que circunscribirse a esta eutanasia siempre voluntaria activa y directa, con lo cual acotamos bastante la terminología, porque si el médico no puede curar, por lo menos sí tiene la obligación de aliviar, aunque en la forma de este alivio pueda llevar a acortar el período de vida que le queda a aquel enfermo; con lo cual también entraríamos dentro de la eutanasia. Pero entiendo que, desde mi punto de vista y por eso lo someto a su consideración, esto no forma parte de la eutanasia, sino de lo que usted ha citado muy bien y esta tarde tendremos ocasión de analizar, el Código Deontológico del Consejo de Médicos de Cataluña, en el cual

eso ya entra en la praxis médica y se entiende no sólo como aceptable sino como norma ética de conducta, de pauta terapéutica del médico con el enfermo.

Por lo tanto, le pediría que nos dijera si entiende que la eutanasia que debe ocuparnos fundamentalmente —lo otro también debe ocuparnos pero no de una manera tan fundamental— es esa eutanasia activa directa.

Finalmente, me gustaría que comentara la Declaración de Pamplona de la organización médica colegial del mes pasado, sobre todo en lo que se refiere a estos cinco puntos concretos de la medicina y el final de la vida.

Quiero reiterarle el agradecimiento por su comparecencia en nombre de nuestro Grupo.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

Le doy la palabra al señor Herranz para que proceda a contestarle, rogándole brevedad, ya que quedan dos portavoces todavía y seguramente cualquiera de sus señorías querrá intervenir después.

Muchas gracias.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Muchas gracias, señora Presidenta.

En cuanto a la Declaración de Pamplona telegráficamente le diré al doctor Cardona que ayer telefoneé al Secretario General del Consejo y me dijo que está ya aprobada en asamblea. Prácticamente fue creada en una asamblea, todavía no hay una formalización jurídica, pero realmente ha sido una reiteración de la doctrina tradicional.

La primera pregunta se refiere a si se pueden especificar unas condiciones mínimas, por decirlo así, patológicas que fueran tributarias de la eutanasia. Yo creo que es imposible. ¿Por qué? Porque desde el punto de vista social en la eutanasia van implícitos varios conceptos: hoy día ya no se habla tanto de los movimientos proeutanasia o de la dignidad o de la muerte con dignidad, de la situación médica extremadamente precaria, dolorosa, insufrible de la vida, sino que el centro de gravedad del movimiento proeutanasia se ha inclinado a establecer como un derecho humano fundamental la posibilidad de decidir el hombre sobre su propia muerte de un modo absolutamente pleno y autónomo, es decir, se hace referencia al hecho mismo de que el hombre es dueño absoluto de sí y puede disponer de sí cuando quiera, ordinariamente hay un amor a la vida en todas partes y no se hace si no es en condiciones de vida precaria.

Pero la experiencia que conocemos muestra hasta qué punto la tolerancia, el sufrimiento varía de unos seres humanos a otros. Hay una parte de la humanidad que es más vulnerable y hay otra que es más fuerte. Por ejemplo, en los siete primeros casos de Kevorkian prácticamente en ninguno de ellos había situación de cáncer terminal doloroso; fueron siete mujeres con diferentes problemas de depresión profunda, y hubo un caso en Holanda en el que los jueces felicitaron al doctor Chavot por haber dado muerte a una mujer, cuyo marido se había ido, su hijo había

muerto de leucemia y el otro se había suicidado y estaba sufriendo un dolor existencial insoportable, y concluyó que, contrariamente a lo previsto en la ley inicial, el sufrimiento psíquico puede ser mucho más duro e insoportable que el dolor físico y que, por lo tanto, es igual de tributario de la eutanasia. Es decir, a mí me parece que es imposible hacer una lista de indicaciones médicas o de situaciones patológicas que fueran tributarias de la eutanasia porque el factor subjetivo del que sufre es totalmente variable y lo que para una persona puede ser estoicamente aceptable, para otras puede ser un modo insoportable de vivir.

Respecto a la terminología podemos discutir hasta el agotamiento. Para entendernos adecuadamente hay que acudir a la definición que de la eutanasia de la Asociación Médica Mundial que es el poner fin deliberadamente a la vida de un paciente a petición de éste; incluye el carácter voluntario. La acción involuntaria es atacar por la espalda, utilizar la medicina como una puñalada tramera, y naturalmente el problema es hasta qué punto el médico tiene una obligación profesional muy seria de discenir en toda petición de eutanasia si existe un factor de depresión, si existe un factor que puede ser tratado y, por lo tanto, de negar la petición porque ofrece una alternativa. En este sentido, creo que legislar aprobando una eutanasia indirecta sería conceder a una persona privada el derecho a matar a otra persona privada, poniéndose el Estado una venda delante de los ojos. A mí me parece que es un problema que siempre hay que considerar. Aprobar la eutanasia es pasar un rubicón, se entra en un nuevo contexto social de enorme diferencia donde ya la vida de los seres humanos queda hasta cierto punto en manos de otros seres humanos, cosa que exige una enorme reflexión.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Herranz.

Seguramente tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, yo también quiero, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, dar la bienvenida al señor Herranz a esta primera sesión de comparecencias que celebramos hoy y, por supuesto, agradecerle todas las reflexiones y opiniones que nos ha transmitido.

Al hilo de su intervención quería hacerle unas preguntas. Cuando menciona la Declaración que se hizo en Portugal, no sé si ha dicho del Comité Permanente de la Organización Mundial de la Salud, llegaron a la conclusión de que los testamentos vitales en ninguna circunstancia deberían tener fuerza imperativa legal. A mí me gustaría conocer su opinión sobre si cree que entra en contradicción con esa capacidad de autonomía del paciente y con ese respeto, que dice que es fundamental, a las decisiones del paciente.

También ha hecho mención al Informe Remmelink, que se hizo en Holanda, creo que en el año 1995. Se comenta, y lo he leído en numerosos sitios, que se llega a la conclu-

sión con ese informe de que se ha disparado el número de eutanasias que se practican en Holanda. Cuando leo estas cosas, siempre me entran dudas. No sé hasta qué punto esos datos se utilizan siempre como argumento en contra de esa regulación que hay en Holanda de la eutanasia. Tengo dudas porque, según he leído, no hay informes previos, por lo que no sabemos si anteriormente había más casos que los que aparecen en ese informe. Por ejemplo, en España no sabemos en qué situación estamos, si hay o no actuaciones de ese tipo. Por tanto, si ahora reguláramos, por ejemplo, el tema de la eutanasia y dentro de un par de años hiciéramos un informe, no sé hasta qué punto se podría llegar a la conclusión de que esos datos son a consecuencia de esa determinada regulación. De hecho, creo que en el Informe Remmelink los propios autores reconocen que los datos no son suficientes como para avalar la tesis de la pendiente resbaladiza ni que se hayan disparado los casos.

En respuesta a la Senadora Costa, ha comentado que es imposible ligar la eutanasia al tema de los trasplantes por la regulación que hay y por la transparencia. Entonces a mí me surge la pregunta de por qué sí se puede ligar a la eutanasia llamada por muchos social o a la eutanasia eugenésica. ¿Por qué si el tema de los trasplantes está regulado con tanta transparencia, que impide que se puedan cometer esos abusos, no puede suceder lo mismo con el tema de la eutanasia, si lo regulamos con tanta o más transparencia?

Quería comentarle que cuando fijamos el plan de trabajo de la Comisión consideramos que era fundamental realizar el análisis de este tema en el marco de la bioética, de los cuatro principios que la sustentan, que son: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Para adentrarnos en ese análisis me gustaría saber cómo cree usted que se deberían resolver los casos en los que hay conflicto entre unos principios y otros. Es decir, a cuáles de ellos o a cuál se le debería dar prioridad en caso de conflicto y el porqué. También quisiera saber si cree que ha de ser siempre prioritario el mismo principio o no.

En este sentido, hay autores que responden a esas interrogantes diciendo que el principio de función benéfica se debe considerar siempre en el contexto del principio de función no perjudicial. Es decir, consideran que lo importante es asegurarse de que el daño previsto merece la pena y que la merece desde el punto de vista del paciente cuando lo comparamos con el beneficio igualmente previsto. Se pretende que el daño quede muy compensado por el beneficio del paciente. Me gustaría saber si cree que este planteamiento, que yo creo que no plantea ninguna duda en el tema de investigación médica, por ejemplo, se podría aplicar también en el tema de la eutanasia activa voluntaria, en el conflicto entre los principios de autonomía, de beneficencia y de no maleficencia, que supone una petición de ayuda para morir.

Otra cuestión que le quería plantear se refiere al Código Deontológico que, como usted nos ha dicho, el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial de España sigue rechazando sin ninguna excepción la eutanasia o el homicidio por compasión porque lo considera contrario a la ética médica.

Teniendo en cuenta que los códigos deontológicos médicos, aunque en líneas generales son los más antiguos y universales, por cuanto que son herederos de la tradición hipocrática, han sabido adaptarse al mundo contemporáneo, me gustaría saber si considera que las actuales normas morales médicas y, en concreto, ésta que establece que la eutanasia es contraria a la ética médica son ya inamovibles o no. Me gustaría conocer su opinión sobre la posibilidad de que en el futuro sea aceptada la práctica de la eutanasia activa voluntaria, del mismo modo que hoy se acepta como una buena práctica médica —creo que lo hemos comentado todos— la no prolongación artificial de la vida y la administración de fármacos mitigadores del dolor, pero que, a su vez, puedan acelerar la muerte.

Referente a esto último, quiero preguntarle también si no cree que al considerar de forma unánime, como hacemos, que es moralmente aceptable la no prolongación artificial de la vida y la administración de fármacos en esas circunstancias, aunque puedan causar el doble efecto de acelerar la muerte, si no cree que estamos proclamando que la obligación de aminorar los sufrimientos de la persona está por encima de la obligación de preservar la vida. Si no cree que estamos reconociendo que no existe la obligación de preservar la vida a toda costa. Y si considera que estamos admitiendo que la lucha contra el sufrimiento es una obligación superior, ¿no cree que habría que considerar también como moralmente aceptable la práctica de la eutanasia activa? Me gustaría conocer su opinión al respecto.

La última reflexión que le quiero trasladar es la siguiente: creo que es evidente que se ha alcanzado un consenso según el cual dejar morir cuando se cumplen ciertos requisitos o ciertas condiciones no es maleficente es decir, que no lesiona el principio bioético de la no maleficencia. Teniendo en cuenta que a ese principio de no maleficencia le vamos dando contenido continuamente, hay conductas que antes podían ser consideradas como no maleficentes y ahora sí que se consideran así, teniendo en cuenta que todas las sociedades van dando contenido, poco a poco, a ese principio, le quiero preguntar si no considera posible que ese mismo consenso que se ha alcanzado con lo que se llama dejar morir no se puede alcanzar también para determinar que ciertas acciones de ayuda a morir, cuando cumplen determinados requisitos, tampoco lesionan ese principio de no maleficencia.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el señor Herranz.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Muchísimas gracias.

Procuraré contestar brevemente, pero hay cuestiones que llevarían a que nos sentáramos a charlar porque concretarlas no es fácil. Voy a ver si yo ahora puedo contestar a todo.

Evidentemente, la Declaración de Cascais del Comité Permanente fue encomendada a la delegación británica

que, desde un primer momento, asumió la postura de que jamás podría ser así, como ha ocurrido en algunos Estados americanos, donde los «living wills» son exigibles, ejecutables y tienen valor legal, porque forman parte del testamento, que se ejecuta incluso antes de la muerte del paciente, cosa que es una contradicción en sí misma. Pero las razones que dan los ingleses son, como siempre, más bien empíricas, pragmáticas, que no fundamentales. Creo que ya aludí a ello. Una decisión tomada a gran distancia de tiempo, en un contexto vital tan distinto como puede ser la situación terminal, debe ser reafirmada por el paciente para que no quede él prisionero de su propia decisión anticipada. A mí me parece que un modo de respetar a la gente es que el interesado confirme que no quiere recibir este tratamiento, y si el tratamiento tiene un margen pequeño o mínimo de eficacia, yo creo que todo médico en su buen juicio, esté en la sanidad pública o en la privada, tiene que acceder a la petición del paciente, porque no se puede imponer. Por otra parte, si queremos tener un consentimiento verdaderamente informado hay una obligación de informar, y sin información yo creo que no es posible dar validez a una decisión que puede estar tomada en unas circunstancias muy diferentes.

A mí me parece que lo prudente es que el testamento vital —lo dice la propia Declaración de Cascais y he entregado la documentación— debe ser tomado en serio. Es un índice muy interesante que no se puede desatender nunca, pero que necesita refrendo, actualización y adaptación a la situación concreta. Creo que en este sentido, insisto, el respeto ético a los pacientes es el fundamento de la ética médica y hay que respetar las decisiones anticipadas para poder respetar al paciente, y éstas deben ser examinadas y puestas al día para no imponer situaciones que puedan ser inadecuadas.

En cuanto al informe holandés, se han hecho dos: hay un Informe Remmelink básico, del año 1991, y otro del año 1995. Se ha confirmado que hay una pendiente deslizante, una aceleración del número de eutanasias, y hay que tener en cuenta que existe la terminología siguiente: en la ordenación holandesa, la eutanasia significa matar, poner fin a la vida del paciente, ellos prefieren hablar así, de un modo inmediato, rápido. Es cuestión de segundos, puede administrar una inyección de cloruro potásico después de una sedación del paciente o se induce un coma insulínico. Hay diferentes modos de hacerlo, pero es provocar inmediatamente el final de la vida del paciente.

Junto a ello está lo que ellos llaman la eutanasia involuntaria, que puede ser inducida por los mismos métodos, pero en este caso el paciente no lo pide. La ayuda médica al suicidio proporciona al paciente una sobredosis para que éste la ingiera en el momento que desee. Hay un capítulo de enorme importancia e inquietud, lo que llaman decisiones médicas en torno al final de la vida, que comprende dos aspectos: uno, es no iniciar o suspender tratamientos con la finalidad de anticipar la muerte. El otro es dar un tratamiento más agresivo del necesario con la intención de anticipar la muerte. En el contexto de la definición de la Asociación Médica Mundial es una forma de eutanasia, pero ellos no lo consideran como tal. Los datos de eutana-

sia voluntaria son de aproximadamente 2.200 casos en el año 1991 y aumenta a 3.000 en 1995, mientras que en lo que se refiere a la eutanasia involuntaria el número se mantiene constante.

Lo paradójico es que disminuye el número de ayudas médicas al suicidio cuando la intención de la propia sociedad holandesa es favorecer que sea el paciente quien tome las decisiones y no el médico en su lugar. Pero el capítulo realmente preocupante es que las decisiones médicas en torno al final de la vida, repito, dar tratamiento excesivo o no iniciarlo con la finalidad de anticipar la muerte en cuestión de días, semanas o meses, alcanzan aproximadamente las cifras de 12.000 a 32.000 casos, respectivamente. De tal manera que, en este momento, en Holanda, una tercera parte de las muertes anuales no son debidas a fenómenos agudos sino a enfermedades de larga duración, a enfermedades terminales. Ésta es una situación que se ha desarrollado durante ocho años.

Dispongo de los datos y se los puedo proporcionar, y entre los años 1991 y 1995 ha habido una disminución de casos de ayuda médica al suicidio, de 1.000 bajaron a 800, mientras que los casos de eutanasia involuntaria y de eutanasia activa voluntaria crecieron aproximadamente el 15 ó el 25 por ciento. Creo que hay algo de progresividad en este asunto.

Respecto a la cuestión de la transparencia, evidentemente, el control, la publicidad, la presencia de testigos y una serie de protocolos que podrían establecerse quizá contribuirían a frenar la ilegalidad o la marginalidad de muchas intervenciones eutanáticas, pero el problema es que la eutanasia suele suceder en el ámbito reducido, privadísimo, de la habitación de un paciente. Es muy fácil, ante una situación terminal, que el médico salga de la habitación y que diga: ha muerto; sin que diga: lo maté. El poder terrible del médico me está creando preocupaciones. En Holanda el certificado de defunción tiene un valor testimonial decisivo y ordinariamente es objeto de un trato absolutamente frívolo por parte de los médicos. Muchas veces, en muchas ciudades, los médicos que asisten a los pacientes no firman el certificado. Son médicos conectados con funerarias y hay lugares donde la incidencia, por ejemplo, del infarto cerebral es 20 veces superior porque el médico firma el certificado por esta causa. Por ello, debe haber una intervención pública para inspeccionar los registros civiles y comprobar con qué seriedad se realizan los certificados de defunción, porque éste es un testimonio. En España estamos muy mal preparados, con una tradición muy larga de frivolar el certificado de defunción, que se hace de cualquier manera.

¿Cómo hacer que el notario u otra persona dé fe pública en un momento tan grave, tan íntimo como es la muerte de un paciente? Es un gran problema. Pienso que recae sobre la responsabilidad de los legisladores estudiarlo en el caso de ir hacia una desafortunada, pienso yo, actualización de la eutanasia.

No he querido analizar —y no creo que la señora Presidenta me autorice— el actual Código Penal, paradójico Código Penal español, en el cual la eutanasia tiene una pena dulcísima, prácticamente todo español hemos reci-

bido una especie de autorización para hacer una eutanasia y a salir por pelos del juicio sin pena ninguna, porque la máxima pena de dos años puede ser condonada por el Tribunal o ser suspendida si no tenemos antecedentes penales, mientras que, paradójicamente, y en contra de toda la tendencia legislativa mundial, la ayuda médica al suicidio, la ayuda consumada al suicidio tiene una pena que es dos o cuatro veces mayor cuando en todas partes la ayuda médica al suicidio tiene una pena muy inferior a la eutanasia y una situación contradictoria y paradójica con las corrientes jurídicas en el mundo.

Me parece que es enormemente difícil llegar a establecer una normativa, en caso hipotético de legislar, que cerrara herméticamente la eutanasia a los posibles abusos. Por fortuna, ustedes tendrán el placer de escuchar a continuación al Doctor Diego Gracia, que es el que ha introducido entre nosotros la Ética de «principismo» americano, la ha mejorado notablemente con respecto al modelo inicial de Beauchamp y Childress y realmente él puede hablar de esto.

Mi idea es la siguiente, he hablado con el Doctor Gracia muchas veces, y, en este momento, en América se considera que la ética de los principios está ya en ruina, están desmigajándose sus cimientos. Son instrumentos estupendos para hacer prácticas de hospital con el fin de iniciar a los miembros de los comités de ética en la discusión ética, pero es una cajita de herramientas que pueden utilizarse tanto para un zurcido como para un bordado; es decir, los principios en la ética americana están inconexos, no hay jerarquía. Es una cuestión de aplicación oportunista. Diego Gracia los estableció en dos niveles jerárquicos en una estratificación que les da solidez, pero no han perdido del todo la posibilidad de adaptación.

Evidentemente, en la relación médico-paciente y en lo que se refiere al principio de autonomía, aunque podría aplicarse a cualquier principio, hay dos autonomías que pueden llegar a estar enfrentadas, y las dos son igualmente dignas. El médico no es un lacayo del paciente ni éste es propiedad del médico. El reconocimiento de médico y paciente como dos agentes morales llenos de dignidad y equivalentes en dignidad, me parece que inutiliza muchas veces las situaciones de conflicto.

Precisamente he escrito un trabajo para demostrar que es aconsejable una negociación, un conocimiento previo, una cesión, una comprensión, es necesario acercarse lo más posible el uno al otro, pero puede llegar un momento en que el abismo que los separa sea irreductible, uno pide una cosa que el otro no puede conceder, incluso también el médico puede imponer algo que el paciente no puede aceptar, por lo que el poder médico es tiránico, despótico, indigno. Por ello me parece que el principio de autonomía queda en tablas, porque uno y otro son igualmente dignos. Está toda la Teoría de Engelhardt sobre que alguien puede tener convicciones privadas en su intimidad, pero en el hospital tiene que atenerse a la ética civil mínima, y en el infinito campo de decisiones discrecionales es válido, pero cuando entran en conflicto valores éticos innegociables, no sirve para nada. Yo no puedo degradarme éticamente ante mí mismo haciendo algo que es profunda-

mente contrario a una seria conciencia. Me parece que la objeción de conciencia profesional es muy importante, y debería desarrollarse a fondo. Creo que la sentencia del Tribunal Constitucional que opera por sí misma da una enorme latitud, pero sería bueno configurarla de un modo claro. Pero el principio de no maleficencia depende de la idea de pensar: esto no es vida, y, por tanto, al destruirla no estamos eliminando una vida. Pero la vida tiene una base física que no puede ser negada por la evidencia científica. Por tanto, matar siempre es hacer mal. El único mal irreversible es la muerte. Es muy difícil también que el principio de no maleficencia pueda actuar. La beneficencia ¿es dar vida o dar el beneficio de la muerte a quien no quiere vivir?

Me parece que los principios, en este caso, son llevados a una situación límite donde realmente pueden ser utilizados como lo que son, herramientas; uno construye su propia solución y otro la diametralmente opuesta con la misma corrección técnica, con el mismo buen uso de estas herramientas, que son los principios.

Por último, la historia de los códigos deontológicos —la pregunta es muy sugestiva y nos podía llevar muy lejos— es muy interesante. Se parte de un principio que se configura en el mundo anglosajón de una manera y en el mundo del código napoleónico de otra. Hay un mandato del Estado. Hay una iniciativa de la sociedad. Llega un momento en que, a finales del siglo pasado, se dice a los médicos: recibís el privilegio de autonomía profesional si os comprometéis seriamente a una autorregulación. Se les dice: «Ponemos nuestra vida en vuestras manos, pero decidnos cuáles son las normas conforme a las cuales vais a actuar».

El Código es la respuesta de la profesión a ese mandato social. Nuestros médicos —dice una asociación médica nacional— se someten a estas normas. Yo he defendido que el Código debía estar en las salas de espera de los médicos y en los pasillos de los hospitales. La gente debería saber qué es lo que debe esperar de los médicos. No me han dejado que esto sea así, pero a mí me parece que el Código forma parte de un contrato social. El Código no es un sistema corporativo de mantenimiento de privilegios. El Código español actual tenía que haber sido renovado en 1992. Estamos en 1998. Se han hecho cuatro consultas a los colegios. Hay que consultar a todos los colegiados y hay que publicarlo en los periódicos para que la gente nos dé su opinión. No queremos convertirlo en algo relativo, sino que haya, precisamente, un consenso y un conocimiento sobre el mismo para que nos puedan venir enmiendas de todas partes. ¿Por qué? Porque el Código Deontológico no es un instrumento de corporativismo autoprotectivo, es un compromiso público de comportamiento, y lo que está dicho ahí es exigible.

En Francia el Código es un Decreto presidencial. Lleva la firma de seis Ministros, la de Chirac el primero. Es aplicado por tribunales deontológicos presididos por un magistrado. Tiene una fuerza legal que aquí no tiene. Aquí nunca se ha querido dar al Código una fuerza legal. A mí me parece que éste es un defecto, aunque tiene también ciertas ventajas. El problema es ése. Yo creo que es nece-

sario cambiar la idea. Los códigos no solamente deberían ser mucho más participativos, sino que deberían ser un documento público en el cual, por decirlo así, la profesión confesara delante de la sociedad cuáles son los compromisos éticos de los médicos.

¿Puede decir un Código que la eutanasia es contraria a la ética? Una sociedad en la que las poblaciones más vulnerables supieran que se deja a la discreción del médico el dar la muerte viviría atemorizada. Éste es el fenómeno que se está observando en Holanda, muchos ancianos no quieren ir al hospital. El médico tiene siempre, no por un empeño vitalista, la obligación de respetar la vida conforme al Código. Decir que se compromete a no aplicar tratamientos abusivos, que se abstiene de aplicar la muerte a sus pacientes es un argumento muy utilitarista empleado para tranquilizar a la sociedad, máxime cuando se sabe que la medicina jamás podrá ser empleada en contra de los intereses vitales del paciente.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señor Herranz.

Seguidamente voy a dar la palabra al portavoz del Grupo Parlamentario Popular, don Enrique Bellido, por tiempo de cinco minutos. Lamento tener que empezar a blandir el reloj, pero tenemos prevista otra comparecencia para las 12 y quedan pendientes su intervención y la del profesor Herranz. Les ruego a los dos, por favor, que se sujeten al horario. Gracias.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Sé que me va a ocurrir esto en más de una ocasión. Muchas gracias, señor Herranz, por aceptar comparecer ante esta Comisión especial para dar sus opiniones.

