

# 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, 29 de septiembre de 1998**

### ORDEN DEL DÍA:

#### Comparencias:

- De don Octavi Quintana Trías, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (Número de expediente 715/000238).
- De don Santiago Grisolia, Catedrático Emérito de Bioquímica y Fisiología Humana de la Universidad de Kansas (Número de expediente 713/000622).
- De don José Ribera Casado, Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Número de expediente 715/000239).

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

La señora PRESIDENTA: Señorías, se abre la sesión. Antes de entrar en el desarrollo del orden del día previsto para la jornada de hoy, martes, procede la aprobación, en su caso, del acta de la sesión anterior que, según

me indican, ha sido distribuida a las señoras y señores portavoces.

¿Puede entenderse aprobada por asentimiento?  
(Pausa.)

Queda aprobada.

— COMPARECENCIA DE DON OCTAVI QUINTANA TRÍAS, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (715/000238).

La señora PRESIDENTA: A continuación, comenzamos con la primera de las comparecencias. Como ésta es la primera reunión tras el verano y por si alguno de nosotros está aquejado de una cierta amnesia, recordaré el desarrollo de la sesión. En primer lugar, interviene el compareciente por un tiempo no superior a treinta minutos; en segundo lugar, se realizará un turno de portavoces cuya duración no será superior a diez minutos; a continuación, procede la contestación por parte del compareciente; seguidamente habrá un turno abierto a los Senadores miembros de la Comisión de unos dos o tres minutos; finalmente, como es lógico, cerrará el debate el compareciente.

Tengo el placer de presentarles al doctor don Octavi Quintana Trías, que ha sido Presidente del Comité Director de Bioética del Consejo de Europa, y que actualmente es Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Doctor Quintana Trías, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio le doy la bienvenida a esta Comisión. Tiene la palabra por el tiempo anteriormente indicado.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (Quintana Trías): Agradezco a esta Comisión la oportunidad que me brinda de estar aquí con todas sus señorías.

El propósito de mi exposición del día de hoy es hacer una presentación del debate que en este momento existe en nuestra sociedad sobre la eutanasia, y para ello, en primer lugar, intentaré situarlo en su contexto.

La eutanasia es una situación excepcional, muy excepcional. En realidad casi nadie muere por eutanasia, pero es un asunto muy grave porque atenta contra un valor fundamental en nuestra sociedad como es el principio del «no matarás». La prohibición de matar está presente en todas las culturas, y prueba de ello es que todos los códigos penales tienen muy desarrollada la figura del homicidio, matizada además con una serie de tipificaciones, eximentes y atenuantes, lo cual demuestra que ha sido una figura central de los códigos penales.

Sin embargo, me gustaría matizar, y esto es importante, que es una figura que ha tenido una evolución a lo largo de la historia y en cada cultura. Si nos fijamos en la tradición cristiana, que para nosotros es la más significativa, vemos que los primeros padres de la Iglesia prohibieron matar en cualquier situación, prueba de ello es que lo que se esperaba de los feligreses era el martirio. Después, en la medida en que la Iglesia se va comprometiendo con la vida civil y política, se permiten actividades militares, guerras en las que matar estaba justificado siempre que fuese en favor de causas justas. En el siglo IX la Iglesia instaura la pena de muerte tras juicio, para evitar las venganzas bárbaras que ocurrían en aquel momento, y desde el siglo V se autoriza a los laicos, no a los clérigos, a matar en defensa

propia. En el siglo XIII observamos que la tolerancia al principio de no matar tiene tres excepciones. La primera, como he señalado, la pena de muerte; la segunda, la guerra, y, la tercera, la defensa propia. Estas eximentes en el siglo XVII llegan hasta el poder defender la propiedad. Se puede matar por defender la propiedad, y hay un curioso período de 50 años en el siglo XVII en el que el honor se entiende como la propiedad y se puede matar por él. Afortunadamente, los duelos dejan de autorizarse al cabo de 50 años. Con ello quiero señalar que estas excepciones han tenido un cambio cultural que me parece importante cuando se analiza la eutanasia. Naturalmente, en todas las excepciones señaladas no figura —como no podía ser de otro modo— el consentimiento de la víctima; es decir, en ninguna de las tres excepciones que he mencionado puede haber consentimiento de la víctima.