La verdad es que cuando el Grupo Parlamentario Popular apoyó la iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista de crear esta Comisión especial lo hizo atendiendo al criterio de que un debate que se había abierto en la sociedad por unas circunstancias muy concretas —yo creo que ahora mismo no existe esa efervescencia, al menos a nivel popular— podía ser trasladado al Parlamento, al Senado, y aportar algo de luz al mismo y, por supuesto, nuevos criterios. Ése es el planteamiento que quiere hacer el Grupo Parlamentario Popular en esta Comisión. No quiere entrar a discutir las opiniones de los comparecientes ni fijar tampoco su propia opinión, estemos o no de acuerdo con cada uno de los comparecientes que aquí intervenga. Únicamente queremos contrastar criterios, integrarlos en los trabajos de la Comisión y, al final, si así se considerase oportuno, elaborar unas conclusiones.

Yo había venido con la idea fija de no formularle preguntas, pero no me voy a sustraer de hacerle algunas. Ha hablado de que ha dirigido algunas tesis, una de ellas referida a la necesidad de comunicación del paciente terminal. Yo le preguntaría si cree que un buen método de comunicación con el paciente terminal y también con los familiares de ese paciente haría innecesario de alguna manera el debate sobre la eutanasia.

La Comisión en la que estamos trabajando habla de la eutanasia, pero también del derecho a una muerte digna, y

poco hemos hablado en esta Comisión o, al menos, en esta sesión de muerte digna. Yo le preguntaría qué es para usted la muerte digna. Le preguntaría si está a favor de aquellos que consideran que esa muerte digna se realiza basándose en factores externos o de aquellos otros que dicen que la dignidad en la muerte proviene de factores internos del propio enfermo, del propio individuo a la hora de afrontar ese paso entre la vida y la muerte.

Ha dicho también que la eutanasia sustituye a la medicina. Yo le preguntaría, aunque posiblemente me va a ratificar lo que antes ha comentado, si considera que existe una total incompatibilidad entre medicina y algunas prácticas eutanásicas cuando haya por medio un testamento vital y, por supuesto, respetando la objeción de conciencia del médico.

Como usted bien conoce, señor Herranz, existen algunos comités de ética asistencial trabajando en hospitales de nuestro país. Me gustaría, si es posible, que nos comentase si tiene alguna referencia sobre estos planteamientos o si se consideran aspectos éticos en las discusiones sobre el final de la vida en estos comités de ética asistencial. También quisiera que me dijera si algunas prácticas éticas —ya hemos desterrado el término «eutanasia pasiva»— para el fin de la vida se pueden confundir con la eutanasia en ocasiones en nuestros centros sanitarios.

Por último, usted ha hablado del Código Deontológico. Como usted bien ha dicho, es importante que sea un Código participativo. Alguna alusión ha hecho a ello, pero yo le preguntaría si la OMC ha elaborado alguna encuesta reciente con médicos de todo el país sobre su posición ante la eutanasia. Al respecto tengo que decir algo que es importante. Yo creo que aquí no sólo debe contar la opinión del médico a la hora de elaborar un Código Deontológico sino también la del paciente como parte muy interesada. Por eso, quiero saber si la OMC ha realizado algún tipo de encuesta a los ciudadanos en las distintas etapas de la vida, porque todos sabemos que las respuestas pueden ser muy diversas.

Nada más y muchas gracias, señor Herranz. Gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias a usted, Senador Bellido, por ajustarse al tiempo.

Tiene la palabra el señor Herranz por cinco minutos.

El señor HERRANZ RODRÍGUEZ (Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de Navarra): Muchas gracias, señora Presidenta.

Voy a intervenir telegráficamente.

La comunicación paciente terminal-médico es sorprendente. Una vez más se demuestra que los pacientes son infinitamente diversos entre sí. Hay un fondo estoico en una gran parte de la población que prácticamente no tiene necesidad alguna de comunicación. Es curioso. Se han hecho dos tesis doctorales sobre dos aspectos distintos. Hay gente con una enorme necesidad de comunicación y hay otras personas que se conforman con lo que les dan. Los datos están a punto de ser publicados. Yo diría que la comunicación es una obligación, no se puede negar a nadie.

Sin embargo, es necesario respetar, por decirlo así, las necesidades cuantitativas porque las personas son muy diferentes unas de otras.

Paso ahora a contestarle sobre el derecho a una muerte digna. Evidentemente, es muy subjetivo lo que se puede entender por dignidad de la muerte. Hay gente que dice que la muerte es indignísima, que no hay manera de dignificarla porque es la agresión final al hombre. Yo creo que la obligación de acompañamiento es fundamental. El médico es básico y actúa, incluso, como un adjunto farmacológico. Hay un viejo trabajo del hombre que inició la medicina paliativa, que era un gran profesor de cirugía en Estados Unidos. Hizo un ensayo clínico, perfectamente controlado, por el que confirmó la hipótesis de que las necesidades, por ejemplo, de fármacos opiáceos para tratar el dolor disminuían notablemente cuando el médico entraba en la habitación del paciente, del moribundo, charlaba con él, tenía un mínimo contacto físico y se sentía atendido y querido como persona, que cuando el médico pasa por la puerta de la habitación, pregunta a la enfermera y sigue adelante. Esto es una especie de herejía dentro de una medicina estrictamente mecanicista, pero realmente está demostrado que es un trabajo de una corrección total. A mí me parece que a cada uno hay que darle la dosis de consuelo, de alivio, de comunicación en la medida en que lo necesita, y, naturalmente, también de fármacos.

¿Entran o no los comités de ética de los hospitales en el estudio de estos temas? Yo creo que en España empiezan ahora a funcionar; hasta el momento no se han publicado estadísticas de la naturaleza de las consultas dirigidas a los comités de ética de los hospitales. Sin embargo, puedo decir que en los Estados Unidos las decisiones sobre vida son una parte muy significativa y, es más, da la impresión de que es el tema obsesivo o preponderante que se somete a los comités de ética de los hospitales: hacer, abstenerse, continuar, aceptar un testamento vital para suspender. Yo diría que ésta es la actividad predominante de ellos.

¿Pueden existir intervenciones que se confundan con la eutanasia? Al no haber una fijeza de criterio, una persona puede pensar que es eutanasia una intervención que no lo es y, en estas cosas, puede haber una especie de hipersensibilidad patológica que lleve a situaciones de mal juicio. ¿Qué es lo que ocurre si la decisión o la definición es firme? En el fondo hay una cuestión de intencionalidad. En el Derecho anglosajón las motivaciones, las intenciones no cuentan en absoluto, mientras que en nuestro Derecho sí se tienen en cuenta. Realmente es muy difícil objetivar la intencionalidad y, por lo tanto, lo que para un juez pueda ser un acto de eutanasia, para otro puede ser simplemente una intervención médica que ha tenido un resultado adverso. Ahí puede haber una gran diferencia de interpretación.

¿Ha hecho la OMC alguna encuesta sobre esto? No. El Colegio de Médicos de Barcelona hizo hace años, creo que en 1990, una encuesta sobre eutanasia entre los médicos del Colegio. La respuesta no fue muy numerosa y yo creo que, hasta cierto punto, fue divulgada de un modo engañoso porque el énfasis sobre la eutanasia pasiva terminó en los titulares como favorable a la eutanasia «tout court». Realmente yo tengo una serie de prevenciones sobre el valor de las en-

cuestas ya que el modo de preguntar, el texto de la pregunta o la expresión del encuestador están cargados de electricidad ética y social. Se sorprende en la calle a un transeúnte y se le pregunta qué piensa de un determinado tema y éste, muchas veces, dispara una respuesta que es irreflexiva y no tiene gran significación. A mí me parece que el número de respuestas de «no sabe, no contesta» debería ser grandísimo. Creo que se les debería decir: piénselo usted hasta mañana que volveré por aquí, tome esta documentación y reflexione. Porque las respuestas de muchas encuestas son un escopetazo que da la gente que responde de cualquier manera y que por el tono, el gesto, o el fenómeno, que se llama «efecto Hawthorne» responde de modo distinto cuando se siente observado de cómo lo haría espontáneamente, y es muy difícil de descontar de estas respuestas.

La señora PRESIDENTA: Muy bien, muchísimas gracias, profesor Herranz y gracias también por ajustarse al tiempo establecido.

Como a esta Presidencia le gusta cumplir con todo lo que le ordena su Mesa y su Junta de Portavoces, con temor —porque vamos mal de tiempo— les pregunto si alguna señora Senadora o algún señor Senador desea intervenir. *(Pausa.)*

Muchísimas gracias, señorías.

Quiero agradecer nuevamente al señor Herranz su intervención, sus interesantes manifestaciones y el volumen de documentación que nos ha dejado. *(Pausa.)*

— DE DON DIEGO GRACIA GUILLÉN, DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA (715/000225).

La señora PRESIDENTA: Vamos a seguir con el orden del día marcado para hoy. En nombre de la Mesa y en el mío propio damos la bienvenida a don Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina y Director del Instituto de Bioética, Fundación Ciencias de la Salud, Universidad Complutense de Madrid.

Bienvenido, señor Gracia. Tenemos prevista una intervención suya; posteriormente, intervendrán los cinco Grupos Parlamentarios, les contestará usted y, a continuación, habrá un diálogo, si es posible y el tiempo lo permite, cortito.

Tiene usted la palabra.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA (Gracia Guillén): Ante todo, les doy las gracias por la amabilidad que han tenido al invitarme.

No voy a definir lo que es la eutanasia, o al menos lo que hoy se entiende por eutanasia. Es evidente para todos que el concepto actual de eutanasia es bastante restrictivo. Se entiende por eutanasia la acción que se realiza en el cuerpo de otra persona con la intención directa de quitar o poner término a su vida y a petición suya, para distinguirlo de otro conjunto de cosas que se denominan eutanasia pasiva, eutanasia activa indirecta, etcétera, que generalmente no entran dentro del espacio de lo que hoy se entiende por eutanasia. Por lo tanto, es la acción que se realiza directa-

mente en el cuerpo de otra persona con la intención de quitarle la vida y a petición explícita y reiterada de ésta.

En la autanasia así entendida entran en conflicto dos valores, que son fundamentales y clásicos: el valor vida y el valor libertad. El problema es, en primer lugar, hasta qué punto una persona tiene capacidad para disponer de su cuerpo y, en segundo lugar, si tiene capacidad para pedir a otra persona que realice en su cuerpo un acto que tenga por objeto poner fin a su vida, y cómo puede manejar esto el ordenamiento jurídico. Se trata de un típico problema de conflicto de valores, de ahí su dificultad.

¿Cómo se ha resuelto este conflicto de valores? Hay dos posiciones, una más clásica y otra más moderna. En el conflicto de valores entre vida y libertad la actitud clásica fue siempre poner por delante la vida a la libertad, entre otras cosas porque la definición de la libertad como valor es relativamente moderna. Es decir, la idea de libertad de conciencia y del respeto de la libertad de conciencia surge en el siglo XVII en las luchas entre protestantes y católicos, y se refiere fundamentalmente a la libertad religiosa, es decir, al derecho de todo ser humano de que se le permita ser fiel a sus creencias y cumplir con ellas, aunque mayoritariamente en ese medio la creencia o la religión establecida sea otra. Esto costó mucho, supuso 150 años de guerras de religión las que siguen al manifiesto de Lutero a la puerta de la catedral de Wittenberg, a comienzos del siglo XVI. Pero después de ese siglo y medio se llega a la conclusión de que la conciencia es inviolable, debe respetarse y los valores y creencias son inviolables. Empieza a aparecer el llamado principio primero de la tolerancia, después de la libertad de conciencia y que se ha convertido en un elemento básico de nuestras vidas, hasta tal punto de que nuestras sociedades, a diferencia de las sociedades clásicas, se denominan sociedades pluralistas precisamente porque admiten la pluralidad de valores en la conciencia: valores religiosos, políticos, etcétera. El respeto a esta diversidad es un valor básico en nuestras sociedades. Es más, la libertad de conciencia está recogida en nuestra Constitución como valor desde el primer momento.

¿Qué quiere decir esto? Que en el conflicto entre vida y libertad ha habido un cierto cambio histórico en las sociedades occidentales, de tal manera que las sociedades clásicas primaban, por lo general —había excepciones—, la vida sobre la libertad dando un argumento —que todavía se da, por ejemplo, en Derecho—, y es que la vida es el soporte de todos los demás valores, aunque aquellos otros valores se puedan considerar superiores a la vida, como es el caso de los valores espirituales y, por lo tanto, es un «prius» respecto de todos los demás valores. Éste es el argumento clásico para priorizar la vida respecto de la libertad. El argumento moderno es que la vida sin el respeto de las creencias es una vida indigna, una vida que uno no puede asumir como tal, etcétera. Éstas son las dos posiciones clásicas.

Cuando el principio de tolerancia o de libertad de conciencia empieza a tomar cuerpo en Europa, a partir del siglo XVII, de lo que se habla fundamentalmente es de libertad religiosa, y por ello muchas veces la idea de libertad de conciencia se hace sinónima de libertad religiosa, cosa

que no es cierta, pero es una dimensión o un espacio de la libertad de conciencia, ya que el derecho de la libertad de conciencia se gestó en las luchas religiosas. Se consiguió la tolerancia en el espacio de la vida religiosa y en el espacio de la vida política, no en el espacio de la gestión del cuerpo, que es un espacio que ha permanecido anclado y se ha resuelto el conflicto con los antiguos paradigmas prácticamente hace unas décadas.

Éste es un fenómeno general. Por ejemplo, en 1989, a los dos siglos de la Revolución Francesa y, por lo tanto, de la Declaración de Derechos de los Ciudadanos de 1789, el Ministro francés de Sanidad pudo decir que quizá la máxima novedad en la teoría de los derechos humanos era el descubrimiento de los llamados derechos de los pacientes, que son, de algún modo, la llegada del derecho a la libertad de conciencia en lo que se refiere a la gestión del cuerpo. Toda la teoría del consentimiento informado, que está contemplado en el artículo 10 de la Ley de Sanidad española del año 1986, supone que el paciente no solamente tiene derecho a la gestión privada y libre de sus ideas religiosas o de sus ideas políticas, sino probablemente también —dentro de ciertos límites, como es obvio— a la gestión del propio cuerpo, a la gestión de su vida y a la gestión de su muerte. Ésta sería la cuestión y el problema.

¿Por qué? Porque a la vez que ha surgido y las sociedades occidentales han ido tomando conciencia de que la gestión privada del cuerpo está protegida de algún modo por el principio de libertad de conciencia y por el derecho a la libertad de conciencia, ha ocurrido otra cosa de una enorme importancia: un incremento de la tecnología y de la capacidad de manipulación de la vida y de la muerte sin precedente en toda la historia de la medicina. Yo suelo decir a mis alumnos que la medicina ha avanzado en 30 años más que en los 30 siglos anteriores. Esto, que puede parecer una frase un poco retórica, probablemente una exageración, si se analiza con cuidado, es verdad. Hasta hace treinta años la muerte era un fenómeno natural, de tal manera que quien mataba era la naturaleza. Es curioso, porque así sigue figurando en el Derecho. En él, la expresión muerte natural sigue teniendo vigencia contrapuesta a la llamada muerte violenta, de tal manera que, por ejemplo, las precauciones que el Derecho va a exigir en el caso de muerte violenta —autopsia y análisis de las posibles causas— son completamente distintas de las que toma para el caso de muerte natural. En Medicina hoy tiene poco contenido la expresión muerte natural, porque casi toda muerte es, por definición, intervenida, y si no lo está es porque se ha escapado, es decir, porque, de algún modo ha habido, no digo un error, pero sí que el sistema sanitario no ha sido todo lo eficiente que en principio se supone debía ser. Las muertes son intervenidas, y morir hoy es algo que no sólo depende de la naturaleza, sino también de la voluntad de las personas. Es el caso, por ejemplo, de la aparición de las llamadas unidades de cuidados intensivos y de un conjunto de tecnologías que se suelen conocer con el nombre de técnicas de soporte vital, como la diálisis renal en el caso de la suplenia de la función del riñón, o la diálisis peritoneal, o el trasplante de riñón. Hoy, una función vital, como es la renal, se puede sustituir de varias maneras, pero

lo mismo pasa con la función respiratoria y los respiradores, y con la función cardíaca y los desfibriladores o los trasplantes de corazón o con la función digestiva. De hecho, la alimentación enteral o parenteral completa y continuada a lo largo de años está conseguida, por primera vez en la Historia, desde hace relativamente poco tiempo. En consecuencia, puede decirse que las muertes, en muy buena medida, están intervenidas.

Quizá alguno de ustedes recuerde, de sus tiempos pasados, el famoso fenómeno del desahucio, en el que el médico intervenía e intentaba, por supuesto, curar al paciente, pero a partir de un cierto momento en que creía que su acción ya no podía ser terapéutica, realizaba el diagnóstico y el pronóstico más importante de la medicina clásica, que era el diagnóstico y el pronóstico de desahucio. Por tanto, la Medicina no tiene nada que hacer aquí, y el médico pasaba a una especie de segundo espacio o nivel, dejaba la delantera al sacerdote, y controlaba exclusivamente síntomas. Ésa era la función del médico clásico. Pero el desahucio ha desaparecido. Es probable que ustedes no hayan oído decir, en los últimos veinticinco o treinta años: es un desahuciado. Se habla de enfermos terminales, se habla de enfermos críticos, de enfermos críticos reversibles o irreversibles, y a eso se dedica la Medicina crítica, es decir, la Medicina intensiva o las unidades de cuidados intensivos; se habla de Medicina paliativa en el caso de los enfermos terminales, pero la palabra desahucio ha desaparecido. ¿Qué significa esto? Pues que, como consecuencia de los progresos de la medicina, habría que decir que el morir depende, en muy buena medida, de los seres humanos y no de la naturaleza. Hay alguien o «álguienes» que deciden continuamente. Y tiene sentido que, cuando la situación es ésa —y es ésa—, se pregunta la gente que, si hay que decidir, quién es el que tiene que hacerlo o quién tiene más legitimidad para ello. Éste es el problema típico, no ya de la eutanasia, sino de todos los problemas éticos relacionados con el final de la vida: puesto que hay que tomar decisiones, ¿quién es la persona más legitimada para adoptarlas o a quién competen en primer lugar dichas decisiones: al médico, al paciente, a la familia? El orden, en la sociedad española tradicional, era el médico, la familia y el paciente, de tal manera que éste estaba en tercer lugar. Si se acepta —como creo yo que hoy, en la teoría de los derechos humanos es evidente que hay que aceptar— que el consentimiento informado es un derecho civil y político y, por tanto, un derecho subjetivo y no transferible —en principio—, parece que ese orden es difícilmente defendible y que habría que decir que es más bien el contrario; es decir, es el paciente o el sujeto —porque puede no ser paciente—, el enfermo, si es un enfermo terminal; en segundo lugar, probablemente sería la familia; y el médico no tiene derecho a tomar ese tipo de decisiones más que en ciertos casos muy particulares como son las situaciones de urgencia. Ésta sería la situación actual.

¿Qué es lo que pasa en nuestro medio? En nuestro medio pasan varias cosas que yo creo son interesantes. Una primera es que nuestro Derecho, sobre todo el Penal, sigue bastante amparado en la antigua teoría de que la vida

es un «prius» ante cualquier otro valor y que, por lo tanto, tiene prioridad respecto a ellos. Esto es lo que yo creo que permite entender por qué hoy los profesionales sanitarios se encuentran en una situación tan desagradable, no ya cuando actúan en el cuerpo de otra persona con la intención de quitarle la vida, sino simplemente cuando intentan, por ejemplo, respetar la voluntad autónoma de un paciente que en una fase terminal dice: No quiero más, o no quiero ingresar en una unidad de cuidados intensivos, o no quiero que me enchufen a un respirador, o no quiero más diálisis. En este caso, el médico se encuentra ante una duda salomónica porque, si hace caso al paciente, se le puede acusar de ayuda y colaboración al suicidio y, por tanto, cometer un delito penal serio. Por otra parte, parece claro que el paciente tiene unos ciertos derechos a gestionar su propia muerte de acuerdo con su sistema de valores y sus creencias. Esto pasa en el caso del paciente terminal que rechaza ciertos tratamientos, como ocurre con los Testigos de Jehová. Imaginemos un adulto, por ejemplo, de treinta años, que va por la calle, sufre un accidente de tráfico que le supone una pérdida masiva de sangre, lo cual le puede producir un fracaso renal, coronario o cerebral y la muerte, pero dice que no quiere sangre. El médico se encuentra ante el dilema de si tiene obligación de transfundirle la sangre o si tiene que respetar su decisión.

Por tanto, habría que decir que uno de los graves problemas que tiene nuestro Derecho es que todavía está situado en una posición un poquito antigua y, además, yo creo que hasta un poco inconstitucional, que es la de conceder prioridad, en principio, a la vida sobre la libertad de conciencia. En ese sentido, pienso que sí se podría progresar mucho legislativamente. ¿Cómo? Pues, por ejemplo, concediendo a los pacientes, y además diciéndolo explícitamente, de tal manera que la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios esté un poco más asegurada, el derecho a gestionar su vida y su muerte, dentro de ciertos límites razonables; por ejemplo, concediendo validez a los testamentos vitales, que es algo que hoy no está contemplado en el Derecho español, como quizá sepan ustedes mejor que yo, y dándoles capacidad para decidir o para rechazar tratamiento, sobre todo cuando su vida está ya muy comprometida.

Creo que éste es un paso legislativo fundamental, importante, que la sociedad está esperando y que los profesionales sanitarios necesitan. Es un cambio legislativo importante, en el cual se concedería mayor espacio a los pacientes para decidir las cuestiones relativas a su vida y a su muerte y, por tanto, a la gestión de ambas; y es obvio que estamos hablando, por supuesto, de pacientes competentes, adultos, etcétera.

Yo me pararía ahí. Creo que ése es un espacio que hay que ganar, que es necesario, que daría seguridad jurídica y mejoraría la calidad de las relaciones sanitarias. Ahora bien, el pasar de ahí a lo siguiente, que es aceptar que los profesionales sanitarios actúen en el cuerpo de otra persona directamente y con la intención de poner fin a su vida, a petición expresa y explícita de ellos, yo no lo aceptaría. Me parece que sería imprudente por muchas razones. Llevo muchos años dedicado a esto, y podríamos estar

dando todas las razones que quisiéramos. Pero más allá de las razones, a mí me parece que sería claramente imprudente, aunque sólo fuera por una razón. La discusión sobre si es lo mismo respetar —por tanto, no poner— que actuar cuando hay razones, es decir, si la transitividad o no del acto tiene relevancia moral o sólo psicológica, es un debate sobre el que se ha discutido mucho y que, en Teoría bioética lleva abierto veinte años. Éste es el tema que se ha discutido tradicionalmente, y se ponen ejemplos de que a veces sí y a veces no, etcétera. Yo creo —y así lo he defendido en algunos escritos— que tiene relevancia psicológica y moral. Una cosa es respetar la voluntad de una persona y otra actuar en el cuerpo de otra persona, con la intención directa de quitarle la vida.

Yo a esto último me opondría. Creo que no sería conveniente porque hay razones para ello y, desde luego, más allá de las razones, me parecería imprudente. Pero de no aceptar eso a dejar la legislación española en la situación en que está ahora, me parece que hay un abismo. Por tanto, hay un espacio enorme en medio que habría que cubrir, que es urgente cubrir tipificando bien las cosas, definiendo los conceptos y asegurando una cierta impunidad jurídica a las personas que actúen de este modo y, por tanto, respetan la voluntad de los pacientes cuando se niegan a aceptar tratamientos, se concede validez a los llamados testamentos vitales y a otra cosa que quizá es más importante que éstos: lo que en la legislación norteamericana se llama «durable power of attorney», y no sé cómo se denomina en castellano. Esto es un poder durable ante el «attorney», que creo que es fiscal, aunque no estoy muy seguro de ello; supongo que en España habría que decir el poder durable ante notario, pero es complejo.

¿En qué se diferencia del testamento vital? Creo que en el poder durable hay que dar fe pública. Es como en el tema de los testamentos, hay testamentos ológrafos, pero el que los hace es el notario, que es el que da la fe pública. En cualquier caso, ¿por qué esta matización entre lo que es un testamento vital y un poder durable ante quien sea, supongamos que es ante el notario? Porque el testamento vital naturalmente los profesionales sanitarios no lo pueden aplicar más que en los límites estrictamente estipulados en él. Evidentemente, nuestra capacidad para prever las situaciones en las que nos vamos a encontrar cuando ya no seamos capaces para decidir es muy pequeña. De tal manera que, por ejemplo, donde existe más experiencia sobre testamentos vitales, que es en el mundo norteamericano, más de la mitad de éstos no se pueden aplicar porque la situación clínica del paciente no corresponde exactamente con lo que está estipulado en el testamento. Entonces, lo que hoy se promueve más es la figura del poder durable, que es un poder dado a una persona, de tal manera que tiene poder para interpretar ese testamento y decidir qué cosas son las que la persona que otorga el poder querría. Al conocer mis valores, sabe lo que yo querría, lo que yo hubiera decidido en esas circunstancias.

Es interesante esto del poder durable. Hace unos meses estuve con una bioeticista norteamericana, de Chicago, que estaba embarazada. Nos encontramos en Caracas, y la mujer estaba preocupada porque no había establecido el

poder y había corrido unos ciertos riesgos, el avión, etcétera. Es curioso que muchas veces el poder no se da al esposo en el caso de la esposa, o viceversa, porque precisamente se considera que no necesariamente el esposo o la esposa son las personas que están en la mejor condición para decidir en esas situaciones, sino la persona que uno considera que le puede representar mejor en la situación para la que está hecho el poder. Eso en el fondo sería tan pintoresco como pensar que cada vez que se hace un poder, por ejemplo, para comprar una casa o para cualquier otra cosa, tiene que ser la esposa o el esposo el apoderado, no necesariamente tiene que ser así.

Resumiendo, en primer lugar, creo que la legislación española tiene que cambiar. Segundo, tiene que cambiar en el sentido de respetar mucho más la autonomía de las personas respecto a la gestión de su cuerpo y de su vida. Tercero, esto tiene que llevar a respetar las decisiones de las personas competentes, sobre todo, cuando se encuentran en situaciones terminales y deciden no recibir tratamiento. Y, cuarto, yo me pararía ahí y no sería capaz de defender una legislación que intentara legalizar, o al menos despenalizar, la acción occisiva directa de otra persona, aunque sea a petición explícita del paciente.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Gracia Guillén.

Vamos a abrir un turno general de portavoces. En primer lugar, voy a conceder la palabra a la Senadora Costa por parte del Grupo Parlamentario Mixto.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Agradezco la presencia del Doctor Diego Gracia, así como su exposición, que creo ha sido muy clara. Sin embargo, me gustaría hacerle algunas preguntas, precisamente respecto al consentimiento, porque usted ha dejado claro que la autonomía, la libertad de conciencia o la libertad personal tiene que estar más potenciada y se tiene que respetar, pero me ha parecido entender que usted decía que se pararía en el momento en que un enfermo solicitara expresamente que se pusiera término a su vida. Entonces, me gustaría saber por qué no se puede llegar a dar la misma validez a esta libertad personal de un paciente que, de forma reiterada, expresa y sería da su consentimiento en este sentido, y si los motivos que le llevan a usted a pensar que dar este paso más no es oportuno en estos momentos tienen relación con su convicción personal sobre el tema, o pueden estar relacionados con el temor de que no se den las garantías suficientes para que en los casos en los que se diera esta eutanasia activa, realmente se estuviera respetando la decisión del paciente. Por tanto, desearía saber a qué responden esos temores, si es por convicción personal o simplemente por temor a que no se den las garantías suficientes para poner límites a la eutanasia.

Por otra parte, usted ha explicado el concepto del poder durable, que no equiparaba al testamento vital. Quisiera saber su opinión sobre este consentimiento que da una persona a favor de un tercero. Si podemos entender válido

este poder que se da a favor de un tercero para que, llegado el momento, sea ésta la persona que decida, ¿no parecería más lógico que también se diera validez al consentimiento de uno mismo en unas circunstancias especiales, en las que todavía no se está enfermo, o que ya se conoce la enfermedad pero todavía no ha llegado esa fase final, para no seguir con su vida? Me gustaría que me diera su opinión sobre estos temas.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa.

A continuación, en nombre del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra el Senador Bolinaga.

El señor BOLINAGA BENGOA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, señor Diego Gracia, por su presencia y por estas explicaciones que nos ha concedido, en síntesis, pero que, para mí, han sido extraordinariamente ilustrativas e, incluso, valientes y con capacidad de animar al que le estuviera escuchando, por lo menos éste es mi caso.

En pocas palabras, considero que ha elevado usted el debate a un nivel ético superior. Creo que realmente ha abierto unas vías de comprensión sobre la particularidad que puede encerrar todo el trámite previo al momento último, si se quiere, de la eutanasia, aunque ahí nos ha dejado al final un interrogante, que pienso que en este momento es bueno que se mantenga, lo cual hace que el tema pueda seguir abierto para continuar reflexionando y profundizando. Creo que es una cuestión que hay que ver a largo plazo, de este modo tendremos también muchísimo más conocimiento de causa, puesto que ésta es la tarea en la que nos hemos enzarzado en estos momentos.

Me ha parecido muy interesante también que haya trasladado usted el orden de las personas: médico, familia, paciente, y haya llegado a primar al paciente como tal, como persona con todos sus derechos y que, efectivamente, debe tratar de ostentar un sentido consciente, como lo ha podido tener en vida, y un sentido de responsabilidad ante su propia muerte, a efectos de sus decisiones.

Estoy satisfechísimo y le agradezco sus explicaciones que, como digo, han sido muy breves pero suficientemente esclarecedoras por su rotundidad y, particularmente, por el mensaje que ha transmitido a través de sus palabras.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bolinaga.

A continuación, tiene la palabra el Senador Cardona, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecer al doctor Diego Gracia la comparecencia y la exposición que ha hecho sobre el conflicto de valores entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad, y las modificaciones que ha seguido desde lo que se enten-

día tradicionalmente o las prerrogativas que había a la situación actual y, sobre todo, la valentía y la rotundidad con que ha dicho que hay que ganar un espacio desde el punto de vista legislativo, sobre todo, teniendo en cuenta que el nuevo Código Penal representó una despenalización sustancial y que tiene una vigencia de sólo dos años. Después ha tenido la sinceridad de decir que sería imprudente que la acción del médico estuviera supeditada a la petición del paciente, entrando ya en el meollo de la cuestión en el sentido de lo difícil que es encontrar soluciones.

Yo quisiera referirme también a que de los cuatro principios fundamentales o básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, muchas veces no se han puesto en el mismo nivel. Usted ha dicho que han tenido diferentes niveles, sobre todo el derecho a la vida y el derecho a la libertad, pero se ha entendido que no tienen el mismo nivel en el momento de conflicto. Hay quienes entienden que deben jerarquizarse, de forma que el de no maleficencia y el de justicia fueran, por decirlo de alguna forma, fundamentales; es decir, el orden sería el de la no maleficencia, la obligación de no hacer nada que pueda estar en contra del paciente; el de justicia, la obligación de dar a cada cual lo que le corresponda, anteponiendo, eso sí, el bien colectivo al bien individual; el de autonomía, que obliga a respetar la voluntad del paciente, es decir, su libertad; finalmente, el de beneficencia o la obligación a hacer actuaciones que sean útiles y produzcan beneficio al paciente.

¿Por dónde tiene que ir la solución? Tal vez sea desde el punto de vista de la introducción de estos elementos, como el testamento vital. Últimamente, en el Parlamento de Cataluña se ha manifestado la Comisión de Bioética de la Consellería de Sanidad y creo que será importante saber su opinión en ese sentido. Hoy empezamos las comparecencias informativas en esta Comisión, y a lo largo de todo el estudio que realicemos seguramente nos referiremos en exclusiva a ese testamento vital.

Parece que la relación médico-enfermo tiene que ir por lo que ahora se entiende como el consentimiento informado, es decir, si el médico o el equipo médico exponen al paciente los riesgos, no sólo de cara a la responsabilidad civil —muchas veces se ha querido sustraer el debate en positivo, por decirlo de alguna forma, para evitar la responsabilidad civil—, sino de cara a buscar la mejor solución para el paciente, para el usuario desde el punto de vista del sistema sanitario, entonces tendremos que convenir en que lo ideal sería que esa decisión fuera una decisión compartida: previo el informe, el médico acepta lo que decide en primera instancia el paciente y, en consecuencia, se opta por lo que sea más beneficioso.

Quisiera referirme a la introducción que el profesor Gracia hizo en el libro de Medicina Interna de Farreras Rodman y colaboradores, en el sentido de que esos cuatro principios los engarza o los interrelaciona en dos criterios: en el criterio universal, por el cual para que la acción se considere moral o correcta tiene que ser universalizable, extendible; y en el criterio de particularidad, por el cual las decisiones concretas deben ser buenas para aquellos casos concretos. Me gustaría que nos explicase la metodología

que él exponía con aquellos tres pasos —paso 1, paso 2 y paso 3—, sobre todo, en el sentido de que el principio de no maleficencia y el de la justicia es la expresión clínica del criterio universal, mientras que el de autonomía y el de beneficencia es el de particularidad, bien sea, uno, por parte del paciente y, otro, por parte del sanitario.

Quiero agradecerle, en nombre de nuestro Grupo, la comparecencia y la información que nos ha suministrado y también, de antemano, la exposición que creo será muy importante y sustanciosa, sobre todo de cara a las conclusiones que podamos hacer. Recomiendo a la Presidencia y a los servicios esa introducción al libro que he citado de Medicina Interna de Farreras Rodman y colaboradores sobre los problemas éticos en Medicina clínica, con esa manifestación tan expresiva de que los problemas de ética en Medicina han evolucionado más en estos últimos 30 años que en los 30 siglos anteriores, que es gráfica pero, además, se ciñe mucho a la realidad.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

Senadora Rodríguez Fouz, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene su señoría la palabra.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señor Presidente.

En nombre de mi Grupo quiero sumarme a las palabras de bienvenida y de agradecimiento por su exposición que le han hecho los demás portavoces.

Paso directamente a las preguntas que le quiero hacer. En primer lugar, me voy a centrar en la distinción entre eutanasia pasiva y eutanasia activa, en concreto, respecto a las intenciones. Por un lado, se dice que la intención de la eutanasia pasiva es la piedad o la compasión y no la muerte y, en cambio, en la eutanasia activa es la muerte directamente.

Lo que queremos preguntarle es si no cree que en toda eutanasia, entendida como el acto de omisión o de acción realizado en consideración a la persona que muere, lo que está en juego es evitar el sufrimiento y la degradación del ser humano. ¿No cree que la intención, ese móvil piadoso o compasivo, puede estar presente en ambos casos? ¿No cree que detrás del dejar morir, también es posible que haya intención de causar la muerte directamente? ¿Considera que esa distinción tiene de verdad validez moral o no?

Le voy a leer algo que ha escrito el doctor Quill, que es un doctor norteamericano activo defensor del suicidio asistido por los médicos. Él dice que si se da el caso de que a estos pacientes —se refiere a enfermos que están bien atendidos pero que llegan al punto de que vivir en esas condiciones se les hace totalmente insoportable— se les mantiene vivos con un tratamiento de prolongación de la vida que puede ser suspendido o si padecen dolores que pueden controlarse incrementando las dosis de fármacos que les alivian los síntomas, a la vez que aceleran su muerte, bien puede afirmarse —dice él—, por más que resulte extraño, que tienen suerte, ya que en esos casos se permite actualmente elegir la muerte. Añade que él se ha

encontrado en ocasiones buscando algo que pudiera ser suspendido para así poder dejar morir en paz a su paciente. Quisiera preguntarle si no le parece que mantener esa distinción puede ser algo hipócrita.

Quiero hacerle también una consideración referente al tema de la relación médico-paciente. Es evidente que es una relación que ha evolucionado, afortunadamente, mucho, desde un modelo paternalista y autoritario a uno que está basado de forma primordial en el respeto a la autonomía del paciente. Usted considera —lo he leído en alguna de sus publicaciones— que uno de los grandes peligros de la despenalización de la eutanasia activa voluntaria sería el que con ello pudiéramos estar minando la confianza del paciente en el médico y que ese aspecto de la confianza es fundamental en esa relación.

Lo que quisiera preguntarle es si no cree que, a la par de la confianza o, si no, por delante, se encuentra la capacidad de autonomía del paciente y el respeto debido a ella, incluso en esos casos extremos en los que ya no es posible la curación. Y si no cree que la evidencia por parte del paciente de que va a ser respetada esa decisión autónoma y racional de solicitar una ayuda para morir en esa situación límite no sólo no mina la confianza en el médico, sino que puede fortalecerla. Quisiera saber su opinión.

Como ha dicho el Senador Cardona, le quería hablar también en cuanto al tema de los principios que sustentan la bioética —he leído también publicaciones suyas, he leído mucho últimamente sobre este tema—, que una de las grandes tareas morales que tiene nuestra sociedad es ir dándoles contenido. Hay ejemplos que usted cita en alguno de sus libros. Por ejemplo, la inclusión de la pena de muerte como una conducta maleficente, que en otros momentos no ha sido considerada así, y también puede suceder al contrario, que conductas que antes eran consideradas como maleficentes, ahora pueden no serlo. En este sentido es evidente que hay un consenso en la sociedad sobre que esas prácticas de dejar morir no son maleficentes, no lesionan dicho principio. Le quiero preguntar, como al anterior compareciente, el señor Herranz, si no cree que también es posible llegar a ese consenso, de forma que determinadas acciones de ayudar a morir, siempre que se cumplan determinados requisitos, puedan ser también consideradas como no maleficentes.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA. Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el señor Bellido Muñoz, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, profesor Gracia por haber aceptado esta invitación para comparecer ante la Comisión.

Le he dicho al anterior compareciente, y también se lo transmito a usted, que el planteamiento del Grupo Parlamentario Popular no es entrar, evidentemente, en discusión con los criterios de los comparecientes, ni siquiera el fijar nuestros planteamientos sino, simplemente, escuchar todas

las opiniones que puedan enriquecer el informe final de esta Comisión.

De cualquier manera, y sin entrar en ninguna discusión con lo que creo que ha sido una exposición breve, pero muy clara en cuanto a su planteamiento, yo le haría algunas preguntas, creo que pocas.

Por una parte, ¿puede ser de algún provecho para este debate la posición o la regulación que, a lo largo de la historia de la medicina, las distintas generaciones hayan adoptado con respecto al momento del fin de la vida? Si podemos sacar alguna conclusión positiva que aplicar al momento actual.

Ha hablado muy claramente de que, hoy por hoy, en nuestra legislación se antepone el derecho a la vida a la propia libertad y ha abogado por un cambio de ese criterio. En base a ello y a la libertad de conciencia, yo le preguntaría si —es un hecho real la libertad al suicidio individual— no habría que contemplar también la libertad al suicidio asistido en el mismo nivel.

En el mismo tono ha hablado también de la autonomía para la muerte del paciente. ¿No habría que aplicarla también al momento en el que el paciente decide acceder voluntariamente a ella?

Ha propuesto un cambio legislativo y ha hecho referencia al caso, por ejemplo, de los testigos de Jehová y la problemática que se plantea en muchos servicios de urgencia, en muchas salas de quirófano, a la hora de una transfusión y la necesidad de resolver esas situaciones.

Aprobando ese cambio legislativo y aplicándolo, de alguna manera, a este caso en concreto, aunque podría haber otro, ¿no estaríamos aprobando unos selectivos tipos de eutanasia —porque, evidentemente, al menos, yo así lo entiendo, la eutanasia bien puede ser por acción o por omisión—, en razón a criterios, en este caso puramente religiosos?

También ha hablado del poder durable en relación con el testamento vital. Yo le preguntaría si no puede suponer un conflicto ético y legal el poner el derecho a la vida de una persona en manos de terceros.

Por último, y con esto termino, ha comparecido el secretario de la Comisión Deontológica de la OMC, hemos hablado del Código Deontológico, usted ha propuesto unas modificaciones legales, ¿qué modificaciones entiende —si considera oportuno contestarlo— que podrían aplicarse al Código Deontológico médico?

Muchas gracias.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bellido.

Tiene la palabra, señor Gracia, para contestar a todos los portavoces.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA (Gracia Guillén): Ahora es más difícil, pero muchísimas gracias por el interés que han demostrado y por sus palabras que, evidentemente, son exageradas.

Voy a contestar por el orden de las notas que he tomado, refiriéndome a las diferentes personas.

En primer lugar, voy a contestar a la Senadora Costa, del Grupo Parlamentario Mixto.

Si se habla de consentimiento informado, ¿por qué no se puede llegar al suicidio asistido, a la aceptación de la eutanasia? Éste es un tema muy bonito y sobre el que habría mucho que hablar, pero las decisiones morales en general son prudenciales, en eso se parecen mucho a las políticas. Yo creo que hay que realizar una ponderación de los factores que intervienen en una situación y, a la vista de ello, tomar una decisión que, por supuesto, nunca será cierta, sino que siempre es probable, pero que tiene que intentar ajustarse lo más posible a la realidad y salvar el mayor número de valores.

Por tanto, lo que yo he propuesto no estoy convencido de que sea una doctrina absolutamente verdadera, clara y que pueda durar infinitamente. Yo he tratado de analizar una situación concreta y decir lo que opino, lo que yo haría en esa situación concreta o la opinión que me parece más prudente. Dentro de diez años, o antes o después, no lo sé, habrá que reevaluar la situación. En ese sentido, yo creo que más allá de lo que se pueda decir dentro de diez años, hoy el intento de aceptar o de legitimar la eutanasia activa directa voluntaria, basado en el principio de autonomía, me parece imprudente.

Hay varias razones. En primer lugar, pongo el ejemplo holandés, que yo conozco bastante bien. Como saben ustedes, allí la eutanasia no está legalizada, está despenalizada en ciertos supuestos, los cuales en principio eran a petición explícita de los pacientes. Cuando se ha hecho el Informe Remmelink hace algún tiempo, se ha visto que un porcentaje muy alto de actuaciones occisivas —para no llamarlas eutanásicas— no se hacen con consentimiento de los pacientes. Es un hecho que está ahí. Y aunque se realizaran con consentimiento de los pacientes, tampoco me voy a cegar con ese dato. Yo siempre he argüido que a mí me resulta muy difícil hacerlo con personas en situación psicológica y biológica muy comprometida, como suelen ser los ancianos, sobre todo si están enfermos, que son la población a la que, lógicamente, parece que van dirigidas estas cosas, porque no supongo yo que personas que se encuentran en el disfrute pleno de su vida y de su capacidad orgánica se vayan a plantear el tema de la eutanasia. Obviamente, la experiencia holandesa también es ésa. Con esto quiero decir que son personas muy dependiente de los demás y, por tanto, son tremendamente influenciables y coaccionables. Es decir, que el vecino de la casa de enfrente, en una situación parecida a la del viejecito que hay en esta casa, haya pedido la eutanasia, evidentemente no tiene por qué ser un factor que coaccione a este señor, pero sí puede serlo. Es decir, hay sutiles coacciones que, a mi modo de ver, hay que tener muy en cuenta y creo que son peligrosísimas. He preguntado mucho sobre esto y no he encontrado a nadie que sepa responder a esta cuestión.

Dicho de otra manera —ya sé que la expresión tiene mala fama o mala prensa—, la acción transitiva que se realiza en el cuerpo de otra persona para poner fin a la vida, a mí me parece que es peligrosa porque abre un camino que luego es difícil de parar. Este es el famoso argumento de la pendiente resbaladiza. Esto en ética es importante porque

la prudencia es la virtud que intenta prever las consecuencias y evitar decisiones de las que nos podamos arrepentir después. Pero si esto es ética, también es política. Es decir, en política y en legislación me parece que argumentos como el de la pendiente resbaladiza tienen que ser muy tenidos en cuenta. El tema de la sutil coacción a personas que ya no tienen una gran autonomía en el sentido de que son muy dependientes de otras también habría que tenerlo en cuenta; yo, por lo menos, así lo haría.

La otra pregunta era a propósito del poder durable. Es decir, si se le concede poder a una persona, cómo se le niega poder para disponer sobre su propio cuerpo. Me parece que éste era el argumento. Evidentemente, el poder durable tiene límites, muchos más de los que puede tener la autogestión del propio cuerpo. Por ejemplo, un poder durable no podría darse para este tipo de cuestiones, para decir: me ha dicho que cuando esté en esa situación, se le mate. Yo creo que eso no es así. La autogestión siempre es mayor que la heterogestión. Esto es obvio y, además, tiene raíces profundas. Está en nuestro Derecho Código Civil dice que las decisiones de sustitución como la patria potestad han de ejercerse siempre en beneficio de la persona tutorizada, nunca puede ser en perjuicio. Los médicos tenemos una cierta experiencia en los llamados malos tratos, en los servicios de urgencia, etcétera, donde existe necesidad de denunciar esas situaciones.

Uno puede infligirse malos tratos a sí mismo, no lo prohíbe ningún derecho, o puede colocarse un cilicio, pero no puede infligir malos tratos a los demás. La autogestión, repito, siempre es mayor que la heterogestión. Lo que también es cierto es que cuando las personas pierden su capacidad para autogestionarse, tiene que haber alguien que gestione su vida. Es decir, las decisiones de sustitución son absolutamente necesarias. Y en los temas relacionados con el final de la vida son de enorme importancia.

¿Cómo se arregla esto? Por ejemplo, los testamentos son una manera de gestionar las voluntades de las personas cuando ellas no puedan. Me refiero a los testamentos del Código Civil, a los testamentos de bienes normales y corrientes. Hablar de testamentos vitales a propósito de la gestión del propio cuerpo es una imprecisión jurídica en español, como probablemente saben ustedes, ya que la definición de testamento del Código Civil no casa en absoluto con lo que sería la toma de decisiones respecto a la vida o a la muerte. Pero, en cualquier caso, es evidente que hay que tomar decisiones de sustitución. ¿Quiénes las toman hoy? Actualmente, cuando los pacientes no pueden decidir porque han perdido su competencia, o están en coma, etcétera, las toman los profesionales sanitarios y los parientes. La cuestión es si son los mejores decididores o no tiene mayor legitimidad el que el propio paciente, cuando es competente, designe como tal; es decir, la persona en la que tiene mayor confianza, que considera conoce mejor sus valores y, por tanto, puede representarle de un modo más digno en esa situación.

Por tanto, creo que expedientes como el del poder durable o el testamento vital son prácticamente necesarios y tienen que tener límites. ¿Cuáles? Al menos los mismos que tiene la autogestión y probablemente más. Por ello, ha-

brá que exigir más seguridades cuando las decisiones son de sustitución que cuando éstas las toma una misma persona. Esto parece claro.

Al señor Bolinaga le agradezco sus palabras. Que yo sepa, no me ha hecho ninguna pregunta concreta.

El señor BOLINAGA BENGEOA: Únicamente quería resaltar que usted ha mostrado una impresión positiva en sus explicaciones en cuanto a que hay que avanzar en Derecho para que prioricemos la libertad de conciencia del individuo sobre la propia vida y que, aun cuando no se haya llegado al fin último, aplicar la eutanasia, sin embargo, entiendo que usted ha dejado la vía abierta para que podamos seguir reflexionando y caminando hasta donde haya que llegar en su momento. Que no se cierre la puerta como hacen otros.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIO-ÉTICA (Gracia Guillén): Lo que quiero dejar claro es que, en primer lugar, no se puede cerrar la puerta porque es muy difícil cerrarla y, en segundo lugar, creo que en este momento hay una desfase importante entre la doctrina penal, sobre todo, y el sistema de valores o la reflexión sobre los valores no ya desde el punto de vista filosófico, teórico, sino desde el punto de vista de la vivencia, de la sociedad española, y creo que éste es un desfase que habría que intentar cubrir o mejorar de algún modo.

El Senador Cardona, de Convergència i Unió, me ha hecho muchas preguntas. Una cuestión era terminológica. Es decir, si la eutanasia es sólo eutanasia activa directa voluntaria o el término se puede entender en un sentido más amplio. Se entiende en muchos sentidos. Ahora bien, el sentido propio creo que es eutanasia activa directa voluntaria. Es curioso, porque el artículo 143 del nuevo Código Penal, creo que en su número 4, está redactado de una manera bastante técnica porque dice: al que activamente y a petición expresa y reiterada de otra persona actúe en el cuerpo de ésta a fin de quitarle la vida cuando se encontrara en una situación terminal o con graves sufrimientos, etcétera, se le impondrá tal pena. Este punto de dicho artículo dice activamente. En principio, eso querría decir que todo lo que no sea activo, por tanto, todo el espacio de lo que tradicionalmente se ha considerado eutanasia pasiva en nuestro actual Código Penal no es una figura penal, no está tipificado como delito.