Lo que plantea la eutanasia —y voy a intentar desarrollarlo durante mi exposición— es una excepción al principio de «no matarás» basado en la petición expresa de la víctima. Desde mi punto de vista esto es lo fundamental y es lo que hay que considerar si tenemos argumentos, por así decirlo, para justificar que exista esa excepción. En realidad es el mismo problema que el suicidio, sólo que mientras que el suicidio es un acto intransitivo, el acto de eutanasia es un acto transitivo en el que interviene otra persona y, por lo tanto, adquiere una gravedad muy especial y mucho mayor. Debe tenerse en cuenta —y si ustedes tienen interés lo podremos tratar posteriormente—, y lo sabemos todos los que hemos trabajado en ética, que en todo momento hablo de matar intencionadamente, porque lo fundamental en el acto de matar es la intención de matar, no es un motivo ni la causa. En ética es una diferencia fundamental.

Voy a realizar una exposición, como pueden ustedes observar en el monitor, empezando por la definición, siguiendo por los requisitos que permiten considerar una petición de eutanasia, los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, y las posibles formas de regular esta práctica.

La definición de eutanasia es fundamental, ya que, según mi experiencia, mucho del debate existente sobre la materia es porque hay una enorme confusión en lo que se entiende por eutanasia. En la práctica médica, dejar de morir a un enfermo es muy frecuente. Me atrevería a decir que por lo menos el 80 por ciento de las personas que mueren es porque están en una situación tal que el médico considera que ya no hay nada más que hacer y, mediante un pacto con la familia, se deja de administrar el tratamiento. El paciente muere en pocas horas y, si me apuran, pocos días después; normalmente en pocas horas después. Como digo, esto sucede normalmente en los hospitales y así muere por lo menos el 80 por ciento de la población. Me gustaría que esto último quedara claro, que la mayoría de las personas que mueren es porque se encuentran en una situación tal que se llega al acuerdo de que no hay nada más que hacer. Ello no tiene nada que ver con la eutanasia, no es el problema que nos estamos planteando. Esto es práctica médica habitual, que tiene sus problemas —se pueden también discutir—, pero no entra para nada en el debate que tenemos ahora mismo planteado.

La eutanasia es la muerte de una persona causada por otra, en general por un profesional de la medicina, a petición libre y expresa de la persona que va a morir. Esto es lo que se entiende por eutanasia. Lo que en muchos foros se ha denominado eutanasia pasiva —que entiendo es suspender los medios de tratamiento— no tiene nada que ver con la eutanasia: va desde la práctica médica habitual —el 80 por ciento de los casos que les comentaba— hasta situaciones mucho más complejas en las que los profesionales y las familias no llegan a un acuerdo y se plantea otro conflicto, pero no de eutanasia. Quiero dejar esto meridianamente claro. Para mí, la eutanasia pasiva, desde el punto de vista semántico, no tiene ninguna razón de existir y hay que dividirla en otra serie de problemas que son, en general, práctica médica habitual. Desconectar a un señor que está en una situación terminal de un respirador no es eutanasia; es desconectarlo, y plantea una serie de problemas que no son los que vamos a discutir aquí, porque no es eutanasia. Lo fundamental en la eutanasia es que haya una petición libre y expresa del que va a morir. Si esto es así, vamos a centrar la discusión en este caso particular. Los demás tienen sus problemas, pero hay que discutirlos en su contexto y con otra metodología. Lo que voy a mencionar sólo se aplica a esta situación.

Vamos a analizar qué requisitos se necesitan para considerar una petición de eutanasia. ¿Por qué es necesario definir los requisitos? Probablemente, desde el punto de vista de la lógica, lo pertinente sería ver primero si es justificable la eutanasia en algún caso; si no lo es, no hay más que hablar y, si lo es, vamos a ver en qué situación, pero prefiero hacerlo al revés, aunque pueda atentar contra la lógica, ya que o entendemos en qué contexto se da la eutanasia o no sabremos de lo que estamos hablando. Por lo tanto, si ustedes me lo permiten, prefiero empezar la casa por el tejado para situar exactamente cuál es el problema que tenemos entre manos, y luego analizar la posible justificación.

¿Cuáles son estos requisitos? Los requisitos son varios. Yo he hecho una clasificación, que puede ser discutible, pero a mí me parece que sin estos requisitos no se puede hablar de eutanasia. En primer lugar, que la enfermedad provoque un sufrimiento extremo y todas las demás alternativas hayan fallado. Se trata, por lo tanto, del último escalón dentro del tratamiento, de la atención o de la asistencia a un paciente. Cuando ya no se puede hacer nada más y si el paciente lo desea, es el momento en que aparece la eutanasia. Planteárselo antes de llegar a este escalón a mi modo de ver es injustificable. Si quieren lo podemos discutir, hay razones para ello, pero me parece que mientras se pueda dar una respuesta al paciente hay que dársela y no acabar con su vida.

¿Qué sucede? Que un problema muy importante de los pacientes terminales es el dolor y en nuestro país, en otros también, pero sobre todo en nuestro país, el dolor se trata mal. ¿Por qué? Se trata mal porque la droga de elección para tratarlo en pacientes terminales es la morfina, que es una droga tabú en la sociedad, y los médicos, como parte de la sociedad, participan de este tabú. Muchos médicos no dan morfina suficiente por miedo a que genere una adic-

ción en el paciente. ¡Qué más quisiera el paciente que se le pudiera generar una adicción! Este tabú existe e impide que esta droga se dé en suficientes dosis o cantidad. La prueba es que, por ejemplo, comparado con un país que trata el dolor desde hace mucho más tiempo y mucho mejor, como es el Reino Unido, nosotros damos aproximadamente un tercio de las dosis de morfina que dan los ingleses. Naturalmente intentar explicarlo diciendo que nosotros tenemos una sensibilidad distinta al dolor me parecería de todo punto peregrino.

Afortunadamente, esto está cambiando y se han creado las unidades de cuidados paliativos, en las que ha cambiado completamente el objetivo de la medicina: no se trata de intentar curar al paciente, sino de darle el mayor confort, y esto es fundamental. Creo que hay que hacer un esfuerzo para hacerlas extensivas a todo ciudadano que lo necesite. Hay que dar acceso a este tipo de tratamiento a todo ciudadano que lo precise. Hay que dar acceso a los cuidados paliativos a todos. Estas unidades en realidad han resuelto muchos de estos problemas. La prueba es que incluso los profesionales de cuidados paliativos —que dicho sea de paso, aunque parezca paradójico, son gente que se siente muy gratificada por el ejercicio de su profesión, pues se crea una relación muy especial con los pacientes en estas unidades, en las que la enfermería juega un papel crucial, tal vez donde más— en general tienen la tesis de que la eutanasia es un problema porque no hay suficientes cuidados paliativos, ya que éstos resolverían las peticiones de eutanasia. Si se dieran suficientes cuidados paliativos no haría falta pensar en la eutanasia, porque los pacientes tendrían suficiente confort.

Cicely Saunders, que es la doctora que creó en el Reino Unido los «hospices», las primeras unidades de cuidados paliativos, junto con Kubler-Ross, que es una psicóloga americana muy importante que estableció las fases de rechazo de las malas noticias, y Teresa de Calcuta forma una tríada que han revolucionado la forma de morir en los últimos 20 años. A pesar de ser la que ha fundado, por así decirlo, el concepto de cuidados paliativos y, por tanto, tiene mucha experiencia con ese tipo de enfermos, es una opositora radical a la eutanasia, porque insiste y pretende que es un falso problema. Yo lamento no ser tan optimista como los profesionales de paliativos. Creo que hay situaciones en las que o no se resuelve el dolor o incluso, resolviendo el dolor, el paciente tiene un sufrimiento muy importante que las unidades de paliativos no pueden resolver, pero, en todo caso, lo veremos después.

El segundo requisito es que el sufrimiento sea tal que no compense ningún otro aspecto del bienestar. El bienestar no significa simplemente aliviar los síntomas, sino que es algo muy subjetivo y que, por lo tanto, no podemos delegar o ningún paciente puede delegar a nadie. Es muy difícil tomar decisiones en nombre del paciente, porque su bienestar sólo él es capaz de apreciarlo. Este principio de subjetividad es fundamental a la hora de entender cuál es el problema de la eutanasia.

El tercer requisito es muy complicado, pero no hay más remedio que abordarlo: El paciente ha de entender el pronóstico, tener capacidad para decidir y no estar deprimido.