Lo que uno se preguntaría entonces es que lo que usted está pidiendo, ya está. Interpretese el número 4 del artículo 143. Y, en el fondo, pienso que es verdad por una sencilla razón, porque a partir de la Constitución se da un cambio progresivo en toda la legislación española, donde la libertad de conciencia tiene un espacio mayor y, evidentemente, en el nuevo Código Penal hay un espacio mayor para la gestión de la vida y de la muerte que el que había en el anterior. Ahora bien, creo que con este adverbio activamente no es suficiente. Pienso que habría que explicitar claramente esta cuestión en una norma jurídica. Es decir, las figuras, sobre todo las que puedan tener consecuencias penales, han de estar perfectamente tipificadas, sería necesario que fuera así y, en ese sentido, habría que aclararlo.

Porque el mero adverbio activamente del Código Penal no es suficiente.

Usted ha planteado otra cuestión que son los cuatro principios de la bioética, la jerarquía de los cuatro principios y, por tanto, el tema de la no maleficencia como un principio que, de algún modo, es previo a la autonomía y, por tanto, parece que está enfrentado a la autogestión o a la gestión libre por parte del hombre, de su vida y de su muerte. Es un tema complejo el definir la no maleficencia. Habría un modo muy sencillo que consistiría en decir: todo lo que va contra la vida es maleficente. Pero eso no es así. La no maleficencia es un principio que tampoco tiene un perímetro claro. Tenemos que ir descubriendo sus contenidos poco a poco. Creo que ha sido usted quien ha puesto el ejemplo de la pena de muerte. En este país se ha considerado que la pena de muerte no era maleficente hasta el año 1978, y hoy la consideramos así.

No consideremos que los principios son monolitos con un contenido inamovible porque no es verdad. Los principios son eso mismo, principios, son ideas directrices que hay que ir dotando de contenido trabajosamente. Los dotan de contenido los individuos. A lo largo de nuestra vida los individuos, las agrupaciones de individuos, es decir, las sociedades vamos cambiando el contenido o la definición para nosotros mismos, para guiar nuestros actos y para nuestra conciencia de lo que es maleficente y de lo que no lo es. Por lo tanto, estos principios tienen una dinámica individual, social e histórica.

Yo creo que permitir que una persona muera de acuerdo con sus creencias, caso de los testigos de Jehová que ha salido a colación aquí alguna vez, no se puede considerar maleficente, pero andémonos con cuidado, porque nuestro Código Penal sí lo considera maleficente. Ése es el problema. El problema es que tenemos que redefinir el contenido del principio de maleficencia o de no maleficencia. Ésta es una labor que tiene toda sociedad y la tiene continuamente, y aunque definamos hoy el concepto mañana tendremos que volvernos a preguntar por los límites del principio de no maleficencia, porque nunca los vamos a conseguir definir del todo. Ésa es la labor histórica, la labor de la cultura y la labor de la ética.

En ese sentido yo diría que está bien y es pedagógico decir que, en principio, es maleficente todo aquello que va en contra de la vida o en contra de la integridad corporal. En principio, es correcto, pero sólo en principio. Si dijéramos que el principio de no maleficencia es un principio absoluto, lo que haríamos sería absolutizar la vida, considerar que la vida es el valor superior y sojuzgar todos los demás a ella. Y eso teóricamente no es correcto y en la práctica no es posible.

Nuestras ciudades están llenas de estatuas erigidas en memoria de personas que consideramos héroes, o mártires, o santos porque han dado la vida por valores que se considera que son superiores a la vida como pueden ser la defensa de la patria, la defensa de la religión o la defensa de la libertad. Esto sería peligroso y no es conveniente intentar identificar simplemente la defensa de la vida con el principio de no maleficencia. El caso de los testigos de Jehová puede ser claro.

Paso a contestar a la Senadora Rodríguez Fouz. La distinción entre eutanasia activa y pasiva no es sólo un problema de intención. En un acto moral hay varios factores siempre. Uno de ellos es la intención, pero no es el único. Yo creo que la transitividad del acto no es una mera intención. Hay algo más, algo objetivo, perfectamente objetivo y que tiene su importancia. ¿Por qué tiene su importancia? Pues porque si yo actúo en el cuerpo de otra persona y si, además, lo hago a petición de ella, yo estoy matando a esa persona. Podré estar matándola sin intención, pero la estoy matando. Entonces, podrá ser un acto humano de matar, que no es del hombre y no se me podrá imputar un delito jurídico o una falta moral, pero yo estoy haciendo algo. Hay una diferencia objetiva. Y esa diferencia objetiva no es sutil. La intransitividad o transitividad de los actos en moral es muy importante, precisamente por lo que hemos dicho antes, porque uno sobre sí mismo puede hacer cosas que no puede hacer sobre los demás. Está en la «Ética a Nicómaco» de Aristóteles y es viejísimo.

Yo creo que hay que aumentar la capacidad de autogestión, pero hay que andarse con cuidado con las heterogestiones. Precisamente de lo que hemos tenido excesivos ejemplos en la historia ha sido de heterogestiones. Aumentar la autonomía es aumentar la autogestión, y la autogestión, cuando afecta a terceros, empieza a ser otra cosa o empieza a plantear otros problemas. Ahí es donde yo empezaría a ser más cauto. No es un mero problema de intención. Hay algo objetivo que diferencia el acto transitivo del acto intransitivo.

Cuando usted respeta a una persona que dice «no quiero más» estará llegando a contemplar una especie de misterio. ¿Por qué no querrá más? Puede también quedarse silencioso ante el fenómeno que quizás no entiende, quizás no comparte, pero que, en cualquier caso, respeta. Ahora bien, actuar yo creo que es distinto.

Usted me ha puesto el ejemplo de Timothy Quill, persona a la que conozco bien y que ha estado aquí en Madrid y nos lo explicó. Timothy Quill dice que, efectivamente, hay gente que tiene buena suerte y gente que tiene mala suerte. Yo puedo calmar el dolor o, mediante procedimientos pasivos, conseguir una buena muerte. ¿Pero y en aquellos en que no se puede conseguir?

Timothy Quill ha desarrollado toda la teoría del suicidio asistido como oposición a la eutanasia. La diferencia es muy sutil, pero existe. El suicidio asistido se diferencia de la eutanasia en que es la propia persona la que va a poner fin a su vida, bien que con los medios que yo le proporciono. A Timothy Quill se le planteó un problema: ¿qué pasa con aquella persona que no tiene la capacidad de poner fin a su vida como, por ejemplo, en el caso de los tetrapléjicos? Es el caso que ha motivado todo esto. ¿Qué pasa con la persona que tiene imposibilitados sus cuatro miembros para actuar? En el tetrapléjico tampoco funciona el suicidio asistido.

Timothy Quill dice ante estas situaciones: yo no tengo respuesta para eso. Timothy Quill no tiene respuesta para todo el mundo. Además, yo creo que hay que pensarse muy bien si la razón humana es capaz de dar respuesta a todo en el orden científico o en el moral. Max Scheler des-

cribió la categoría de lo trágico. Y lo trágico se corresponde con situaciones en las que, vayas por donde vayas, pierdes algo, y pierdes algo muy importante, generalmente la vida.

El caso de Sampedro es trágico. A mí me conmueve como caso trágico. Ahora, si me dijeran: soluciónelo; yo diría: no sé. Diría lo de Ronaldo: no sé. ¿Hay alguien que lo sabe? Que lo haga. Ahora, yo, no. Creo que todo tiene sus límites, el compromiso moral y la capacidad de actuar sobre el cuerpo de otra persona también. Yo veo el caso de Sampedro como una tragedia, pero yo haría lo que hace Timothy Quill; lo que hace Timothy Quill es decir: lo siento, yo para eso no tengo respuesta. Si los demás lo ven más claro, que den una respuesta.

Usted también planteaba el tema del principio de no maleficencia. Es un principio abierto. Estas situaciones habrá que reevaluarlas y el futuro dirá. La ponderación de los factores reales en los juicios prudenciales es esencial. Yo aquí y ahora diría: no me atrevo a más. A lo mejor, dentro de cinco años soy capaz de verlo más claro; hoy, no, por más que le he dado vueltas, no.

El señor Bellido me preguntaba si el pasado nos puede aportar algo. ¡Claro que nos puede aportar algo! Yo creo que todos somos deudores de nuestra propia cultura, de nuestra propia tradición y la tradición moral es el gran depósito de nuestras sociedades en el orden moral, como la tradición cultural o lingüística, evidentemente. Lo que pasa es que el pasado está siempre en un presente y abierto a un futuro, es decir, es necesario reflexionar sobre él e ir limándolo. Por lo tanto, tenemos la obligación de asumir responsablemente el pasado y, de algún modo, analizar críticamente su contenido y superarlo si es posible. Ésa es la función de la Historia y de la Cultura. En ese sentido, el pasado nos vincula enormemente y, además, tiene valores impresionantes: el respeto a la vida, etcétera. Otros valores no los tiene tan claramente formulados, al menos en la tradición latina, otras tradiciones son distintas. Por ejemplo, el respeto a la autonomía ha sido muy pequeñito en nuestra tradición. Si esto lo hemos aprendido lo hemos hecho, fundamentalmente, de tradiciones distintas. Ha sido la tradición anglosajona la que nos ha enseñado esto básicamente.

Entonces, se puede aprender. Eso es lo que nos permite, además, saltar, dar pequeños saltos sobre nuestra propia tradición en un intento por enriquecerla y perfeccionarla, que yo creo que es la labor de toda generación histórica.

En cuanto a si el respeto a la libertad tiene que llevar a la aceptación del suicidio asistido, cuestión a la que yo creo que ya he respondido, yo creo que no. Yo creo que el suicidio asistido es una acción transitiva. Si se me preguntara por el suicidio sólo, sin ser asistido, yo lo tengo bastante claro. Creo que la capacidad de autogestión de una persona puede llevar al suicidio y llegar al suicidio; otra cosa es que comprometa a otros en el acto de suicidio. Eso ya lo veo más complicado por el hecho de la transitividad que he mencionado hace un rato. Se plantea un problema tremendo: ¿qué hacen, por ejemplo, los sanitarios ante un suicida? Yo siempre les digo lo mismo, que el suicida también tiene que ser discreto suicidán-

dose. Un suicida que compromete a los demás está dejando de ser suicida, está entrando en otro mundo mucho más complejo. ¿Por qué? Porque inmediatamente aparecen las obligaciones transitivas, y eso cambia la moralidad del asunto.

Me ha preguntado si yo propongo algún tipo de eutanasia. Utilizando la terminología clásica, sí. Yo le diría que yo creo que debe estar perfectamente legalizado, no sólo despenalizado, sino perfectamente legalizado lo que en la tradición clásica se llama eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta. Eutanasia pasiva es no actuar cuando una persona competente, adulta, etcétera, no quiere que se actúe en su cuerpo. Eutanasia activa indirecta —ahí sí interviene la voluntad para distinguir lo que es directo de lo que es indirecto, no lo que es transitivo de lo que es intransitivo— es aquel acto que se realiza en el cuerpo de otra persona con la intención, por ejemplo, de calmarle el dolor —que es la más frecuente— aunque indirectamente se siga un acortamiento de su vida. Sin eso la medicina no puede funcionar; es el abecé en medicina paliativa, en el cuidado de las personas ancianas. De hecho, la jurisprudencia del Tribunal Supremo no ha penalizado nunca la eutanasia activa indirecta. Esto debe quedar claro. Curiosamente, hay más seguridad jurídica en el caso de la eutanasia activa indirecta que en el caso de la eutanasia pasiva. Éste es un fenómeno casi paradójico, pero es así.

En cuanto al poder durable tengo que decir que es una figura más nueva que la del testamento vital, se conoce mejor. Yo creo que lo que habría que plantearse es qué poder se puede dar a la otra persona, cuáles son los límites del poder durable. Ése sería el tema. Que alguien tiene que decidir cuando una persona no es competente es obvio. Que la decisión tenga que seguir el orden que pone el Código Civil, es decir, en el caso del marido, la mujer, en el caso de la mujer, el marido, descendientes en primera generación, ascendientes en primera generación, etcétera, se podría discutir. Puede ser esa otra figura que entra, de algún modo, en la Ley General de Sanidad cuando se habla del consentimiento informado y se dice: los allegados; cosa que tampoco sabemos lo que es. A lo mejor, convendría definir lo que es un allegado cuando tiene que tomar decisiones de este tipo y darle un poder explícito y decirle los límites de su poder; límites que, a lo mejor, no tiene por qué marcarlos el Poder, sino la ley común, es decir, en el bien entendido que ese poder no se puede utilizar nunca para tal o cual cosa.

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

¿Alguna señora Senadora o algún señor Senador que no haya intervenido desea hacer uso de la palabra? (Pausa.)

¿Alguna señora portavoz o algún señor portavoz? (Pausa.)

Únicamente me queda darle las gracias a don Diego Gracia por su interesantísima comparecencia ante esta Comisión. Creo que sus señorías estarán de acuerdo conmigo en que no hemos podido comenzar de mejor manera esta primera tanda de comparecencias, y les convoco para las cuatro y media de la tarde, hora en la que contaremos con

la comparecencia, en primer lugar, del doctor Lladonosa. (El señor Gracia Guillén pide la palabra.)

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el señor Gracia.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIO-ÉTICA (Gracia Guillén): Se me ha olvidado decir antes que esto que yo propongo ya ha sido alguna vez proyecto de ley en este país. Concretamente, hace ocho o diez años —creo yo— hubo un proyecto legislativo que elaboró un Magistrado de Sala de Barcelona, Cesáreo Rodríguez Aguilera, y es muy curioso ver que ese proyecto, que andará por ahí y que, además, está publicado, mantiene los límites —si no recuerdo mal— que yo he expuesto aquí. Es decir, que esto ha tenido ya hasta casi su estructura legislativa.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Me dicen que el Magistrado al que alude fue Senador. Por tanto, seguramente el proyecto estará en los archivos de esta Cámara; o posiblemente decayó o no se llegó a presentar.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIO-ÉTICA (Gracia Guillén): No se llegó a presentar. Fue una cosa privada que no sé si llegó a estar en algún grupo parlamentario.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Se suspende la sesión.

Eran las trece horas y veinte minutos.

Se reanuda la sesión a las dieciséis horas y treinta y cinco minutos.

COMPARECENCIAS (Continuación):

— DE DON BUENAVENTURA LLADONOSA I GALLART, PRESIDENTE DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA (715/000226).

La señora PRESIDENTA: Buenas tardes, señorías. Se reanuda la sesión.

Cumpliendo con las previsiones del orden del día, a continuación comparece el doctor don Buenaventura Lladonosa i Gallart, Presidente del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

Señor Lladonosa, en nombre de la Mesa y en el mío propio, le voy la bienvenida a esta nuestra primera sesión de comparecencias de esta tarde. Suyas es la palabra.

El señor PRESIDENTE DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA (Lladonosa i Gallart): Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, el objeto de mi comparecencia es informarles de los motivos y procedimientos que seguimos en Cata-

luña para la aprobación de nuestro Código de Deontología. Normas de Ética Médica.

En 1934 entró en vigor el «Estatut, Reglament i Regles Deontològiques del Colegio Oficial de Médicos de Cataluña», código que, por las vicisitudes históricas que todos conocemos, quedó escrito y archivado en la memoria personal de aquellos médicos o en las estanterías de las bibliotecas, imponiéndose, como era habitual en aquel tiempo, un código centralista y unificado. Pero puedo asegurarles que aquel estatuto persistió en el subconsciente del ejercicio profesional de aquellos compañeros, que respetaron el espíritu de muchos de sus artículos, perpetuando así su vigencia durante el transcurso de los años, a pesar de cualquier tipo de represión o de amenaza imperantes durante la dictadura.

En 1978, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, tras la aprobación de esas normas por su asamblea de compromisarios celebrada el 11 de julio de 1978, actualiza el código de 1934; normas que son aceptadas y reconocidas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España el 9 de marzo de 1979. Aquella puesta al día fue efectuada por una Comisión tutelada por el doctor Jordi Gol, médico carismático de una dimensión humana, profesional, ética y social más que probada, que adaptó el código a la realidad de la sociedad de aquellos años. Fue precisamente el doctor Jordi Gol quien, en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Perpignan, en septiembre de 1976, redactó la definición del concepto de salud como la manera de vivir satisfactoria, autónoma y solidaria. Dicha definición no entraba en contradicciones y además completaba la establecida por la OMS, que todos conocemos.

En 1982, y haciendo uso de sus competencias, la «Generalitat de Catalunya» publica en su Diario Oficial número 288, de 24 de diciembre, la Ley 13, sobre Colegios Profesionales, cuyo artículo 15 hace referencia a las funciones y la composición de los Consejos de Colegios de Cataluña, y dice textualmente en su apartado 1.º: Los diferentes Colegios de una misma profesión a que se refiere el artículo 1 de esta ley se integrarán necesariamente en el Consejo de Colegios de Cataluña de la profesión respectiva. Y en su artículo 16, establece: Los Consejos de Colegios de Cataluña tienen, en relación con la profesión respectiva, las siguientes funciones. Y en su letra b) señala.: Recoger y elaborar las normas deontológicas comunes a la profesión respectiva.

En sesión celebrada el 26 de noviembre de 1983, el «Consell de Col·legis de Metges de Catalunya» aprueba sus propios Estatutos, que son presentados a la Consejería de Justicia, como era y es preceptivo, la cual, por resolución de 23 de enero de 1984, los declara adecuados a la legalidad. En el Capítulo II, que tipifica las funciones, el artículo 7, letra c), dice literalmente: Recoger y elaborar las normas deontológicas comunes a la profesión. Es decir, copia prácticamente las mismas palabras del artículo 16, letra b), de la Ley 13/1982.

Así las cosas, en 1996 el Colegio de Médicos de Barcelona decide actualizar su Código de 1978 y prepara un texto a tal efecto. Pero el Consejo de Colegios de Médicos

de Cataluña, con la firme voluntad de recuperar el espíritu de aquel Código de 1934 —único para todos los médicos catalanes—, acogiendo a la legislación antes mencionada y haciendo uso de sus competencias, acuerda hacer suyo el proyecto del Colegio de Barcelona, consensuado y aprobando ese nuevo texto y marcando el procedimiento a seguir, que había de culminar en una asamblea general a la cual se convocó a todos los médicos de Cataluña. El texto se remitió a cada una de las comisiones deontológicas de los Colegios de Girona, Lleida y Tarragona.

El 20 de enero de 1996, el Consejo aprueba el proyecto evaluado por los cuatro Colegios, y el 20 de enero de 1997 se envía a los 26.570 colegiados existentes en aquel momento, fijando el plazo de presentación de enmiendas hasta el 21 de marzo y pidiendo encarecidamente —y esto es importante— a los comités de ética de los hospitales catalanes su activa participación. Se constituyó una Comisión de Ponencia cuya función era recibir, examinar y evaluar cada una de las propuestas presentadas.

El 21 de marzo se habían recibido 1.744 enmiendas, tras cuyo examen la Comisión de Ponencia aceptó 822, redactando el proyecto final, que fue aprobado por el Consejo el 7 de mayo de 1997, siendo ratificado por las asambleas generales de colegiados de los Colegios de Girona y Lleida y por la de compromisarios de Barcelona y Tarragona durante los días 26, 27, 28 y 29 de mayo, respectivamente. Se fijó la fecha del 16 de junio —hoy precisamente hace un año, pura casualidad— para celebrar la asamblea general, estableciéndose una mecánica de actuación consistente en que las enmiendas que no fueron aceptadas pudieran presentarse en el seno de la asamblea, previo escrito a la Comisión de Ponencia y con el soporte o aval de cincuenta colegiados, concediéndose tres minutos para la exposición y defensa de la enmienda, otros tres minutos para la réplica por parte del representante de la Comisión, para finalmente proceder a la votación pública de todos los asistentes, incorporándola al texto de resultar aprobada, o no haciéndose, de ser la votación negativa.

Como digo, el 16 de junio del pasado año se celebró una asamblea general a la que estaban convocados todos los médicos colegiados catalanes, y que se desarrolló en el incomparable marco del Palau de la Música Catalana, en Barcelona —lugar emblemático para nuestra historia—, a la que asistieron más de 1.500 personas, y entre las cuales se contó con la presencia del Muy Honorable Presidente de la Generalitat, el Honorable Conseller de Sanidad, el Presidente del Colegio de Médicos de Navarra, y hoy actual Presidente de la Organización Médica Colegial, los Presidentes de los Colegios de Médicos de Baleares, Andorra y Pirineos Orientales, además de autoridades políticas, etcétera.

Se presentó a la asamblea un total de doce enmiendas, y después de la exposición y votación de cada una de ellas se incorporaron cinco de las doce presentadas. Seguidamente, se procedió a la votación capítulo por capítulo, y finalmente, a la votación del texto definitivo, con el resultado de 1.056 votos a favor, 54 votos en contra y 34 abstenciones. El 8 de octubre de 1997 el Consejo de Colegios

de Médicos de Cataluña fija la fecha del 1.º de enero de 1998 para la entrada en vigor de dicha normativa.

Nuestro Código de Deontología. Normas de Ética Médica, regula a lo largo de su articulado las pautas del comportamiento ético-profesional con los enfermos, la Administración o la empresa donde se trabaja, con la sociedad de la que formamos parte activa y con nuestros compañeros. Está distribuido en catorce capítulos y contiene 108 artículos. El capítulo 1.º se refiere a los principios generales, y en él se define que «el objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas y que se debe considerar que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino también el conjunto de las condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que ésta se pueda desarrollar de forma autónoma».

El Capítulo 2.º hace referencia a la relación del médico con sus pacientes, sentando como principio básico que «la primera lealtad del médico debe ser hacia la persona que atiende. La salud de ésta debe anteponerse a toda otra conveniencia».

El capítulo 3.º se refiere a la información que debe dar el médico a su paciente. El capítulo 4.º alude al derecho a la intimidad y al secreto profesional. El capítulo 5.º se refiere al tratamiento de los pacientes. El capítulo 6.º trata la reproducción humana. El capítulo 7.º hace referencia al tema de la muerte, cuyos comentarios voy a dejar para más adelante, si sus señorías me lo permiten. El capítulo 8.º trata de la tortura y vejación de la persona. El capítulo 9.º se refiere a la experimentación médica sobre la persona. El capítulo 10.º hace referencia al ejercicio de la medicina en las instituciones. El capítulo 11.º trata sobre el derecho de la huelga. El capítulo 12.º aborda los derechos y deberes del médico hacia sus compañeros y deberes del Colegio de Médicos. El capítulo 13.º se refiere a la publicidad, y el capítulo 14.º a la economía.

Como han podido escuchar, señorías, el procedimiento que hemos seguido los médicos catalanes ha sido novedoso, ya que por primera vez en la historia de una profesión, de manera pública, democrática y participativa nos hemos dado voluntariamente, por iniciativa propia, nuestro código de conducta. Y no ha sido por imposición de ninguna autoridad, sino porque como profesionales responsables nos creíamos obligados y comprometidos con la sociedad de nuestros días. Podemos afirmar que nuestro código está puesto al día, siendo el más moderno de nuestro entorno europeo. Es atrevido y de vanguardia y está orientado a defender los intereses de las personas, individual y colectivamente, y desde luego, puedo asegurarles, nada corporativista.

Somos conscientes, señorías, de que con este nuevo código hemos adquirido unos compromisos para con nuestra sociedad, que implícitamente, de manera individual, nos obliga a su puntual cumplimiento, con la seguridad de que tal comportamiento nos hará recuperar y conservar la credibilidad y la confianza que merecemos como profesionales honestos, responsables y competentes que esta normativa nos señala.

Los cambios sociales que se están produciendo continuamente y de forma progresiva, la universalización del sistema sanitario público, el cambio de un modelo liberal del ejercicio de la medicina por el de asalariados en organizaciones sanitaria públicas o privadas, las exigencias sociales, cada vez más consolidadas, compatibles con el Estado del bienestar, han hecho que el médico vaya tomando conciencia de su responsabilidad, de lo que sus actos médicos repercuten en la economía de las instituciones, en las que se le invita a participar en la gestión de los recursos económicos asignados a cada institución. Este aspecto, novedoso, no cabe duda, también se ha tenido en cuenta como tema muy actual que, necesariamente, debería figurar en nuestras normas de ética médica. Se ha actualizado introduciendo en el texto artículos referentes a temas sociales candentes como es la protección del genoma humano, la reproducción, el comportamiento médico ante la huelga de hambre, el derecho del médico a la huelga, etcétera.