Una persona que está en un estadio terminal con mucho sufrimiento está en una situación psicológica, por lo menos, especial. Lo que seguro que está es muy vulnerable, pero convendrán conmigo en que está en una situación muy especial. Esto hace que por parte de los profesionales haya que evaluarla muy cuidadosamente.

Hay tres condiciones mínimas para poder decir que alguien está capacitado para poder tomar decisiones. La primera es que entienda el pronóstico. ¿Qué significa esto? El pronóstico es siempre malo en estos pacientes, pero el paciente puede pensar que incluso va a ser peor, que le esperan unos sufrimientos atroces y que, por lo tanto, prefiere terminar antes. Hay que estar seguro de que el paciente entiende y comprende el pronóstico.

La segunda condición es que el paciente tenga capacidad para decidir. ¿Qué significa esto? No basta con que el paciente diga quiero morirme ya, sino que hay que intentar, en la medida de lo posible, que lo argumente: porque el sufrimiento que tengo ya no me compensa, porque para lo que me queda, porque ya he terminado con lo que tenía y a partir de ahora no es más que decadencia, etcétera. Hay que procurar que el paciente dé una argumentación.

La tercera condición es mucho más difícil todavía: que el paciente no esté deprimido. Si alguien tiene motivos para estar deprimido es un paciente en situación terminal. Convendrán conmigo en que lo preocupante, lo que me haría sospechar de que alguien no está en sus cabales es que estando en una situación terminal, con mucho sufrimiento, no tuviera depresión. Esto me preocuparía más que el hecho de que estuviera deprimido. Pero diciendo que está deprimido no resolveríamos el problema de la eutanasia por una cuestión de procedimiento. Diríamos que no está en condiciones de decidir, que está deprimido y, por lo tanto, no podemos aceptar su petición. Hay que hacer una aproximación cuidadosa, que significa que hay que intentar tratar, si se puede, la depresión; si después de tratarla el paciente cambia, estupendo, y si no cambia, hay que valorar seriamente su petición.

El cuarto requisito es que el paciente lo solicite seria y reiteradamente: se trata de evitar que en un momento de depresión, de arrebato, de delirio, el paciente decida que ya no quiere vivir más; se pretende que esta decisión sea fruto de una reflexión profunda. Me dirán ustedes que esto es alargarle el sufrimiento, y tal vez sea así, pero es mejor equivocarse en ese sentido que no en el otro. Por otra parte, el paciente en este tiempo que tiene hasta decidirlo puede consultar con otras personas de las que se fíe, y al médico le permite asegurarse de la firmeza y convicción que tiene el paciente y, a la vez, intentar averiguar, si ello es posible, que no existe ninguna coacción por parte de alguna persona allegada a este paciente, que la haría, obviamente, inválida.

El último requisito es que la decisión se produzca en el seno de la relación médico-paciente. La mejor forma de evaluar la seriedad y la convicción de una petición de eutanasia es cuando se conoce mucho al paciente en una relación de confianza. En Holanda, que es el país con más experiencia en el mundo en la práctica de la eutanasia, se da una circunstancia muy importante y es que, en general,

se realiza por médicos de cabecera que conocen a los pacientes, por término medio, unos veinte años: esto supone un conocimiento y que se ha establecido ya una relación no diré de amistad, pero sí de mucha confianza. Un médico holandés con el que hablé mucho de la eutanasia me dijo algo que me impresionó profundamente: Lo difícil de la eutanasia es tener que rehusarla a alguien a quien conoces mucho, ya que emocionalmente es muy duro y espero no tener que volver a considerarla más porque no quiero someterme otra vez a eso; si se trata de alguien a quien conozco mucho o alguien de mi propia familia lo consideraré, pero si no es así de momento ya no quiero volver a considerarlo.

Me parece significativo que haya una relación de confianza que permita realizar la eutanasia, algo tan grave y tan crucial como esto. Por esta razón la eutanasia es difícil en un hospital donde típicamente la relación que se establece entre médico y paciente es de muy poco tiempo: no digo que sea imposible, ya que en un hospital se puede establecer una relación muy cercana, muy próxima, pero es mucho más difícil, ya que la relación con un médico de cabecera durante mucho tiempo, durante muchos años, da lugar a que se establezca una relación de confianza.

Éstos son los requisitos.

Veamos cuál sería la justificación, si es que existe. Naturalmente me pueden decir: la justificación en ningún caso existe, ya que la vida es sagrada, la vida es un derecho absoluto y, por lo tanto, aquí no hay más que discutir, y no hay nada más que hablar respecto de la eutanasia. Por poner un ejemplo diré que me parece que el caso de Ramón Sampedro ha levantado en nuestra sociedad suficiente polémica como para que quede claro que parte de nuestra sociedad no está dispuesta a no considerar ninguna excepción a este principio.

¿Cuáles serían los argumentos? Para hacerlo más esquemático, se los voy a presentar a favor y en contra.

A favor está el argumento de la autonomía. Si algo ha cambiado en el ejercicio de la medicina —cambio radical que probablemente sea el mayor que ha habido en ese campo durante los últimos veinticinco años, aunque sin duda en el futuro será todavía más acusado— es que los pacientes participan en las decisiones que les atañen, o por lo menos deberían hacerlo. No cabe duda de que estamos saliendo de un modelo paternalista en el que el médico tomaba decisiones en nombre del enfermo —al paciente sólo se le consultaba para comprobar que había entendido el tratamiento y el buen paciente era el que seguía las instrucciones del médico y el malo era el que no las seguía— y llegando a un modelo en el que debe haber un diálogo, una discusión, y efectivamente la hay. De lo que tampoco nos cabe duda es de que —sería muy difícil argumentarlo— todo paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento. Yo me vería en una situación difícil si tuviera que imponer un tratamiento a un paciente por más que le pudiera beneficiar.

Por lo tanto, me parece que éste es un punto crucial. La autonomía del paciente hace que debemos respetar sus decisiones. Naturalmente una petición de eutanasia es una petición autónoma —he intentado argumentar antes,

cuando me he referido a los requisitos, que hay que dejar claro que esta petición sea autónoma— y, por lo tanto, es un argumento poderoso a favor. Se podría replicar que estos pacientes están deprimidos —ya he argumentado antes que obviamente podría ser así— o que la eutanasia es una opción socialmente determinada. Es probable que la eutanasia tenga un condicionamiento social, pero naturalmente esto no implica que el paciente no sea autónomo o no tenga libertad, porque si no, cualquier opción que tuviera un componente social implicaría que nadie podría tomar decisiones libres en opciones que tienen una determinante o componente social.

El segundo argumento a favor, que a mí me parece fundamental, es evitar el sufrimiento, que constituye, como he dicho antes, el último escalón terapéutico. Insisto en que dicen que con paliativos no hace falta eutanasia, pero yo también digo que es curioso que en Holanda las peticiones de eutanasia nunca o casi nunca sean por dolor. Se ha tratado el dolor y las peticiones nunca son por dolor, por lo tanto, puede ser que se trate al paciente y no se resuelva su petición de eutanasia.

Argumentos en contra: el primero es el de «no matarás». Ya hemos argumentado que supondría una excepción más al principio de «no matarás» ampliando las que hay, sería una excepción más que está en contra de lo que dicen los códigos penales y la práctica en la mayoría de países de nuestro entorno. Por lo tanto, éste es un fuerte argumento en contra.

Otro argumento en contra es el de la pendiente resbaladiza, que es una horrorosa traducción del inglés pero que se utiliza en la literatura y no tengo más remedio que utilizarla aquí para no inventarme un neologismo. Se refiere a que se empieza con la eutanasia y se termina matando a seres inocentes. Es el argumento del fumador, y si me lo permiten les voy a poner un ejemplo personal. No soy fumador, pero a veces por la noche me fumo un cigarrillo después de cenar. Desde el punto de vista de la salud, si alguien me examinara vería que tengo los pulmones de un no fumador, pero la probabilidad de que yo me convierta en un fumador es mucho mayor que la del que no fuma nada. Yo estoy en la pendiente resbaladiza de convertirme en un fumador, mientras que alguien que no fuma nunca, que desde el punto de vista de la salud tiene los pulmones exactamente igual a los míos, probablemente nunca llegará a serlo. Éste es el argumento de la pendiente resbaladiza, y hay que reconocer que es un argumento persuasivo. Es persuasivo porque si hemos decidido que aunque haya enormes presiones sociales después de un atentado terrorista o después de la violación de tres niñas no vamos a atender a estas presiones y no vamos a debilitar nuestra regulación sobre la pena de muerte, lo mismo ha de suceder con el hecho de introducir una nueva excepción.