El capítulo 7.º, como he dicho antes, habla de la muerte, que es un tema que interesa a esta Comisión y al que nuestro código dedica dos artículos. Pocos, dirán sus señorías, pero son lo suficientemente explícitos para orientar al médico en su comportamiento ante cualquiera de estas situaciones. El artículo 57 dice textualmente: Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte, y el médico debe cuidar de que este derecho sea respetado. El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas vinculadas responsables del paciente, pero les señalará el deber de respetar lo que se cree que hubiera sido del parecer del enfermo.

El artículo 58 dice: El objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar ni alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe adaptarse a los objetivos de confort, sin pretender alargarla innecesariamente ni deliberadamente. En los casos de muerte cerebral, el médico deberá suprimir los medios que mantienen una apariencia de vida, a no ser —y esto es importante— que sean necesarios para un trasplante previsto.

Dejo aquí el tema para comentarios posteriores, si lo creen sus señorías conveniente.

Conseguir este nuevo código que el Consejo de Médicos de Cataluña considera de vanguardia y del que nos sentimos orgullosos, no ha sido fruto de improvisaciones de unos pocos, sino fruto de un trabajo responsable, serio, duro, de muchas horas de estudio y de innumerables consultas a personas, textos e instituciones. Para su información, señorías, les diré que se han consultado expertos de ética, deontología, filosofía, teología, enfermería, representantes de diversos sectores sociales, un total de 55 personas, además, de las comisiones deontológicas, cuyos miembros algunos son de la Asociación Pro Vida y otros de la Asociación Derecho a una Muerte Digna, médicos

agnósticos, ateos y católicos, además de 67 documentos, relación nominal que acompaño y está a su entera disposición, pero que no la voy a citar para no alargar mi disertación.

Para terminar, señorías, voy a hacerlo con las palabras del Muy Honorable Jordi Pujol, presente en la Asamblea, y que pronunció no como médico, sino como Presidente. Sus palabras fueron: El acto que han hecho ustedes es de una gran calidad humana y colectiva. Yo, como Presidente de Cataluña, me siento muy satisfecho de ver este Palau de la Música lleno de médicos que han estado debatiendo por propia iniciativa en un acto de autodisciplina, no de disciplina impuesta. Que toda una profesión se reúna, trabaje seriamente, y se dé a sí misma este código, adaptándolo a los tiempos modernos, es un hecho altamente positivo, del que yo, como Presidente, y creo que todos los catalanes, nos sentimos orgullosos, siendo uno de los factores que nos hacen tener confianza en nuestro país.

Nosotros, señorías, los médicos catalanes, también nos sentimos orgullosos de nuestras normas de ética médica.

Gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señorías, estoy a su entera disposición.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Lladonosa.

A continuación, vamos a abrir un turno de intervención general de los señores portavoces. En primer lugar, en ausencia de la Senadora Costa, que me consta que está en otra Comisión que se está desarrollando en estos momentos, tiene la palabra el Senador Ríos.

El señor RÍOS PÉREZ: Muchas gracias, señora Presidenta, sobre todo por su generosidad al permitir que en esta misma sesión, continuación de la de mañana, cambiemos de portavoz.

En segundo lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Mixto, desde el punto de vista formal agradezco al doctor que haya estado hoy aquí con nosotros. Desde el punto de vista personal, ya sabe el doctor Lladonosa que llevamos muchos años en la brega de los problemas éticos de la profesión médica. Por lo tanto, sólo me queda ratificar en gran medida lo que yo sé que ha habido en la lucha para conseguir este código ético de la colegiación catalana, en la línea de modernización de los otros códigos que están en marcha ahora dentro del Estado español.

Concretamente en el tema de la eutanasia y respecto a los artículos 57 y 58 del código ético de los colegios médicos catalanes, indudablemente se plantea el tema de vivir con dignidad y respetar ese cuidado por la dignidad de la vida. En el fondo —dentro de la terminología que estamos usando, aunque no es la más adecuada, la más correcta y no sé si de una vez por todas habría que hacerla desaparecer o, por el contrario, de vez en cuando hay que volverla a sacar para entendernos hasta que ya de una forma decidida sepamos que no la debemos usar—, entendemos que se mantiene una posición pasiva ante la eutanasia, en el sentido de que este Código Deontológico no contempla la posibilidad de actuar direc-

tamente en ningún caso, puesto que prohíbe, de forma positiva y directa, acortar o eliminar la vida, lo mismo que alargarla, y propugna mantenerla en los justos términos procurando la máxima calidad de vida en el poco tiempo que le reste al paciente, y sólo hace la excepción de una prolongación de la misma para el caso de muerte cerebral —cuestión puramente técnica— cuando esté previsto un trasplante.

Hubo una encuesta en la que prácticamente el 80 por ciento de los médicos catalanes apoyaron este planteamiento, me imagino que porque no se explicó bien. Estoy seguro de que si se hubiera explicado en profundidad lo hubiera apoyado casi el cien por cien. Creo que es una forma moderna de enfocar el problema y querría hacer una pregunta al respecto: Si en algún momento determinado, con de los documentos que tuvieron para estudio, se habló de los conceptos de testamento vital, sus limitaciones y la capacidad real para poder aplicarlo, tanto por lo que se refiere al artículo 57 como al artículo 58 del Código Deontológico.

Muchas gracias, señor Lladonosa, y, como siempre, hasta siempre.

Muchas gracias, señor Presidente.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Ríos.

A continuación, tiene la palabra el Senador Bolinaga, en representación del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos.

El señor BOLINAGA BENGEOA: Muchas gracias.

Agradezco la presencia del doctor.

Efectivamente, no me cabe la menor duda de que el código deontológico de los médicos catalanes sea extraordinario de punta a punta.

No obstante, hubiera agradecido una mayor incidencia en ese famoso Capítulo 7.º, donde figuran dos artículos, los números 57 y 58 —creo recordar—, en los que se contempla el derecho a vivir dignamente hasta la muerte, el derecho a rechazar tratamiento, etcétera.

En concreto, creo haberle entendido decir: y respetar inclusive el derecho del enfermo a morir de conformidad con sus creencias. Esta expresión de «conformidad con sus creencias» creo que es muy ambigua, por lo que me gustaría que, si puede, ampliara el concepto sobre la base de casos más concretos o más específicos. Por ejemplo, si realmente creo que tengo derecho a pedir la eutanasia o a suicidarme, ¿qué tipo de creencia es? Me refiero a aspectos de este tenor, por lo que quisiera que nos pudiera ampliar más la idea y el concepto que tienen ustedes sobre esta frase de «morir de conformidad con sus creencias». A raíz de esto, tal vez procedería a hacer alguna otra pregunta, con permiso de la Presidencia.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Bolinaga.

Seguidamente, tiene la palabra el Senador Cardona, en representación del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Agradezco la comparecencia del señor Lladonosa por doble motivo. En primer lugar, en nombre de nuestro Grupo, el Grupo de Convergència i Unió, por su exposición. Por otra parte, quisiera felicitarle, y no sólo por simple cortesía parlamentaria, en tanto que es Presidente del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña, precisamente por la iniciativa adoptada, que si bien contaba con antecedentes, como él mismo ha resaltado, a propuesta del Colegio de Barcelona se llevó a cabo una elaboración con una metodología y tramitación que, ya de entrada, fue asumida por los otros colegios de Cataluña. La felicitación, por tanto, en tanto que expresión de la voluntad mayoritaria de los médicos de Cataluña.

Asimismo, ha dicho que se presentaron alrededor de 1.700 enmiendas, de las cuales más de 800 fueron aceptadas de entrada, lo cual indica la participación por parte de los colegiados, así como el trabajo que se llevó a cabo. Naturalmente, también me felicito en tanto que médico de Cataluña por llevar a cabo de forma pública, democrática y participativa esa iniciativa que nació de la propia clase médica como él nos ha indicado. Por tanto, creo que podemos felicitarnos porque nos hemos dado unas pautas de conducta, sobre todo en lo que se refiere a la relación médico-enfermo, que, como esta misma mañana decíamos, durante los últimos años ha tenido una gran evolución, ya que se ha pasado de aquella relación paternalista, en la cual el médico decidía por el enfermo, a esa forma de decidir, previa información del paciente, por parte de ambos. En principio, quien tiene la decisión es el propio enfermo, pero de acuerdo con la información que se le ha dado.

Esos dos artículos, que parece que pueden quedarse cortos por todo lo que desde el punto de vista social significa la eutanasia y que el Código Deontológico sólo refiere en ellos, en realidad son suficientes, puesto que empiezan precisamente por la significación de los derechos del enfermo en esa fase final de la vida, ese derecho del enfermo a la dignidad de la muerte e, incluso —es más—, el derecho que posee, por encima del médico, quien tiene que actuar de acuerdo con el Código Deontológico que se ha dado, a rechazar el tratamiento si ésta es su voluntad. Por tanto, creo que son cortos en cuanto a palabras, pero muy ajustados en cuanto a lo que quieren expresar.

El artículo 57 aparte de reconocer el derecho a vivir con dignidad, también se refiere a ayudar al enfermo a asumir la muerte y, cuando no pueda tomar decisiones, se dice que se aceptará la voluntad de las personas vinculadas responsables. Qué duda cabe de que si el paciente ha hecho previamente manifestación de esta voluntad, lo que ahora se entiende como testamento vital, se marca una cierta pauta en la relación médico y enfermo.

En cuanto al artículo 58, creo que también hay dos cuestiones a destacar. Se plantean los objetivos de confort en esas fases finales, lo que se entiende como calidad de vida —ésta es la expresión que creo que se ha pretendido manifestar— y, sobre todo, no se acepta que por parte del médico se tomen iniciativas sobre acortar deliberadamente ni alargar innecesariamente la vida, que son expresiones

acertadas. No olvidemos —como él mismo ha dicho— que cada médico tiene su opinión. Así, lo que en su momento se intentaría hacer sería elaborar unas normas que supusieran el común denominador mínimo aceptable para la mayoría de los médicos, por no decir todos, de los Colegios de Cataluña.

En este sentido, quisiera someter a su consideración una pregunta concreta, respecto de la que puede contestarme en tanto que Presidente del Consejo de Colegios de Médicos, pero también, si quiere, de una forma personal, porque quedaré satisfecho con la respuesta ya que conozco a la persona. La pregunta concreta sería, si, a su entender, quedan resueltas las posibles circunstancias de la relación entre médico-enfermo con el actual código deontológico de los Colegios de Médicos de Cataluña.

Quiero reiterar mi agradecimiento por su comparecencia.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

A continuación, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista quiero saludar al doctor Lladonosa, agradecerle su presencia en esta Comisión y también los comentarios que nos ha hecho, que seguro van a ser de gran valor para los trabajos de esta Comisión.

Quiero hacerle una pregunta muy breve. Me gustaría saber si de esas doce enmiendas que llegaron a la asamblea general de todos los médicos de Cataluña en alguna de ellas se hacía referencia al tema concreto de la eutanasia activa voluntaria, si en alguna de las 1.700 que se presentaron se hacía referencia a ello y cuántos médicos, si es que hubo alguno, se posicionaron en esa Asamblea a favor de una eutanasia activa directa voluntaria.

Finalmente quiero darles la enhorabuena por el proceso que han seguido para modificar el Código Deontológico.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Por último, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, doctor Lladonosa en nombre del Grupo Parlamentario Popular por su presencia y por las aportaciones que ha hecho a esta Comisión.

Ante todo quiero felicitarles, por supuesto, por el proceso de elaboración del Código Deontológico.

Voy a referirme a unas cifras que ha mencionado y que no me han quedado claras. Ustedes mandaron a 26.570 colegiados un proyecto para que ellos se manifestaran con respecto al mismo. Aparte de las 1.744 enmiendas que se

presentaron, quisiera saber si hubo algún otro tipo de comunicación por parte de los propios colegiados manifestándose en favor, en contra, o de alguna manera con respecto a este código deontológico. Como creo que fueron 1.500 los médicos que asistieron en el Palau de la Música a la Asamblea General, y ello representa un porcentaje muy pequeño en cuanto al número de colegiados catalanes, me gustaría saber si realmente hubo un interés mayor por parte del resto de la colegiación con respecto a este código deontológico.

En cuanto a lo que ha expuesto del mismo, evidentemente a esta Comisión le interesan los dos artículos que hacen referencia a la eutanasia. Yo creo entender —usted me corregirá si no está de acuerdo— que los médicos catalanes se han manifestado claramente en contra de la eutanasia; eso es una evidencia en base a estos dos artículos que recoge el código deontológico, pero, de cualquier manera y como se hace referencia en uno de ellos al derecho a vivir con dignidad, sí quisiera, si es posible, que nos explicara qué representa para usted el hecho de que el paciente viva con dignidad, porque, aunque se habla en ese artículo de que el médico debe velar por este derecho a vivir con dignidad, hay otros aspectos en los que el médico desgraciadamente no puede entrar para velar por esa dignidad. Desde el punto de vista médico me gustaría saber qué entiende usted por ese derecho a vivir con dignidad del paciente.

También me interesaría, si es posible, que nos dijese qué problemáticas más comunes exponen los médicos catalanes a los distintos Colegios Médicos de Cataluña, al propio Consejo, en relación al tema de la eutanasia, el fin de la vida, y la problemática que esto les pueda suponer a ellos en la relación médico-enfermo, incluso en la relación jurídica que puedan tener por este motivo. Me gustaría conocer, si es posible también, el porcentaje de hospitales públicos o concertados catalanes en los que funcionan comités de ética asistencial y, si pudiera, que nos informara de los trabajos relacionados con la eutanasia que puedan llevar a cabo estos comités de ética asistencial.

Por último, como bien conoce, el Consejo General de Colegios Médicos ha tenido una reunión reciente en Pamplona y ha elaborado un manifiesto relacionado también con el tema de la eutanasia. Simplemente quiero preguntarle si desde el Consejo General de Colegios Médicos de Cataluña coinciden en lo sustancial con el manifiesto que al respecto ha hecho el Consejo General de Colegios Médicos.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bellido.

Tiene la palabra el señor Lladonosa.

El señor PRESIDENTE DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA (Lladonosa i Gallart): Muchas gracias, señora Presidenta.

Procuraré contestar a cada uno de los intervinientes. No obstante si algún aspecto se me pasa, les agradecería que me lo volvieran a preguntar.

Al Senador Ríos le doy las gracias por su alocución. Hace muchos años que nos conocemos y supongo que sus palabras han sido fruto de esta ya antigua amistad. Ha hecho referencia al testamento vital y quería saber si en el texto del documento efectivamente se contempla o no el testamento vital.

En este momento hay un debate en Cataluña y tengo aquí la comunicación del Conseller, que hace pocos días hizo en la Cámara. La primera cosa que hay que decir, aunque no sé si prosperará, es que a nivel de Cataluña el concepto de testamento vital se cambia por el nombre de voluntades anticipadas. Es una cuestión semántica pero tiene su contenido. Efectivamente, en el Código no se contempla, pero voy a leerle, porque quizá con esto tenga la contestación, lo que dijo el Conseller hace pocos días con el informe de la Comisión Asesora de Bioética; dice textualmente —traduzco del catalán—: En definitiva, considera que, como hemos dicho, es éticamente aceptable y hasta el fin recomendable la existencia de documentos de voluntades anticipadas. Entiendo que quiere decir que no solamente es aceptable, sino recomendable, desde el punto de vista de nuestro código deontológico, que exista este documento. En el documento del Conseller dice que este documento debe archivarse en la historia, con el respeto que le merecen todos los documentos de la historia, y que el Comité de Ética, en el momento de tomar su decisión, debe tenerlo en cuenta. Lo que sí dice es que este documento de voluntades anticipadas tiene que tener una serie de condicionantes para que sea válido, como que se ha hecho en libertad, con plena consciencia del enfermo e incluso recomienda que se renueve periódicamente, porque entendemos en Cataluña que un documento redactado en un momento determinado, pasado un tiempo puede cambiar, ya que —usted es médico y por lo tanto lo sabe perfectamente— un tratamiento que en este momento no exista dentro de poco sí puede existir. Por lo tanto esas voluntades anticipadas pueden ser válidas en un momento, pero si no se renuevan puede ser que no reflejen la voluntad expresa del enfermo cuando hay que aplicarlas.

Por lo tanto, ésta es la contestación que le puedo dar: en este momento en Cataluña hay un debate sobre el tema y el testamento vital o voluntades anticipadas que nosotros proponemos es ya un documento que, si quiere, se lo puedo hacer llegar, que es la comunicación del Conseller.

Me parece que con esto he contestado a su pregunta.

El segundo interviniente, el Senador Bolinaga, me habla sobre la muerte, sobre el derecho del enfermo a morir con dignidad.

El médico ha de tener en cuenta que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida y que su deber fundamental es ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida.

Yo entiendo que una persona durante su vida puede tener unas creencias más o menos consolidadas que hagan que en el momento de su muerte sea capaz de soportar unos sufrimientos que otros, por falta de estas creencias, no son capaces. Históricamente sabemos que ha habido santos en la Iglesia que han sido capaces de soportar mise-

rias, tormentos y situaciones degradantes que en este momento no soportarían muchas personas. El derecho a vivir de acuerdo con sus creencias y sus convicciones es el espíritu de este artículo. Por eso se dice: ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida. Si una persona ha tenido unas creencias que han tipificado el sentido de su vida hay que aceptar su voluntad en el momento de su enfermedad terminal. Éste es, entiendo yo, el concepto de asumir sus creencias y el sentido de su vida. No obstante, podemos continuar el debate sobre el tema, si lo desea. Las creencias no necesariamente tienen que ser religiosas, sino que pueden ser de otro tipo, pero lo importante es que den un sentido a su vida y le ayuden a asumir el fin y eso hay que respetarlo. Si una persona, en un momento determinado, no quiere calmantes, no quiere un tratamiento para su enfermedad, hay que respetarlo.

Al doctor Cardona le quiero agradecer la defensa de los artículos que hablan sobre la muerte. Efectivamente son pocos —como he dicho antes—, pero su contenido es tan denso que no creo que pueda escaparse a ningún médico la postura a tomar ante un enfermo terminal. Antes he comentado al Senador Ríos que falta el tema del documento; aquí figura que se aceptará a las personas vinculadas responsables del paciente, pero el médico señalará el deber de respetar lo que cree que hubiera sido el parecer del enfermo. Entendemos —y me adelanto un poco en la respuesta a otra pregunta— que los comités de ética que existen —y deberían existir en todos los hospitales— son los que en cada momento deberán decidir y tener un aspecto positivo o negativo sobre la decisión a tomar en cada caso. En Cataluña tenemos un reglamento de los comités de ética bastante extenso y respetuoso con los derechos del enfermo. Todos los comités de ética que existen en Cataluña están acreditados. ¿Qué quiere decir esto? Que estos comités de ética tienen que estar formados por personas expertas en la materia, y que la Generalitat o la Administración debe acreditarlos; de lo contrario, el comité de ética no creo que pueda tener una función válida; es decir, debe reunir estas condiciones.

Por lo que se refiere al Senador Bellido, voy a contestarle lo que pueda. Se refería a las mil y pico enmiendas que se hicieron. No son exactamente enmiendas; algunas fueron enmiendas, otras recomendaciones, otras rectificaciones, otras correcciones de estilo y otras cambios de palabras; no eran enmiendas en el sentido parlamentario de la palabra. De las 1.747, se recogieron 822, con la posibilidad de que las que no fueron atendidas, automáticamente se pudieron presentar a la asamblea general para su discusión.

Le voy a leer —antes no lo he hecho para no alargar la intervención— las enmiendas que se presentaron a cada una de los artículos. De las 12 enmiendas que se presentaron a la asamblea para su votación, una se refería a los artículos 13 y 58, con la firma de 117 médicos; otra al artículo 44, con 101 firmas; otra a los artículos 44 y 77, avalada con 84 firmas; otra con la propuesta de un nuevo artículo y enmiendas a los artículos 49, 50 y 51, con 80 firmas —y le recuerdo que para ser presentada una enmienda

debía estar avalada por 50 médicos—; otra al artículo 52, con 80 firmas; otra al artículo 52, con 81 firmas, y otra al artículo 58, con 54 firmas. Aquí tengo la votación de cada una de las enmiendas, y si lo desea se la puedo hacer llegar. De estas 12 enmiendas, repito, se incorporaron cinco, después del debate y votación de todas ellas.

También me ha preguntado si había enmiendas a favor o en contra de la eutanasia. Yo simplemente le puedo decir que no estuve presente en Ponencia, pero las enmiendas que se aceptaban eran sólo y exclusivamente referidas al proyecto de código deontológico. Por tanto, el concepto de eutanasia que aquí se pueda discutir no existía en ningún artículo, y, por tanto, no se podía aceptar. La Comisión no aceptó ninguna en este sentido —no sé si había alguna presentada—, pero lo cierto es que todas las enmiendas tenían que ser exclusivamente sobre el proyecto de código deontológico que nosotros enviamos a todos los médicos de Cataluña.

Otra pregunta se refería a los problemas que exponen los médicos catalanes sobre la eutanasia, así como los hospitales que cuentan con comité de ética. No le puedo decir exactamente cuáles y cuántos son los hospitales de Cataluña que tienen comité de ética, pero le repito lo que le he dicho antes: que estos comités de ética tienen que estar acreditados previamente, para lo cual tienen que hacer una solicitud a la Generalitat o a la Administración. No le puedo precisar cuántos comités de ética tenemos en Cataluña pero si tiene interés puedo solicitar esta información y dársela si usted lo desea.

La señora PRESIDENTA: Señor Lladonosa, queda pendiente la contestación a la Senadora Rodríguez Fouz.

El señor PRESIDENTE DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA (Lladonosa i Gallart): Ha sido un lapsus. Como no estoy acostumbrado a esta mecánica no tengo tanta retentiva.

Usted, señora Senadora, preguntaba sobre la existencia de enmiendas referidas a la eutanasia activa o pasiva. Aunque ya lo he contestando creyendo que era una pregunta formulada por el señor Bellido, la puedo responder también. Como en el proyecto de código deontológico no figuraba en exclusiva el título de eutanasia, lógicamente no se presentaron enmiendas, que yo sepa, y si se presentaron la Comisión no las aceptó. Por lo tanto, le puedo contestar que todas las enmiendas que se remitieron se referían sólo y exclusivamente al proyecto de estatuto, a la redacción que en su momento se envió a todos los médicos.

No sé si habré contestado a todos, y si me permite la Presidenta diré que, personalmente, entiendo que una discusión sobre eutanasia debe orientarse en un sentido positivo. Si aquí alguien me hubiera preguntado sobre si eutanasia sí, eutanasia no, hubiera sido muy difícil contestar, porque creo que debe redefinirse el concepto de eutanasia. Sobre el concepto de eutanasia como buena muerte yo me pregunto, ¿cuál es la buena, la muerte natural o la muerte provocada? Contéstennme ustedes. Porque si hablamos de una muerte provocada de una manera activa o pasiva, por acción o por omisión, ¿es una muerte provocada? ¿Es una

muerte programada? Quizá el concepto de eutanasia habría que cambiarlo.

Al definir y delimitar claramente entre muerte programada a voluntad por acción o por omisión caemos en un concepto de un posible suicidio asistido, y esto habría que reconsiderarlo en toda su extensión. Tal como se hizo en Pamplona, y nuestro código así lo dice, entendemos que el debate sobre eutanasia debe versar primeramente sobre conceptos positivos, como es calidad de vida —aquí lo han preguntado—, como es la buena atención al final de la vida. Les voy a poner un ejemplo que alguna vez he citado y que quizá pueda tener algo ilustrativo. Yo entiendo que el ser humano está programado para nacer y para morir. La sociedad en este momento ha volcado recursos económicos para el bien nacer. Todo el mundo sabe —yo soy neonatólogo— perfectamente que los servicios de neonatología han cambiado en el plazo de 10 ó 15 años. Por lo tanto, quiere decir que la sociedad ha hecho lo posible por dotar de recursos necesarios para el bien nacer. Existe una educación maternal, existe una educación neonatal, pero yo pregunto: ¿Existe una educación para la muerte? Entiendo que debería fomentarse el concepto de muerte, que debería fomentarse una cultura de la muerte y no deberíamos tener reparos en la palabra muerte. Parece que nos da apuro pronunciar esta palabra. Nacimiento y muerte es el comienzo y el fin, y yo entiendo que la sociedad —por lo tanto ustedes tienen la última palabra—, de la misma manera que ha volcado recursos para que el nacimiento de un bebé sea lo más seguro posible, yo entiendo que, en base al debate que hoy empieza aquí, debería pedirse también —quizá esto no es cosa nuestra— que se facilitaran los recursos necesarios para que un enfermo terminal pueda tener exactamente igual, y si es posible mejor, los recursos físicos, económicos y personales que se le ofrecen a una mujer cuando va a dar a luz. Pienso que tiene el mismo derecho la persona que está en aquel momento en un paritorio para dar a luz que un enfermo que está en unos cuidados intensivos en una situación de agonía o de enfermedad terminal. Los recursos son necesarios para dar calidad y una buena atención a esa vida que se está acabando. Si esto fuera así yo entiendo que el concepto de eutanasia cambiaría, entiendo que de aquí saldría una resolución e incluso me pregunto que a lo mejor la definición de eutanasia o proyecto sobre eutanasia ni siquiera fuera necesario.

Si comparamos el principio y el fin de la vida, ¿se tiene más derecho en un momento que en el otro? Ustedes si quieren pueden contestarme. Soy yo el que pregunto.

La señora PRESIDENTA: Esto es algo muy inusual. Muchas gracias, señor Lladonosa.

Además del Senador Bolinaga, ¿alguna de sus señorías desea intervenir? (Pausa.)

Tiene la palabra el Senador Ríos.

El señor RÍOS PÉREZ: Con permiso de la señora Presidenta.

Yo quería hacer una reflexión porque a lo mejor no tengo ocasión en otro momento con respecto a estos temas. Yo llevo mucho tiempo tratando este tema desde el punto

de vista profesional, de los comités éticos de hospitales, de los comités éticos de los colegios médicos, desde la vertiente de la bioética, es decir, desde diferentes enfoques de los problemas. Ahora estamos en una Cámara legislativa y cuando dimos el paso adelante de hacer una Comisión especial en este campo, yo consideré —y el amigo Lladonosa creo que puede contestar a algunos de los aspectos que voy a comentar— que desde un punto de vista legislativo nos íbamos a dar de bruces directamente con el Código Penal, y creo que ése es el córner donde vamos a tener que resolver en muy pocos metros una decisión. Hay tres cuestiones muy concretas y todo lo demás debe ir influyendo para que vayamos profundizando en su interpretación. Una de ellas es la muerte activa, una cosa muy definida, es decir, hay un acto que provoca la muerte, independientemente de otros factores. Otro asunto es la asistencia necesaria al suicidio, que es otro tema al que el Código Penal atribuye dos años de cárcel, aunque en la práctica después se puede resolver sin llegar a entrar en prisión.

El tercer gran campo es una mezcla conceptual entre una supuesta mala praxis y una supuesta negación de auxilio. Desde esa perspectiva hay que profundizar, hay que ir cogiendo los conceptos que nos den los éticos, los biólogos, los bioéticos, la práctica diaria y los profesionales e ir llenando ese campo que en este momento está sin construir. La cuestión es saber dónde está el límite de la negación de auxilio y dónde está el límite de la mala praxis, como una acusación. Agradecería al señor Lladonosa que estuviera dispuesto a entrar en este terreno con su consejo particular u opinión personal, olvidándose del Código de los Colegios Médicos catalanes.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ríos.

Quiero informarle que, según el plan de trabajo que hemos elaborado para esta Comisión, pasarán por ella más de 130 comparecientes, catedráticos de ética, de filosofía y expertos del mundo de la medicina, del mundo religioso y, por supuesto, del mundo judicial.

No hace falta que le invite, porque usted sabe que es muy bienvenido en esta Comisión y, siempre que tenga un hueco, estaremos encantados de contar con su presencia.

Tiene la palabra el Senador Bolinaga.

El señor BOLINAGA BENGÓA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Después de la última advertencia que acaba de formularnos usted, no sé si debería posponer mi pregunta.

Sigo un poco obcecado con el tema de las creencias, porque ése es un campo sin límites. Voy a hablar en sentido propio, aunque no es mi caso. Precisamente porque soy cristiano y estoy convencido de que me encuentro destinado a otra vida nueva, también me considero con la libertad otorgada por Dios de participar en la determinación de mi bien morir, del momento y modo de mi muerte, en tanto me sea concedida esa posibilidad. Ésa es una creencia. Entiendo que es ésa una forma razonable y responsable de entrega de la vida que unos llaman eutanasia y otros van más allá y llaman asesinato. Creo que es un derecho, en virtud

de mis creencias, del que ni el Estado, ni el médico, ni siquiera el teólogo me pueden privar. ¿Hasta qué punto podemos llegar con las creencias, doctor?

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.
Tiene la palabra el señor Lladonosa.

El señor PRESIDENTE DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA (Lladonosa i Gallart): Aquí se ha barajado la palabra libertad. Todo el tema está basado en la libertad de cada uno para decidir en cada momento lo que quiere hacer sobre su persona.

Entiendo que la libertad individual no es una libertad absoluta. Estamos viviendo en el contexto de una sociedad. Yo estoy viviendo simbióticamente en una sociedad y mi libertad individual no puede ir en contra de las libertades de los demás. Mi libertad termina donde empieza la de los demás, y la sociedad, quiera o no quiera, más de una vez me niega mis libertades. El debate tendrá que plantearse en los siguientes términos: ¿Mi libertad individual es absoluta? ¿A partir de hoy yo no pago impuestos? Estoy inmerso en una sociedad y esa sociedad me obliga y, por tanto, me coarta mi libertad. Por tanto, el concepto de libertad habría que discutirlo desde el punto de vista filosófico y desde el punto de vista social, y entonces quizá tendríamos una solución a esta situación.

Por otra parte, si yo tomo libremente la decisión de la muerte —como ha dicho el Senador Ríos—, induzco a otra persona a que me produzca la muerte por acción o por omisión y esto está penado en el Código Penal. El que induce, actúa o efectúa un acto de este tipo está penado. Habrá que restringir estas situaciones a unos casos muy concretos, porque si lo generalizamos tendremos que redefinir el concepto de suicidio asistido, por acción o por omisión, porque de una forma o de la otra, si una persona muere es un suicidio con la ayuda de alguien que le ha asistido o le ha dejado de asistir. Por tanto, éste es un concepto muy escabroso que tendrán ustedes que ir definiendo a través de las intervenciones de todas las personas que pasarán por aquí. Yo les aconsejaría que algún filósofo les hablara de estos temas para que ustedes, en un momento determinado, tomarán una decisión. Estoy convencido de que, cuando se tenga toda la información, el concepto de eutanasia sí-eutanasia no, en sentido positivo, no se planteará con tanta crudeza como se hace ahora. Tenemos que ser valientes, tenemos que hablar y dar a cada una de las situaciones el calificativo adecuado.

Antes de finalizar, quiero contestar a quien me ha preguntado por el manifiesto de Pamplona. Yo como miembro del Colegio de Médicos de Cataluña y como consejo personal estoy completamente de acuerdo con todo lo que se acordó en Pamplona, porque no es ni más ni menos que lo que se refleja en nuestro código.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Lladonosa.

Quiero darle las gracias, en nombre de la Mesa, de los miembros de la Comisión y en el mío propio, por su presencia esta tarde entre nosotros. Espero que la pregunta

que nos ha planteado se la podamos contestar cuando esta Comisión acabe sus trabajos. Para eso la hemos constituido.

Vamos a suspender la sesión hasta las seis y media, hora de la siguiente comparecencia. *(Pausa.)*

— DE DON LLUÍS CABRÉ PERICAS, MÉDICO UCI DEL HOSPITAL DE BARCELONA (715/000227).

La señora PRESIDENTA: Señorías, reanudamos la sesión con el último punto del orden del día, comparecencia del Doctor en Medicina don Lluís Cabré, Máster en Bioética, que pertenece a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Barcelona.

Señor Cabré, en nombre de la Mesa y en el mío propio le doy la bienvenida a estas primeras comparecencias de la Comisión de estudio sobre la eutanasia y a esta Cámara.

Tiene usted la palabra.

El señor CABRÉ PERICAS (Médico UCI del Hospital de Barcelona): Muchas gracias y buenas tardes.

En primer lugar debo decirles que como español y como demócrata me siento muy honrado de poder estar con todos ustedes. Si en algo les puedo ayudar en su difícil y noble tarea de legislar me sentiré contento, pero si no fuera así les ruego que me disculpen por el tiempo que les pueda hacer perder.

Me hubiera gustado más venir aquí para hablarles de otra cosa puesto que para un médico no resulta nada agradable tener que hablar de eutanasia, de limitación de esfuerzo terapéutico, de no actuar o de dejar morir. Preferiría hablarles del «pa amb tomaca» que tomamos en Cataluña o de la Costa Brava puesto que resultaría mucho más agradable, pero, desgraciadamente, ustedes no me han invitado para que les hable de eso.

Creo que hay un tema fundamental en esta cuestión: diferenciar lo que es propiamente eutanasia activa de ese otro tipo de eutanasia —creo que mal expresada— la eutanasia pasiva, en la que no se aplica tratamiento alguno o éste se retira, cuestión esta sobre la que intentaré explicar a lo largo de mi exposición que es, en realidad, una buena práctica clínica sin ser eutanasia.

Otro concepto que creo es erróneo es el asociar eutanasia con muerte digna. Creo que ésa es una imprecisión, tanto desde el punto de vista conceptual como terminológico, puesto que el morir dignamente no siempre va a asociado al ejercicio de la eutanasia y viceversa. No quiere decirse que el ejercicio de la eutanasia garantice siempre la muerte digna. Esto no siempre se cumple. Por eso, en esta exposición quiero utilizar el término eutanasia solamente con eutanasia activa, entendiéndolo por tal lo que se dice en el Código Penal que ustedes conocerán mejor que yo: El que cause o coopere activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro por la petición expresa, seria e inequívoca de éste en el caso de que la víctima padezca una enfermedad grave que lleve necesariamente a la muerte o que le produzca graves sufrimientos, permanentes y difíciles de soportar, será castigado con...

En Holanda, país pionero de la legislación sobre la eutanasia, se define ésta como toda intervención directa o eficaz del médico por causar la muerte del paciente que padece una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con sufrimiento insoportable a petición expresa de éste.

Pues bien, una vez definida la eutanasia activa, el discurso se centra —a mi parecer— en qué es lo que quieren los familiares de los enfermos que yo atiendo y en qué quieren los propios enfermos, y creo que lo que quieren unos y otros es una muerte digna. No quieren morir con tubos, con máquinas, con catéteres, etcétera, pero no desean tanto la eutanasia activa como tal.

No sé si estaré equivocado, pero el debate no está en si al señor Samp Pedro se le tenía que haber permitido o no una muerte digna —lo que es seguro es que morir por cianuro no es una muerte digna— o en si lo que quiere la sociedad es que cuando no hay nada que hacer hay que dejar morir a los pacientes confortados, con analgesia y con sedación. Creo que el debate está en esto último. El del señor Samp Pedro es tal vez un caso único, no sólo en la historia de España sino en la del mundo, pero como es un tema más complejo intentaré referirme a él al final de todo.

Para hablar de toda esta cuestión creo que hay dos conceptos fundamentales de los que hay que partir antes de pasar a referirme a unas cuantas cifras que les he traído sacadas de un estudio que hemos hecho en España sobre dejar morir en las UCI. Los dos pilares en que se fundamenta el dejar morir se basan, creo yo, en dos valores fundamentales: en el valor de la vida, y en el valor de la dignidad humana.

La Medicina intensiva, que es a lo que yo me dedico, empezó en nuestro país cerca de los años setenta, y en ello hay precisamente una coincidencia histórica que les explico a continuación. Si no recuerdo mal, la primera unidad de cuidados intensivos que hubo en el Estado español se abrió en la Clínica de La Concepción en Madrid en el año 1969. Ese mismo año se abrió la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Mar de Barcelona, y aproximadamente en esos años, en los setenta, es cuando empezó a tomar más auge lo que conocemos actualmente como Bioética moderna. ¿Por qué? Porque fue en los primeros años de la década de los setenta cuando por primera vez los médicos empezamos a intervenir en cierta manera en la muerte precisamente a causa de la epidemia de polio que asoló Europa y prácticamente todo el mundo. Fue entonces cuando se empezaron a utilizar los respiradores, los monitores que nos permitían detectar arritmias cardíacas después de un infarto o de cualquier otra patología coronaria. Es decir, fue entonces cuando por primera vez la Medicina, los médicos y el personal sanitario intervenimos en la muerte.

Pero todo esto también ha cambiado a la sociedad. Antes las personas se morían en su casa, especialmente en el ámbito rural, pero ahora la gente se muere en los hospitales porque las familias quieren que la abuela, el abuelo, el padre, la madre o el tío se mueran en ellos y no en casa. Esto quiere decir que ahora nosotros estamos interviniendo en la muerte. Posiblemente las dos vertientes más

importantes de la Bioética, que tiene otras muchas, sean el debate sobre la muerte y el debate sobre el principio de la vida. De ahí todos los debates a los que en su momento asistimos sobre la interrupción del embarazo o los que ahora surgen sobre la clonación u otros tipos de fecundación.

Pero si damos un paso más hacia adelante, yo diría que incluso en el valor de la vida también esto ha cambiado; ha cambiado porque la sociedad actual no es homogénea sino heterogénea. Cuando antes en Europa la moral que había era solamente una todos la cumplían sin que hubiera discusión. Pero cuando esta moral o esta religión —por decirlo con más exactitud— no es uniforme, no es universal, cuando como en nuestra Constitución al Estado se define como laico, es cuando empiezan los problemas. Creo, por tanto, que en esto hay que dar un paso más.

Si un historiador escribiese la historia actual de aquí a 50 años, podría decir que la vieja ética, la que ha habido hasta ahora, podría elegir una o varias fechas. Una de ellas podría ser el 4 de febrero de 1993, día en que el Tribunal Superior de Justicia de Gran Bretaña decidió que los médicos que asistían a un joven que se llamaba Tony Bland podían actuar legítimamente para poner fin a su vida retirándole la sonda nasogástrica. Luego les explicaré por qué.

Un historiador holandés que se refiriese a esas mismas épocas podría decir que el día 30 de noviembre de 1993 fue la fecha en que el Parlamento de Holanda determinó por ley que los médicos informaran al Fiscal de las decisiones que desembocaban en eutanasia. Fue la fecha en que se aprobó la Ley sobre la eutanasia en Holanda. Y un futuro historiador podría decir también que esta vieja ética cambió el día 2 de mayo de 1994, fecha en que se absolvió al Doctor Jacques Revorkian de la acusación de prestar ayuda para suicidarse a un hombre llamado Tomas Hyde. Todo esto quiere decir algo; quiere decir que el valor de la santidad de la vida se está desmoronando puesto que, al menos en estos tres ejemplos, así parece.

En cuanto al primer caso al que me refería, el de Tony Bland, que no sé si ustedes conocerán, era un chico de 17 años. El día 15 de abril de 1989 quedó en un coma vegetativo persistente después de la tragedia, que supongo todos ustedes recordarán, ocurrida en el estadio de fútbol de Hillborough, en Sheffield, cuando se cerraron las puertas y quedaron aplastadas varias personas en la semifinal de Copa entre el Liverpool y el Nottingham Forest. Los equipos de socorro le intentaron reanimar, pero cuando ingresó en el hospital este chico estaba, como digo, en coma vegetativo persistente.

¿Qué quiere decir esto? Ustedes saben que uno de los diagnósticos de muerte es la muerte cerebral. Para que lo puedan entender sus señorías, nosotros consideramos que hay muerte cerebral cuando todo el cerebro está muerto. Dicho de forma esquemática, el cerebro está compuesto por la corteza cerebral y por el mesencéfalo, éste formado por el tronco y la protuberancia. Cuando todo esto no tiene actividad, consideramos que hay muerte cerebral, es decir, consideramos que hay un tipo de muerte. Cuando el tronco y el mesencéfalo todavía funcionan pero la corteza está muerta, a esto se le llama coma vegetativo persistente.

¿Qué quiere decirse con esto? Pues que las personas a las que les ocurre esto son individuos que no son capaces de pensar ni de razonar, pero que sí son capaces de respirar por sí solos, que sí pueden hacer una mueca, aunque tampoco pueden oír y difícilmente se puede llegar a saber si son capaces de sentir.

Pues bien, la familia de este chico pedía insistentemente que se le retirase la sonda nasogástrica —es un tubo que entra por la nariz hasta el estómago para alimentar a la persona—, pero los médicos que le atendían en Inglaterra consideraron que el retirar esa sonda llevaría a Tony Bland a la muerte, y por eso acudieron a todas las instancias jurídicas —yo no entiendo nada de eso— hasta llegar a la Cámara de los Lores dado que, si no estoy mal informado, en Inglaterra no existe Constitución, con lo cual tampoco hay Tribunal Constitucional. Creo que el órgano superior de justicia es la Cámara de los Lores. Pues bien, al final se autorizó la retirada de la sonda nasogástrica y Tony Bland murió al cabo de quince días por falta de alimento.

Creo que es interesante lo que dijo lord Keith de Kinkel en la Cámara de los Lores: «Dado que la existencia en estado vegetativo persistente no beneficia al paciente, queda por considerar el principio de la sanidad de la vida que, le atañe mantener al Estado y a la judicatura en tanto que uno de los brazos del Estado, exige que esta Cámara sostenga que el fallo del Tribunal de Apelación fue erróneo. En mi opinión no lo es. Este principio no es un principio absoluto.»

Otro caso que ustedes también habrán oído es el de Karen Quinlan, ocurrido en 1976 en Estados Unidos. Fue la primera vez que cambió la práctica médica, ya que la Corte de Justicia americana respaldó una decisión que previamente había tomado la profesión médica al enfrentarse a un caso de colon vegetativo persistente, en el que se autorizó la retirada de la sonda nasogástrica y falleció de inanición.

Durante los quince años después de esta decisión, en Estados Unidos se tomaron determinaciones muy importantes; por ejemplo, las cortes americanas proclamaron el derecho de los pacientes a rehusar tratamientos de soporte vital. Estos derechos se contemplaban no sólo para los pacientes competentes, sino también para aquellos que estaban en coma que presentaban una patología que no les permitía decidir; en tales casos correspondía tomar la decisión a sus representantes, ya fuesen los familiares o el tutor legal que previamente hubiese designado el enfermo. Asimismo, después del caso Quinlan, en algunas sentencias judiciales americanas se reconoció el derecho de ciertos pacientes a morir con asistencia médica, como el caso Re-vorkian que antes les he citado.

En resumen, todos estos casos expuestos en la introducción nos dan a entender que los avances en la tecnología médica han hecho que actualmente sea imposible mantener el principio de la santidad de la vida humana. Hoy en día se adopta una ética que tiene en cuenta si mantener la vida beneficiará o perjudicará al ser humano cuya vida se va a mantener.

Ya les he dicho que la medicina intensiva nació muy pareja a lo que se entiende por bioética en la actualidad, y cuando se llega a estos conflictos el problema surge al de-

cidir cuándo hay que intervenir, quién lo decide y cuando se deja de intervenir. Todas éstas son preguntas que nos hacemos cada día en el hospital; yo les pongo el ejemplo de la UCI porque es lo que conozco más, pero sucede lo mismo con los médicos que atienden a enfermos terminales u oncológicos. En ciertas ocasiones los médicos hemos tenido la oportunidad de tomar decisiones y, por decirlo de alguna manera, de medicalizar la muerte, porque antes el médico era el que dirigía todo; pero, cuando se puede medicalizar la muerte e influir en el desenlace final, que es la muerte, el efecto paternalista de los médicos —entre los que me incluyo— es a veces tan fuerte que no les permite actuar en consecuencia, y esto sea tal vez lo que está cambiando cada vez más.

Otro tema importante es que en la toma de decisiones influye lo que medimos cada día, puesto que es a lo que le damos más valor. Los hechos son objetivos: son el escáner, la placa de tórax, los análisis, la exploración física, y a partir de estos hechos tomamos las decisiones. En medicina estas decisiones varían y van corrigiéndose al tener en cuenta como conocimiento de la ciencia los hechos objetivos que manejamos cada día. Pero a veces olvidamos otros temas que no son objetivos como los hechos, y son los valores de cada persona. Estos valores son subjetivos y no podemos medirlos porque no contamos con un escáner, ni aparato de rayos X, ni laboratorio que los mida. Ésta es la gran diferencia: los hechos dan corrección a la toma de decisiones mientras que los valores le dan calidad.

Hecha esta introducción, he de decir que mi Directora del Máster de Bioética y Derecho, impartido en la Universidad de Barcelona, la doctora María Casado, en un libro que publicó sobre la eutanasia decía que poder escoger libremente una muerte digna como un derecho individual es una reivindicación que se considera propia de las sociedades actuales y que parte de una posición laica a la hora de enfrentarse con los problemas de la muerte.

Esto lo recoge nuestra ley, y ustedes lo sabrán mejor que yo, lógicamente. Es la propia Constitución Española la que, en su artículo 1.1, dice que España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo. Este artículo 1 no recoge nada del valor de la vida. El artículo 10.1 trata sobre la dignidad de la persona, y después hablaremos del tema de la dignidad de la persona humana. El citado artículo dice: La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. El artículo 15 dice: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra. Y, por último, citaré el artículo 16.1: Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.

Ésta es nuestra Ley máxima, pero a los médicos también nos incumbe lo que publican los distintos Colegios de Médicos. El Codi de Deontologia del Colegio de Médicos de Barcelona, que es el último código deontológico que se ha elaborado, recoge ciertos aspectos al respecto. El artículo 58 dice que el médico ha de tener en cuenta que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida y morir con dignidad. Es deber fundamental del médico ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con aquello que ha dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permite tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas vinculadas responsables del paciente, pero les señalará el deber de respetar lo que supuestamente habría sido el parecer del paciente. El artículo 59 establece que el médico siempre ha de esforzarse por calmar el sufrimiento, especialmente del enfermo terminal, y no prolongar la agonía. En el caso de muerte cerebral, el médico ha de suprimir los medios que mantienen una apariencia de vida, a no ser que sea necesario para un posible trasplante la obtención de sus órganos.

En cuanto al valor de la vida, hay que tener en cuenta que éste no se mantiene estable. Pondré un ejemplo muy sencillo que nos hará llegar a esa conclusión. Si a cualquiera de nosotros, que estamos en edad de ser padres o madres, se nos muriera un hijo recién nacido por una asfixia neonatal o cualquier otra causa nos dolería mucho, pero seguro que podríamos superar ese dolor y salir adelante, bien teniendo otro hijo o confortándonos con los que ya tenemos. Si el hijo que se nos muere tiene 18 años, ya ha acabado el COU, ha aprobado la Selectividad y se ha ido de juerga para celebrar que ha entrado en la Carrera que quería, sufre un accidente con la moto y se muere, también nos dolerá, pero casi seguro que no nos recuperaremos en nuestra vida y este dolor no nos lo sacará nunca nadie; la muerte de este hijo de 18 años nos marcará para el resto de nuestra vida. Si el que se nos muere es nuestro padre supongo que nos dolerá, pero si tiene 87 años, hace un año le diagnosticaron cáncer de pulmón y hace tres meses que se está ahogando, aceptaremos su muerte como ley de vida y de la naturaleza; nos dolerá, pero en cierta medida pensaremos que ya hizo su proyecto vital de vida y que ya ha dejado de sufrir. ¿Qué quiero decir con todo esto? Que el valor de la vida varía a lo largo de la misma, y si representásemos gráficamente la opinión de la sociedad la curva sería menor al nacer, máxima en la adolescencia y juventud y a partir de ahí iría bajando con la edad. Por tanto, la valoración de la vida no es constante a lo largo de toda la existencia.

Con estos tres sencillos ejemplos que he puesto habrán comprobado que el valor de la vida varía. Pero también podríamos estar de acuerdo en que el valor de la vida no puede ser un valor absoluto; si lo dijéramos, estaríamos admitiendo que es infinito, y si es infinito, continuará siéndolo por mucho que yo hable del tema. Sin aceptamos que el valor de la vida es absoluto e infinito, podemos acabar aquí la discusión e irnos a tomar unos callos madrileños, que me encantan. Con lo cual, si aceptamos que el valor de la vida no es absoluto, lo que hay que respetar en este ele-

mento valor-vida es lo que el paciente dice, lo que cree y lo que tenía pensado en su proyecto de vida.

Si el valor de la vida no es absoluto, aunque haya personas, a las que hay que respetar, que por sus creencias religiosas así lo crean no es lógico que un Estado laico como el nuestro se tenga que someter a las creencias de unos cuantos. Como dice Bobbio, un filósofo italiano que falleció hace uno o dos años, la fe cuando no es un don es un hábito; cuando no es ni un don ni un hábito deriva de una fuerte voluntad de creer, pero la voluntad empieza donde la razón acaba. Me es también completamente extraña la fe en la razón. No he tenido nunca la tentación de sustituir el Dios de los creyentes por la diosa de la razón. ¿Qué quiere decir con esto Bobbio? Que tampoco es tan fácil sustituir el Dios de los creyentes por la diosa de la razón. Esto se va complicando un poco más, y no sé si les voy a aclarar o les voy a liar más la cabeza; espero que no sea esto último.

El segundo punto de los fundamentos sobre el que les quería hablar es el valor de la dignidad humana. Es también un problema difícil, porque si nos ponemos a pensar qué es una vida realmente digna será difícil saber dónde ponemos el listón a partir de dónde es digno y a partir de dónde no lo es. En lo que casi todos estaríamos de acuerdo es en qué no es una vida digna, y lo que es seguro es que nos sería muy fácil ponernos de acuerdo en qué no es una muerte digna. Por poner un ejemplo que recordarán todos por la edad que tienen, citaré el de la muerte del General Franco. Fuese lo que fuese el General Franco, a mí no me gustaría morir como murió él o el Mariscal Tito, ejemplos de cómo no tiene que morir un ser humano. Para ponernos de acuerdo en qué creemos que no sería digno, hay que dar un paso positivo para adelantar e intentar consensuar lo que creemos entre todos que puede ser la dignidad humana.

Hay cuatro conceptos fundamentales. Uno sería la dignidad desde el punto de vista ontológico, referida a que toda persona tiene una sublime dignidad por el mero hecho de ser persona. Esta dignidad, según los que sostienen esta teoría, es absoluta y no es modificable bajo ninguna circunstancia.

El segundo sería la dignidad humana bajo el punto de vista ético, y se basa en la filosofía moral de Kant, tanto en «La crítica de la razón práctica» como en la «Metafísica de las costumbres» que, como todos ustedes saben, como dice el filósofo, el hombre debe ser tratado como un fin en sí mismo y nunca como un mero instrumento o como un medio.

Un tercer concepto de dignidad sería el de orden jurídico que reflejan los textos legales, tanto la Constitución como otros no tan importantes, en las declaraciones europeas o en las declaraciones internacionales de naturaleza jurídica como el Convenio de Bioética, etcétera. Según este concepto jurídico, la persona humana, precisamente por causa de su dignidad ontológica y ética es merecedora de unos derechos que le protegen frente a determinados abusos o violaciones.

Un cuarto concepto de dignidad humana —aquí está el lío— es la dignidad volitiva. Según esta tesis, la persona humana es digna precisamente porque es un ser libre, y si

se vulnera su dignidad es cuando se vulnera su libertad. Si a una persona se le vulnera su libertad deja de ser digno.

El problema radica en estas dos posturas: en la primera como dignidad humana ontológica como persona humana, como ser sublime, y el concepto de dignidad como dignidad volitiva de libertad del propio individuo. En la dignidad volitiva lo que prevalece son los criterios autonomistas; es decir, la libertad, que el individuo la ejerza hasta el límite de su propia autodestrucción. Éste sería el límite máximo de la dignidad volitiva. En la primera, se llegaría a un límite en el que se tendría que vulnerar esta dignidad volitiva evitando la autodestrucción.

El problema es saber hasta qué punto son libres los enfermos, incluso los terminales, y hasta qué punto están mediatizados por la soledad, por el sufrimiento, por el abandono social. Es un tema difícil y complicado. Les pongo el ejemplo de la UCI porque son enfermos agudos, que han tenido muy poco tiempo de decidir sus preferencias y para que tengan una foto de lo que pasa en los hospitales, porque tenemos algunas cifras que les pueden servir.

En primer lugar, se llama —porque como siempre así lo dice la literatura anglosajona— limitación del esfuerzo terapéutico. Es una mala traducción, pero es la que hay, que es cuando se decide limitar el tratamiento a un enfermo, y limitar a este enfermo quiere decir retirarle o limitar el soporte vital.

¿Qué se entiende por soporte vital? Es lo que normalmente hacemos en la UCI, y según el «Hastings Center», toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal.

El soporte vital en la UCI incluye procedimientos como: ventilación mecánica, la diálisis, marcapasos, nutrición parenteral —es decir, por vena—, o enteral —por sonda—, los antibióticos, y la quimioterapia, por ejemplo, en los enfermos con cáncer. Si todas estas cosas no las hiciésemos se morirían.

Cuando ponemos todas estas técnicas —el soporte vital— es porque creemos que van a ser útiles y podremos tirar adelante y curar a aquel paciente. Pero llega un momento en que esto no es así —dos más dos no siempre son cuatro— y todas estas técnicas no nos sirven para salvar la vida o intentar curar aquel paciente y llega un momento en el que hay que limitar o decir basta a este tratamiento.

En el tema que nos ocupa de la eutanasia, para establecer una clasificación —que a mí no me gusta— y explicar qué es lo que no tiene que ser eutanasia, he cogido una clasificación como podía coger otra, que es la de Peter Singer, que habla de tres tipos. Como les he dicho al principio, el término eutanasia solamente tendría que englobar el primero de estos supuestos, que es la eutanasia voluntaria; es decir, la petición de la persona que pide que se le dé muerte —lo que hemos señalado antes del Código Penal o lo de Holanda.

La eutanasia voluntaria, según Peter Singer, prácticamente no existe, pero por poner un ejemplo sería, en caso de guerra, uno que está con su compañero malherido, sabe que van a venir los del Vietcong y lo van a torturar y para

evitarlo le pega un tiro y lo mata. Éste es el ejemplo que pone Peter Singer pero que en la vida real no existe y es pero que no se produzca, pues sería en todo caso un asesinato complaciente y no una eutanasia voluntaria.

La otra es la eutanasia no voluntaria. Esto lo vemos cada día y es un concepto equivocado, que no hay que llamar eutanasia, que es el caso del ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte, enfermos que tenemos habitualmente: niños con retraso mental, personas que tras un accidente, una enfermedad o la vejez han perdido la capacidad de entender, y muchos de estos pacientes no han expresado una voluntad previa. Éste es el día a día que vemos en los hospitales. El caso del señor Sampedro no lo vemos en los hospitales, pero éstos sí.

La dificultad está entre las diferencias que puedan existir entre matar y dejar morir, entre actuar y morir. Hay autores como Rachels que dicen que matar y dejar morir es exactamente lo mismo. Dicho en otras palabras, eutanasia pasiva o eutanasia activa bajo el punto de vista moral sería exactamente lo mismo; desde el punto de vista legal tal vez tiene sus diferencias. Rachels dice que dejar morir a un individuo o matarlo es exactamente lo mismo. Yo creo que no, que hay diferencias importantes. Si yo veo un niño que se está ahogando en una playa en la Costa Brava y no sé nadar sería estúpido que me tire al agua porque me ahogaría. Me guste o no me guste, si no sé nadar tendré que dejar que se muera aquel niño, a menos que quiera ser un héroe, y hoy por hoy no lo había pensado. Por lo tanto, hay diferencias muy abismales y cuando uno retira un tratamiento no es que quiera matar a aquel individuo, sino que está retirando esa medicación o tratamiento porque aquello que está haciendo no sirve para nada o no sirve para esa persona.

No hay recetas de cocina para la solución de este problema. La bioética no da recetas de cocina: no es coger un huevo, harina, meterlo en el horno y tener un bizcocho. Esto no lo hace la bioética, cada caso es un mundo y hay que discutirlo aparte. De lo único que sirve la bioética es como metodología y razonamiento para la toma de decisiones. La solución —entre comillas— que pondría sería el análisis de las causas y de las intenciones. Si estoy poniendo morfina a un paciente que se está ahogando con un cáncer de pulmón, yo ya sé que la morfina posiblemente le causará la muerte o la acelerará, pero no le estoy dando la morfina para matarlo, sino para que deje de ahogarse y deje de sufrir. En esta distinción entre matar y dejar morir existe una terapia que se denomina ineficaz o terapia fútil; y luego hablaremos de este término, que también se ha importado de la cultura —si es que se le puede llamar así— anglosajona, o más bien americana.

Por lo que respecta a la toma de decisiones en cualquier tipo de paciente que se encuentra en estos estados, actualmente nos basamos en los principios básicos de la bioética. La apreciación de estos principios —que están metodológicamente bien expresados en la obra de Beaucham y Childress— es también una importación americana que por lo menos nos sirve para llegar a un consenso en esta materia. Son cuatro principios con los que prácticamente todos estamos bastante de acuerdo en el mundo occidental —por-

que el mundo oriental es otra historia—. Sin que se puedan comparar con los derechos humanos —los cuales no es necesario que se expliquen para que se puedan aplicar en cualquier país del mundo—, podríamos decir que los cuatro principios fundamentales de la bioética se pueden aplicar en cualquier circunstancia, aunque, como digo, no son los únicos. En este tema se ha producido un cambio respecto de la ética antigua, según la cual lo bueno o lo malo, lo moral o lo inmoral, y lo ético o no lo ético equivalía a una dualidad entre vicio y virtud. Sin embargo, actualmente la dualidad se produce entre principio y consecuencia, es decir, entre estos principios y las consecuencias que se obtienen al aplicarlos.

En esta filmina se hace mención a estos cuatro principios, a los que me voy a referir de forma muy resumida. En primer lugar, se encuentra el principio de no maleficencia —«primum non nocere»—, por lo que el médico siempre tiene que actuar no haciendo daño al paciente; es decir, que entre el riesgo y el beneficio siempre se intenta hacer el beneficio y evitar el daño. El segundo principio es el de beneficencia, según el cual hay que actuar de tal manera que se haga el bien al paciente, es decir, perseguir el mejor interés para el paciente. El tercer principio es el de autonomía, por el cual la autoridad final en lo que a la toma de decisiones se refiere reside en el paciente, y así lo dice nuestra Ley de Sanidad. Y el cuarto principio es el de justicia, y se refiere a la distribución de recursos sanitarios.

Muchas veces estos cuatro principios entran en conflicto, porque no hay uno que mande sobre el otro. Así, el principio de beneficencia —el médico quiere hacer algo por el paciente— puede entrar en conflicto con el principio de autonomía —el paciente no quiere que el médico haga algo—. Por tanto, los conflictos entre principios se tienen que resolver caso a caso, y creo que puede ser peligroso establecer que uno domine sobre otro.

Una vez examinados muy por encima estos cuatro principios de la bioética, las conclusiones que obtendríamos serían que la prolongación de la vida sin tener en cuenta su calidad puede no servir al mejor interés del paciente, y que la lucha por prolongarla con medios artificiales puede llegar a una acción degradante que viole los principios éticos y, por tanto, ser incompatible con el respeto a la dignidad humana.

Si exponemos esta idea en forma de esquema, como se refleja en esta diapositiva, podrán ver que la parte de arriba corresponde a la buena praxis o buena práctica médica. Si se garantizan el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia y el paciente tiene una enfermedad que es recuperable hay que hacer todo lo posible por el enfermo, es decir, no hay que limitar el esfuerzo terapéutico. Si éste se limitara se podría incurrir en un delito, aparte de que eso se consideraría mala praxis. Pero si el enfermo no es recuperable, la limitación del esfuerzo terapéutico se tendrá que hacer teniendo en cuenta la autonomía del paciente para decidir o de sus allegados, en el caso de que él no pudiera hacerlo. Si no se llevara a cabo una limitación del esfuerzo terapéutico entraríamos en el encarnizamiento terapéutico, como en el ejemplo que les he puesto sobre la muerte del general Franco.

Estos tipos de limitación en enfermos intensivos pueden ser de tres clases fundamentales: la limitación de ingreso —si se limita el ingreso a un paciente de intensivos se está limitando un tratamiento—, la limitación de determinadas técnicas de soporte vital, o la retirada de éstas una vez instauradas.

Ha habido distintos intentos de reflejar en números y cifras este tema, y hay varios sistemas que evalúan la gravedad de los enfermos de intensivos en las primeras veinticuatro horas. Uno de ellos es el sistema SAPS, que mide una serie de variables, como se refleja en esta diapositiva. Así, se miden la edad, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la ventilación, los leucocitos, el estado de coma, etcétera, obteniéndose una puntuación determinada —que figura al final— que, con una ecuación, indica el riesgo de mortalidad del paciente en cuestión. Como digo, esto se puede hacer en la UCI en las primeras veinticuatro horas. Por tanto, un individuo que ingresa con unos síntomas determinados obtiene, por ejemplo, una puntuación de SAPS de 80 y la probabilidad de mortalidad es del 83 por ciento. El problema es que este sistema se ha realizado sobre una base estadística de grupos muy numerosos de pacientes, pero hay que contar con los extremos, con lo cual, puede servir para grandes poblaciones, pero nunca para tomar decisiones individuales. En cualquier caso, es un valor más por lo que a la toma de decisiones se refiere.

Por otro lado, la decisión de retirar un tratamiento es muy difícil de aceptar, sobre todo, para el personal sanitario, y equivaldría a decidir entre retirar un respirador o no llegar a colocarlo, retirar una quimioterapia o no aplicarla, o retirar una sonda nasogástrica o no ponerla. Callahan decía que aceptar el hecho de que la enfermedad no puede controlarse a pesar de haber realizado un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte. Por ejemplo, en el caso de la retirada del respirador es razonable deducir que, dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente y no la retirada del respirador.

En cuanto a los números se refiere, paso ahora a mostrarles en esta diapositiva un trabajo que se ha hecho en España. Y voy a referirme brevemente a la metodología, porque es importante. Dicho trabajo se realizó en seis unidades de intensivos de España. Se introdujo un observador imparcial, un médico de la unidad, que apuntaba una serie de datos cuando se tomaban decisiones sobre la limitación de esfuerzo terapéutico en un enfermo de intensivos, sin que el resto del equipo de médicos y enfermeras supiera que ese médico estaba tomando notas. Posteriormente, yo hice exactamente lo mismo en mi hospital, utilizando la misma metodología, con lo cual, apuntaba las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico que se tomaban sin que mis compañeros médicos y enfermeras y el resto del personal de la UCI supiese que lo estaba haciendo.

En la hoja de datos se recogían el nombre del paciente, la fecha de ingreso, la enfermedad que tenía, el SAPS del

ingreso, la edad, el sexo, cuándo se hacía la propuesta de limitación a la familia, y qué es lo que se decidía limitar: la ventilación mecánica, el oxígeno elevado, la limitación parenteral, los fármacos, la diálisis, la transfusión, los antibióticos, o la sedación-analgésica. También se indicaba si esas medidas se mantenían, se retiraban, o se limitaban. Asimismo, en cuanto a la información que se facilitaba a la familia, se anotaba si había acuerdo directo con ésta, si existía un acuerdo indirecto, si no se la consultaba, si era algo propuesto por la familia o si había rechazo. Por otro lado, se reflejaba el parentesco, es decir, si se había hablado con el cónyuge, el hermano, el padre, el hijo u otro familiar.

Los resultados son los que ustedes pueden ver en este cuadro. En la primera columna figuran los seis hospitales a los que me he referido, y en la segunda, el Hospital de Barcelona. El tiempo de seguimiento en esos seis hospitales fue de diez meses, y en nuestro caso, de seis. El número total de pacientes que ingresaron en esos seis hospitales durante esos diez meses fue de casi tres mil, mientras que en el nuestro fue de 400. La limitación de esfuerzo terapéutico en esos seis hospitales fue del 7 por ciento —es decir, al 7 por ciento de los enfermos que ingresaron en intensivos se les hizo algún tipo de limitación—, y en nuestro caso fue del 2,4 por ciento. Esta diferencia se debe a que en el primer caso se trataba de hospitales universitarios, pero en el nuestro, aparte de la UCI tenemos un «semi», una unidad para intermedios, con lo cual descendía la gravedad total. La mortalidad total en los seis hospitales fue del 18 por ciento y, en nuestro caso, del 7 por ciento, porque —como he dicho— había enfermos de semi-intensivos. El dato más importante es que en los dos grupos salía casi el mismo tanto por ciento de enfermos que fallecían porque se les había limitado algún tipo de esfuerzo terapéutico: en estos seis hospitales universitarios fue del 37 por ciento y en nuestro caso del 36 por ciento, o sea, prácticamente lo mismo. Si lo comparamos con estudios de otros países hay que tener en cuenta que en nuestro estudio no contemplamos como limitación de esfuerzo terapéutico la reanimación cardiopulmonar, sin embargo, otros estudios, como los americanos, actualmente están publicando cifras de una mortalidad del 90 por ciento, es decir, que el 90 por ciento de los enfermos que se mueren en la UCI es porque les han hecho algún tipo de limitación de esfuerzo terapéutico, entre ellos, las órdenes de no reanimación. Nosotros no las incluimos en este estudio.

Lo que sí es importante es el acuerdo con la familia, directo o indirecto, es decir, que de alguna manera la familia sabía lo que se iba a hacer. En los seis hospitales universitarios se da prácticamente en un 60 por ciento y en nuestro caso, sumados los dos, directo e indirecto, también era del 60 por ciento, aunque tal vez el acuerdo fuera más directo que indirecto. Fue propuesto por la familia, en un caso, en un 7 por ciento, y, en el otro, en un diez por ciento, y no se consultó en un 30 por ciento. Es decir, en un 30 por ciento de los casos se tomaron esas decisiones sin consultar para nada a la familia. Se supone —en mi caso sí lo sé, pero en los otros no, porque no lo especifica el trabajo ya que no está publicado todavía— que en este 30 por ciento de ca-

sos no se consultó a la familia debido a su bajo nivel cultural, por otras circunstancias, o porque los médicos consideraron que el único familiar que había no podría comprender esto. Fíjense que en ningún caso hubo decisión del paciente, ya que en todos los casos los pacientes estaban sedados o conectados al respirador, con lo cual no podían decidir ellos mismos.

Entre las medidas retiradas o limitadas están los fármacos vasoactivos, que hacen que el corazón funcione, que la tensión arterial sea correcta. En los dos estudios se retiró o se limitó en un 70 por ciento de los casos. El oxígeno elevado se limitó en un 50 por ciento en hospitales universitarios y nosotros en un 90 por ciento, y la ventilación mecánica en un estudio el 44 por ciento y en el otro en un 60 por ciento. Si comparamos los dos grupos, que es difícil porque en un grupo hay muchos enfermos y en otro hay menos, podremos ver que tal vez nosotros somos más activos cuando se toma la decisión de limitación del esfuerzo, que les explicaré cómo lo hacemos. La edad y la estancia media son temas de gestión que no creo que les interesen.

Las sugerencias que recomendaría para facilitar el proceso de comunicación de limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI son: Primero, que esta recomendación no se tome por una sola persona, sino en la sesión diaria —normalmente en la UCI cada día se hace la sesión clínica en la que se comentan todos los problemas de los enfermos que hay ingresados—, y que sea una decisión unánime de todo el personal sanitario, entendiendo como tal al personal sanitario de la UCI, médicos, enfermeras, y si hay algún médico relacionado con el caso, por ejemplo, un cirujano, el traumatólogo, u otro médico de la casa, también. Segundo, debe intentar alcanzarse un grado suficiente de acuerdo, directo o indirecto, y en ocasiones habrá que matizar la información para no causar más daño a la familia. Tercer punto, conceder a la familia el tiempo necesario para que pueda aceptar la situación. No es lo mismo un enfermo crónico que un enfermo agudo que acaba de llegar a la UCI; el primero lleva meses o años pudiendo pensar qué es lo que quiere; en el supuesto de un enfermo de la UCI la familia le acaba de ingresar hace quince días, una semana, un mes y muchas veces todavía no han entrado en contacto con la situación. En caso de no aceptación, hay que seguir con el soporte vital y mantener el diálogo. Y, por último, previamente ha debido existir un buen proceso de información a la familia acerca de las opciones de tratamiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad para que lo conozca.

Las propuestas de actuación serían las siguientes recomendaciones: ajustarse al conocimiento actual de la medicina, fundándose en la medicina basada en la evidencia, que es un tema que ahora está muy de moda. La calidad de la medicina hasta ahora era hacer las cosas de forma correcta y una vuelta más en la tuerca es que hay que hacer de forma correcta las que son correctas. Muchas veces no tenemos muy claro si todo lo que hemos hecho hasta ahora o todo lo que hacemos es lo correcto. A veces hacemos cosas de las que no hay evidencia o nadie ha demostrado que aquello sea útil, porque no es tan fácil hacer estudios experimentales para saber si aquello es útil o no. Debe discu-

tirse colectivamente y tomar las decisiones por unanimidad. La presencia de dudas por parte de uno solo de los miembros del equipo implicado en la decisión debe hacer que ésta se posponga. Y se debe siempre informar a los familiares y consultar con ellos, intentando alcanzar un acuerdo, en lo posible directo. En ningún caso debe responsabilizarse a la familia de la toma de decisiones, ya que esto no es sólo cruel, sino, además, inadmisibile desde el punto de vista profesional.

A esto me refería antes al hablar de las diferencias que se pueden dar en esta toma de decisiones en nuestro contexto, en América y en Oriente. En Estados Unidos lo que predomina y lo que manda es el «myself», yo mismo, autonomía, libertad, yo decido y hago lo que quiero. Éste es el principio básico de los americanos. Es decir, si ponemos los cuatro principios de bioética que les he dicho antes, el que manda para ellos es el de la autonomía, hasta el extremo de que casi llega un momento en el que todo el consentimiento informado que nos ha llegado aquí de Estados Unidos —y tiene cosas muy buenas, indiscutiblemente— al final deriva en que los médicos cogen el libro de medicina y dicen: señora, se lo estudia y ya medirá si quiere que le opere o no; tampoco es eso. Si nos vamos al otro extremo, a Hong Kong, el tema también es curioso. Hace poco salió un artículo en la revista de cuidados intensivos «Critical Care». La mayoría de los médicos de Hong Kong son de cultura anglosajona, británicos, etcétera, pero los pacientes la mayoría son chinos y allí la autonomía no existe. Es decir, con las teorías de Confucio, cuando uno está enfermo no tiene que decidir, para algo está la familia, que es la que decide. Suficientes problemas tiene el enfermo como para que encima tenga que decidir lo que quiere, con lo cual es la familia la que decide. Se pierde totalmente la autonomía del paciente. Aquí estamos un poco entre medias, no todo lo tiene que decidir el propio paciente, porque la realidad de la familia en la cultura mediterránea tiene un peso específico; tal vez en Estados Unidos está más desestructurada que en el Mediterráneo. De aquí a unos años no lo sé, pero hoy todavía a nadie se le ocurre sacarle el respirador a un señor porque él dijo que no quería que le intubasen sin consultárselo a su mujer, porque seguro que nos tira el respirador a la cabeza. Por tanto, creo que no se pueden dar recetas de cocina, cada caso es un mundo y en cada uno de ellos hay que intentar hacerlo lo mejor posible basándose en estos principios.

En cuanto al punto final y delicado es el tema duro y crudo de la eutanasia activa como tal; decidir poner la inyección al señor equis para que se muera y deje de sufrir. En este tema creo que hay que diferenciar claramente dos tipos de enfermos: el enfermo agudo y el crónico. El enfermo agudo siempre se soluciona por crisis. ¿Qué quiere decir esto? Que la crisis se soluciona: o se muere o tira hacia delante, no hay más soluciones; el enfermo crónico se soluciona por lisis, que quiere decir que se va muriendo poco a poco. El enfermo crónico sí tiene tiempo de haber pensado qué plan de vida quiere, qué es lo que querrá en el futuro, si está bien informado y sabe la enfermedad que tiene. Si actuáramos en un enfermo agudo que dijera: ¡Me

quiero morir, póngame una inyección!, supondría que no tendríamos ningún chaval en silla de ruedas. Supongo que saben que en Barcelona está el Instituto Gutman que se encarga de enfermos parapléjicos. Gran parte de estos enfermos son chavales jóvenes que han tenido accidentes de moto, y cuando a las 24 ó 48 horas se dan cuenta de que están en una silla de ruedas todos se quieren morir, todos están pidiendo eutanasia. Si hiciésemos esto no quedaría ningún chaval en silla de ruedas. Con el tiempo estos chavales se adaptan a su nueva circunstancia y a la silla de ruedas. Es decir, en el supuesto del enfermo agudo no hay que hacerles caso, por decirlo a lo bestia. No se les puede respetar su autonomía en este sentido. Sin embargo, el enfermo crónico que lleva años evolucionando con su bronquitis crónica, con su cirrosis hepática, con su esclerosis lateral amiotrófica, es otra historia.

No sé si ustedes han oído hablar de Aurora Pampín, y digo el nombre porque ha salido muchas veces por la televisión. Es una mujer joven, de unos 44 años, que tiene una esclerosis lateral amiotrófica, una de las peores enfermedades que un ser humano puede tener. Es una enfermedad neurológica que te va paralizando todos los músculos hasta que llega un momento en que incluso te paraliza los músculos respiratorios y, si no te intuban y te ponen un respirador, te mueres de asfixia. Estos pacientes aunque los intubes y los ventiles normalmente al cabo de un año o dos, hay mucha variabilidad, llegan a fallecer, ya sea por complicaciones de la ventilación mecánica, ya sea por pulmonía o por otras circunstancias. La señora Aurora Pampín lleva 15 años sabiendo que tiene una esclerosis lateral amiotrófica y ella ha dicho en privado, en público, en la televisión, en los periódicos, en todos los sitios, que el día que se ponga malita no quiere un tubo en la tráquea, no quiere. Creo que sería maleficiente que si Aurora Pampín viene esta noche a urgencias del hospital ahogándose yo le pusiera un tubo porque si no se ahoga. Creo que estaría actuando maleficientemente porque la señora doña Aurora Pampín lleva muchos años pidiendo que cuando llegue el momento le dejen morir en paz y que no le pongan un tubo en la tráquea porque su enfermedad es irreversible. En estos casos, en casos de enfermedades terminales, en casos de enfermedades crónicas y respecto de las que la persona ha tenido mucho tiempo para meditarlo, mucho tiempo para saber qué es lo que quiere, y está bien informada, me cuesta mucho negar la eutanasia activa, o me cuesta mucho buscar argumentos para intentar mantener el principio de santidad ante la vida.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Cabré.

Vamos a iniciar el turno de intervenciones.

Por el Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, tiene la palabra el Senador Cardona.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias.

Mi intervención será muy breve.

En primer lugar, agradezco la comparecencia del doctor Cabré.

Si no he entendido mal, él está de acuerdo en la definición del concepto holandés, que más o menos es el que viene contemplado en el apartado cuarto del artículo 134 del nuevo Código Penal, en el sentido de entender la eutanasia —naturalmente, siempre que cuente con la voluntad del paciente— activa y directa. Quisiera saber si he entendido bien esta consideración. Lo demás difícilmente podrá ser objeto de cuestión desde el punto de vista de la situación del ordenamiento jurídico de nuestro país.

Además, quisiera referirme a dos cuestiones muy concretas.

Considerando el arsenal terapéutico actualmente existente y dentro de una correcta aplicación del código deontológico aprobado por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña el año pasado y en tanto que intensivista, quisiera saber si tiene sensación en la práctica médica, en el día a día, de que hay problemas para aliviar los sufrimientos en los enfermos terminales. Digo esto porque en el concepto de esta eutanasia activa y directa naturalmente una de las condiciones indispensables es, aparte de que exista una situación patológica irreversible, que eso siempre es objetivable, que existan dolores insufribles, insoportables por parte del paciente, lo que es mucho más subjetivo, más difícil de determinar.

Por último, le haré una pregunta muy concreta. En Cataluña y, más concretamente, en las unidades de cuidados intensivos, bien sea en el hospital donde el doctor Cabré trabaja o bien desde el punto de vista más generalizado de las otras unidades de cuidados intensivos, quisiera saber si hay una aplicación más o menos generalizada del consentimiento informado.

Sé que se pretende —si es que todavía no está preparado por parte de la Conselleria de Sanidad— dar a todos los equipos médicos de cuidados intensivos, así como a los médicos generalistas, una guía del consentimiento informado —creo que se llama así—. Quisiera saber si ya se ha llevado a la práctica y si en cualquier caso tiene constancia de que en las unidades de cuidados intensivos se usa de una forma más o menos generalizada en el ámbito de Cataluña, o de Barcelona, más específicamente.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona. Seguidamente, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias.

En primer lugar, quiero saludar al doctor Cabré en nombre de todos los Senadores y las Senadoras del Grupo Parlamentario Socialista y darle la bienvenida a esta Comisión. Cerramos con su intervención una primera sesión de comparecencias que creo que ha sido fructífera y de la que vamos a sacar mucho provecho, tanto de todo lo que usted nos ha dicho, como de lo que nos han comentado los anteriores comparecientes.

Quería hacerle una consideración que igualmente hice esta mañana. Me ha parecido entender que usted diferencia también la eutanasia activa y la eutanasia pasiva en cuestión de intenciones. Dice que en la eutanasia pasiva la in-

tención es aliviar el sufrimiento y no obtener la muerte; sí, en cambio, en la eutanasia activa. Y quiero preguntarle si cree que tiene mucha validez esa diferenciación, porque creo que a veces dejando morir también puede existir la intención de matar y que en la eutanasia activa también puede haber la intención de aliviar el sufrimiento, no directamente la intención de causar la muerte al paciente.

Quería hacerle otra pregunta referente al dolor porque he leído datos que creo que son algo contradictorios. En algunos textos se afirma que con una administración correcta de los analgésicos, según lo que llaman la escalera analgésica de la OMS, se podría controlar y, de hecho, se controla entre un 90 y un 95 por ciento de los episodios de dolor en los pacientes con cáncer. Sin embargo, he leído que existen también estudios de expertos en oncología que indican que en fases avanzadas de la enfermedad hay un alto porcentaje de situaciones en que no se controla el dolor. Por tanto, le pregunto cuál de las dos consideraciones cree que es más acertada.

También me gustaría preguntarle su opinión sobre el uso de la morfina y, más concretamente, sobre los prejuicios que todavía parece que hay sobre su uso, lo que muchos han llamado falsos mitos.

Finalmente, quisiera conocer también su opinión sobre la validez que se puede dar a los testamentos vitales y si se pueden tener en consideración o no.

Nada más. Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias.

Por último, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular, el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Gracias, señora Presidenta.

Gracias, doctor Cabré.

Un criterio de este Grupo es el de no entrar a discutir las opiniones de los comparecientes y en este caso le digo que personalmente no podría hacerlo por la densidad de las opiniones que acaba de exponer. Creo que es necesario leer con detenimiento el «Diario de Sesiones» para poder valorar en sus justos términos todo lo que nos ha expuesto.

No obstante, quisiera hacerle dos o tres preguntas y terminar con un ejemplo final, como usted también ha terminado su intervención con un ejemplo.

Usted ha dicho que los valores dan calidad a los hechos por lo que se refiere a los tratamientos. Entonces, aparte de esos datos objetivos a los que ha hecho referencia —datos analíticos, volumétricos, cardíacos, hemodinámicos, etcétera—, quisiera saber qué otros valores priman en ustedes, en aquellos que están en unidades de cuidados intensivos, a la hora de tomar la decisión de retirar un tratamiento médico a un enfermo, es decir, si existen algunos otros valores que los puedan llevar a tomar esa decisión.

Ha dicho también que las creencias comienzan donde la razón acaba. Le preguntaría quién cree que debe fijar dónde está el límite entre la propia razón y las creencias, si lo debe fijar el enfermo, el médico, el poder legislativo.

También ha dicho, refiriéndose a los principios bióticos, que la autoridad final reside en el paciente. Al res-

pecto, quisiera saber qué límite tiene esa autoridad final del paciente. Y le hablaba de un ejemplo. Usted se ha referido a la señora doña Aurora Pampín. Creo que es un ejemplo de omisión de tratamiento. Yo voy a poner otro, que no es real, que vi en una película. Se trata de un enfermo de Alzheimer, que sabe que tiene la enfermedad, que sabe el final que va a tener y que solicita de sus familiares y amigos que cuando llegue a la fase de cataclismo de la enfermedad se le suministre cualquier tipo de sustancia que le quite la vida. Evidentemente, es una eutanasia por acción. Creo que usted se ha decantado en el caso de doña Aurora Pampín por no actuar. También quisiera saber, si es posible, qué decisión tomaría usted en el caso del médico que asiste a este enfermo de Alzheimer.

Muchas gracias, señor Cabré.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señoría.

El señor Cabré tiene la palabra.

El señor CABRÉ PERICAS (Médico UCI del Hospital de Barcelona): Mucha gracias, señor Presidente.

Al Senador Cardona le diré que creo que hoy en día los sufrimientos del enfermo terminal prácticamente —también respondo, Senadora Rodríguez, a su pregunta porque va en la misma línea— se pueden solucionar en más del 90 por ciento de los casos. Pero no hay que olvidar que no solamente está el dolor, por ejemplo del cáncer, sino que hay también otros sufrimientos, incluso mucho peores, como la angustia, la ansiedad, el verse a uno mismo con Alzheimer, etcétera, y que éstos tienen otro tipo de tratamiento. A partir de aquí han salido nuevos grupos de tratamientos o nuevas especialidades, por decirlo de alguna manera, como es todo lo relativo a la clínicas del dolor, los «auspices» en Inglaterra o aquí en España los tratamientos paliativos que no solamente consisten en suministrar analgésicos, sino que intervienen médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, etcétera. A veces cismas que podrían producirse en un hospital, en unidades de paliativos no se producen. Si una señora toda su vida ha tenido un periquito —o un canario o un gato— y es el único ser que tiene, ¿por qué no puede estar con ella en la habitación? Esto, a veces, puede ser tanto o más importante que la morfina. Quizá sea una tontería pero me parece que expresa lo que quiero decir. El problema es que los «auspices» o los paliativos no están al alcance de todo el mundo porque hay muy pocos pero posiblemente el futuro vaya por ahí. Si algún día me preguntaran qué establecería en una ley para llegar a practicar la eutanasia, diría que cuando se hubiera agotado todo lo demás, es decir, calmantes del dolor, paliativos, etcétera. El problema es que esto no es una realidad existente en nuestro país.

La segunda pregunta que me hacía el Senador Cardona era relativa al consentimiento informado. La guía que ha hecho la Consellería en relación al consentimiento informado ha llegado a todos los hospitales, por lo menos nosotros sí lo hemos recibido. El consentimiento informado poco a poco se va aplicando y prácticamente a todos los enfermos en cuanto ingresan se les da el documento para

que lo firmen, pero de lo que no estoy tan seguro es de si se está aplicando bien. Mi sensación subjetiva es que se está haciendo para protegerse de posibles mecanismos judiciales o legales posteriores, es decir, usted firme aquí porque, si no, no le opero. Esto no sirve para nada y no es lo que pretende el consentimiento informado.

El consentimiento informado pretende que usted conozca la técnica de la operación que le van a hacer, que sepa los riesgos que puede correr y las ventajas que puede tener. Esto se ha convertido en un papel más de la historia clínica para evitarse responsabilidades posteriores, que además es absurdo. Creo que la idea fundamental es que lo que hay que hacer es informar y el papel es lo de menos. Lo importante es que si a usted le han de operar de una *bypass* coronario, además de saber los riesgos que corre, sepa también los riesgos relativos al hospital en que le van a efectuar la operación. Por ejemplo, a mí no me importa saber que la mortalidad en operaciones de *by-pass* coronario sea del 1 por ciento en la Clínica Mayo, si me van a operar en el Hospital de la Princesa. Yo quiero saber la mortalidad de la cirugía coronaria en el Hospital de la Princesa o en el Hospital de Barcelona o en el Gregorio Marañón, en definitiva, en el hospital en el que me vayan a operar. Los datos que damos son de los americanos o de los chinos o de quien sea; tenemos que dar los datos que tenemos nosotros. Esto no siempre se hace aunque a veces tampoco se puede hacer porque de unos casos puedes tener una casuística muy pequeña como para no poder dar estos números.

En cuanto a la pregunta directa de si esto se da en cuidados intensivos, he de decirle que ahí no hay consentimiento informado porque es imposible hacerlo. Cuando viene un enfermo con infarto de miocardio que tiene un bloqueo y hay que poner un marcapasos; tiene un paro cardíaco, le reanimo, le pongo un tubo... Si a cada paso que doy tengo que salir a presentar un papelito (*Risas.*) sería imposible trabajar. Tampoco es posible decir: usted firme para entrar, porque consistiría en dar una patente de corso, por decirlo de alguna manera.

Aunque la Sociedad Española de Intensivos está intentando ver de qué manera se podría poner en marcha el consentimiento informado en cuidados intensivos, de momento no hemos encontrado la solución, excepto en algunas técnicas determinadas; por ejemplo, si el enfermo lleva intubado unos 15 días, está consciente y hay que hacerle una traqueotomía, se le puede decir que se le va a hacer un agujerito para que respire, que así estará más cómodo que con el tubo. En estos casos sí que se puede dar el consentimiento informado, por ejemplo, si a las cuatro de la mañana le tengo que poner un catéter a un enfermo por lo que sea, no.

La Senadora Rodríguez Fouz me preguntaba si diferenciaba eutanasia activa y pasiva solamente por el sufrimiento. Si utilizamos el término eutanasia pasiva o, mejor, el de retirar, no poner, etcétera, más que el sufrimiento lo importante aquí es que aquello que estamos haciendo no es útil o es fútil. La palabra fútil, que supongo que si ahora van a venir muchos comparecientes la utilizarán muchas veces, yo la odio porque es una palabra americana totalmente. El ejemplo de la futilidad, según la leyenda, era que

un rey griego mandó a sus cien hijas que matasen a sus cien maridos. Estas cien hijas los mataron y los dioses las castigaron a sacar agua de un pozo con un colador. Esto es la futilidad, porque por mucha agua que sacaran con un colador, el pozo seguiría lleno y ellas se pasarían el resto de la eternidad castigadas por los dioses. Aplicado esto a la medicina, si yo a un señor con una neumonía, con insuficiencia respiratoria, le pongo un tubo, una máquina, lo ventilo para que dé tiempo a que los antibióticos hagan efecto sobre la neumonía, y a los quince días sigue igual o peor, estoy haciendo un tratamiento fútil. Aunque yo en su momento pensara lo contrario, no ha dado resultado. Mientras está intubado aquel señor no sufre porque está sedado, está con morfina, está dormido, pero hay que tener en cuenta que estoy haciendo un tratamiento inútil, que no sirve, porque no sé más o porque la medicina no sabe más. Mientras yo estoy gastando recursos para esto —que no es mi misión porque es más misión del director del hospital o del gestor, pero sí de alguna manera tengo responsabilidad subsidiaria—, mientras yo estoy gastando 300.000 pesetas en la UCI, seguro que hay alguien que no se puede operar de la hernia, y en esto consiste el principio de justicia. De alguna manera no solamente es por el sufrimiento, porque la mayoría en estos casos están sedados y no sufren, sino que lo que estás haciendo no sirve para nada y aparte estás gastando recursos que han de ser para todos.

Hay un caso típico o paradigmático de la UCI que llamamos fracaso multiorgánico, que es cuando hay varios órganos nobles, como corazón, riñón, hígado, pulmón, cerebro, que fracasan. A partir de tres órganos nobles afectados, es decir, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca y coma o insuficiencia hepática, sabemos que al cabo de una semana el 98 por ciento de las personas se mueren. La pregunta es: ¿La sociedad está dispuesta a gastar todo lo que gastamos para salvar dos personas de cada cien, calculando a 300.000 pesetas diarias? Esto no lo voy a decidir yo, sino ustedes como representantes de la sociedad, y éste es un trabajo que ahora queremos poner en marcha en Barcelona, en el sentido de decir: ¿vale la pena utilizar todos estos recursos para el 2 por ciento de la población y tenemos que gastar todos estos cientos de millones para esto?

En cuanto a la analgesia creo que ya le he respondido. Actualmente no hay ni un solo enfermo al que no se le pueda combatir el dolor con la analgesia, y no solamente con la morfina sino con los catéteres epidurales o con un derivado de la morfina en parches que acaban de salir y que se pueden llevar continuamente. Es decir, actualmente en las clínicas del dolor prácticamente combaten todo el dolor entendido como dolor físico, no la ansiedad, la angustia u otros síntomas.

En cuanto al miedo a la morfina creo que tiene toda la razón. Los médicos no conocen la morfina y le tienen miedo y pánico, y mientras no se demuestre lo contrario es el mejor analgésico que existe y aparte de eso es baratísimo ya que una ampolla de morfina vale cinco duros en hospitales —en el mercado negro es otra historia—. Cuando comparamos cualquier analgésico se compara con la morfina, y la morfina, por lo menos en la UCI, va a cho-

rro, es decir que lo autorizamos muchísimo precisamente porque es barata, es sencilla y es muy fácil de manejar. Ha habido una literatura nefasta sobre la morfina en el sentido de que los enfermos que la usan se van a hacer drogadictos; pero, por ejemplo, en un cáncer de pulmón, si se hace drogadicto el enfermo no pasa nada. ¿Lo vas a desintoxicar? No, porque se va a morir antes. La gente le tiene miedo a esas cosas. Hay encuestas que se han hecho a profesionales sobre el tema de la morfina, y muchos piensan que si les pones a los enfermos morfina, dejan de respirar. Si se le pone un kilo de morfina, quizás; pero si se le pone un miligramo/hora, no deja de respirar nadie; hay que conocerse el fármaco, lo mismo que otros se conocen los antibióticos. Sin embargo, la morfina siempre ha tenido muy mala prensa, y no sé por qué, además de que los médicos no la conocen.

En cuanto a los testamentos vitales, ahora que no está Teresa Betancourt, que era la compareciente que iba a venir, diré que no sirven para nada. Voy a poner un ejemplo. Alguien dice: yo, si me pongo mal, no quiero que me intuben y no quiero ventilación mecánica. ¡Hombre, no sea burro! Si usted tiene un tétanos y no le intubo se va a morir, y si tiene un tétanos, le intubo y le ventilo, posiblemente se va a salvar, y vivirá. Por tanto, poner en un papel todo aquello que me puede pasar, y si me pasa esto, quiero que me hagan aquello, no sé cómo se puede reflejar. Otra cosa es que para un tema específico se escriba en un papel lo que quieres. Aurora Pampín tiene esclerosis lateral amiotrófica, y si ella dice: en el momento en que entre en insuficiencia respiratoria aguda no quiero que me pongan un tubo, vale, yo lo respeto. Pero, ¿y si tiene apendicitis? ¿La opero o no, señora Pampín? El testamento vital para una enfermedad crónica que conoces muy bien puede servir, porque seguramente de una esclerosis lateral amiotrófica sabe más Aurora Pampín que yo; para esto sí serviría; para enfermedades crónicas que el paciente conoce muy bien, de acuerdo, pero no para otras cosas, porque si tengo que operar de apendicitis a la señora Pampín, o la opero a lo vivo o le tengo que poner un tubo.

En consecuencia, para hacer un testamento vital una persona joven, donde figure qué es lo que no quiere que le hagan, le tendría que pasar un tratado de patología médica, para que fuera apuntando, que tendría escritura para rato. La solución, más que el testamento vital, está en nombrar —y es mi opinión— un albacea o alguien que decida por ti, si tú no puedes decidir, que no tiene por qué ser tu familia; puede ser un amigo o un compañero. Si alguien tuviese que decidir por mí posiblemente no sería mi mujer. ¿Por qué? Porque —y me quiere mucho mi mujer— como me quiere mucho dirá: que le hagan todo, que le intuben, etcétera. Y eso me está haciendo mal. Sería mejor que lo hiciera un compañero mío, médico, que hace muchos años que trabaja conmigo y él puede decidir por mí, ya que sabe más que mi mujer, que, por mucho cariño que me tenga, me las va a hacer pasar canutas. Creo más en esto que en el testamento vital, porque esto último puede servir para casos muy concretos, pero para el resto es un poco inútil.

El señor Bellido se ha referido a los valores. En medicina, como en todo, hay que tomar decisiones, y yo he in-

tentado decir que las decisiones se basan en dos hechos fundamentales: los hechos y los valores. Los hechos en sí, que son cosas objetivas: el análisis, la radiografía de tórax, la exploración física, la historia clínica, todos ellos son hechos objetivos y que los puedes medir. Lo que no se puede medir son los valores de aquella persona, y esos valores de aquella persona no tienen por qué coincidir con los míos. Muchos de los médicos que hemos actuado de forma paternalista, hasta ahora, hemos puesto nuestros valores por encima de los de aquel individuo. Si hoy viene un señor de cuarenta años, consciente, orientado, en perfecto estado mental, y —aunque sea el tópico de siempre— es testigo de Jehová, está sangrando como un cordero y no quiere que le ponga sangre, ¿qué quiere que yo le haga? Pero desde luego no le voy a poner sangre, porque para él es peor pecar que morir, y si yo le pongo sangre está pecando —no sé si irá al infierno— y para él sería ir al infierno. Para mí es una solemne tontería, pero yo tengo que respetar sus creencias, y para él es peor que yo le ponga sangre que vivir en pecado. Sé que es muy difícil de entender, pero hay que respetar las creencias de los demás, sobre todo si son personas adultas y conscientes. Indiscutiblemente, si hay un niño que es hijo de un testigo de Jehová, ni caso. Por tanto, tener en cuenta los valores de las personas, aunque estén en contra de los valores que yo pueda tener, es lo que da calidad a la toma de decisiones.

Los límites entre las creencias religiosas y la razón, es lo que decía Bobbio: yo no quiero sustituir el dios de los creyentes por la diosa de la razón, porque ni una cosa ni la otra. Uno de estos días oí a alguien en televisión que decía: éstos de la bioética son la religión de los no creyentes. Eso es una tontería. La bioética no da soluciones, lo que da es un método de trabajo y unos principios básicos, en los que más o menos todo el mundo está de acuerdo, pero no da claves como la religión: ahí están los diez mandamientos, esculpidos sobre piedra. No, eso no lo hace la bioética, ni mucho menos. Por eso, lo que hay que valorar, aparte de lo que se pueda hacer médica o clínicamente, son los valores de cada individuo, y respetarlos, ya sean sus creencias, que yo las tendré que aceptar aunque no sean las mías, ya sean sus valores. Ahora bien, ¿dónde está el límite? Yo creo que una cosa es respetar la autonomía del paciente cuando dice: yo no quiero esto. Si ese paciente tiene setenta años, tiene un cáncer de pulmón y le dicen que tiene que hacer quimioterapia, y este paciente dice que no quiere pasar por ello, nadie le puede obligar a ponerse quimioterapia. Pero, de la misma manera, si ese señor me pide que, como tiene setenta años, tiene cáncer de pulmón, metástasis en el hígado y en el riñón, le trasplante un pulmón, un corazón —porque lo tiene cascado—, un hígado y un riñón, yo le digo que no; por mu-

cho que quiera no lo podemos hacer. Por tanto, el límite por encima de la autonomía está en no pedir cosas que vayan en contra de la medicina, y la medicina es intentar el bien para el paciente, intentar curarle, aliviarle, pero no hacer cosas que no están a la altura de los conocimientos actuales. De aquí a cuarenta años quizás se lo podamos hacer, pero hoy por hoy no.

Tampoco es razonable pedir ingresos en UCI de un señor con una enfermedad terminal. Usted se refería a los enfermos de Alzheimer. Yo soy de los que piensan que un enfermo con Alzheimer nunca tendría que ingresar en la UCI, al igual que un enfermo en coma vegetativo persistente; no creo que los recursos sanitarios de este país se tengan que utilizar para este tipo de enfermos, y si un enfermo con Alzheimer tiene un infarto, es una manera de morir muy digna, y se le podrá calmar el dolor, pero no ingresarle en la UCI, porque si le ingreso estoy ocupando una cama que tal vez necesite un chaval de veinte años que se ha pegado una torta con la moto.

Es decir, los criterios de ingreso son complicados, pero en este tipo de enfermos hay que negarlos, y creo que las sociedades científicas lo que intentamos impulsar ahora es que estos criterios queden muy claros y que ustedes los aprueben; tenemos que ponernos de acuerdo entre todos, y yo creo que ustedes los pueden aprobar si nosotros les damos las bases, como por ejemplo que las personas con Alzheimer avanzado nunca tienen que ingresar en la UCI ni el enfermo con coma vegetativo persistente, y si le sobreviene una pulmonía no hay que tratarla, pero estas decisiones tienen que tomarse en función de las bases médicas o clínicas que demos las sociedades científicas, y la última decisión siempre será de la sociedad, y sus representantes serán quienes las tengan que tomar.

En cuanto a la autoridad final del paciente ya hemos hablado antes, y respecto al tema de Alzheimer creo haberle contestado ya.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Cabré.

¿Alguna señora Senadora o señor Senador desea intervenir? (*Pausa.*)

En este caso, antes de levantar la sesión, tan sólo me resta volver a darle las gracias al señor Cabré por haber estado con nosotros. Déjeme que le felicite por éste yo no sé si llamarle sentido del humor, pero por lo menos un sentido especial de ver las cosas. Imagino que tendrá mucho que ver con los dramas que se encuentra usted a diario.

Nada más, señorías. Muchas gracias por su atención. Levantamos la sesión.

Eran las veinte horas.