Hay réplicas a este argumento, como que para alegar consecuencias nefastas como las que se anuncian hay que documentarlo con datos y esto no ha sucedido, y la contraréplica a esto sería decir: de acuerdo, pero daos cuenta de que incluso en sociedades democráticas en las que hay un control, como ocurre teóricamente en la nuestra, se han dado barbaridades como la de Hitler; entonces habría que

situar a Hitler en el contexto histórico, etcétera, y seguiría un argumento que se podría ir extendiendo más y más hasta el final, pero no cabe duda de que es un argumento persuasivo.

El tercer argumento en contra es el de la presión sobre los más vulnerables. Se podría pensar en una situación en la que existiera eutanasia en la sociedad y en la que a los más vulnerables —los más ancianos, los más enfermos— se les dijera o se le hiciera entender que suponen una carga, que tienen un coste económico tremendo, que ya no sirven para gran cosa, que ya han vivido lo que tenían que vivir, que tienen que dejar paso a los jóvenes, etcétera, y que lo mejor que podían hacer es solicitar la eutanasia. Es un argumento, pero no hay experiencias en ese sentido. Según los datos de la eutanasia en Holanda —recogidos en dos informes, el Remmelink I y el Remmelink II— queda claro que no ha habido ningún caso de presión sobre los más débiles, pero podría ser un argumento. Hay que ser consciente de que no se puede plantear la eutanasia si todo el mundo no tiene acceso a los servicios de salud. Si no hay acceso a los servicios de salud, si no hay acceso universal a los cuidados paliativos, señores, no hablemos de eutanasia; antes tenemos que resolver otras cosas que sí podrían empujarnos a ese tipo de presiones.

El cuarto y último argumento en contra es que supone una erosión de la relación médico/enfermo: si un médico lo que tiene que hacer es cuidar de sus pacientes, matarlo es producirle un mal importante y, por lo tanto, esto podría significar que se mina la confianza en el médico. La réplica a este argumento me parece bastante sencilla: lo que tiene que hacer el médico es estar al lado del paciente, incluso cuando ya no se puede hacer nada desde el punto de vista curativo; simplemente ha de estar acompañándolo en estas horas difíciles del final de la vida. Si todos los médicos hiciéramos esto probablemente esta erosión de la relación de confianza no existiría. Es muy difícil decir que yo desconfío de alguien que accede a mi petición de eutanasia y, en cambio, confío más en él porque no accede; sería completamente irracional. Por ello creo que este cuarto argumento es más débil.

Todos estos argumentos se pueden desarrollar muchísimo más, pero lo que me parece importante es distinguir que normalmente los argumentos a favor se refieren a casos individuales y que los argumentos en contra son en general y se refieren a que es peligroso hacerlo extensivo a toda la sociedad, a que es un peligro para la sociedad. Creo que ésta es una aproximación muy real que a la hora de regular la eutanasia hay que tener muy en cuenta.

El último aspecto al que me voy a referir es el de la regulación. La solución que ha adoptado el Código Penal español en su última revisión, actualmente vigente, es que lo contempla como una atenuante, lo cual significa que la primera vez que un médico hiciera eutanasia probablemente no le pasaría nada, pero la segunda seguro que tendría problemas con la justicia; por lo tanto, no resuelve, a mi modo de ver, la situación.

Creo que despenalizar la eutanasia es muy delicado, muy peligroso, y que lo que hay que dar es una vía de solución a los casos individuales. La solución a los casos in-

dividuales —esto es una aportación personal y con ello termino— es que la eutanasia no se despenalice a menos que se cumplan una serie de requisitos, y que en todo caso el fiscal pueda siempre perseguirlo si interpreta que los requisitos no se han respetado. Es decir, cualquier médico que realizara la eutanasia lo debería notificar al fiscal —o a la persona o institución que se estableciera, y ustedes son mucho más adecuados que yo para proponerlo— diciendo: he cumplido todos estos requisitos. Si el fiscal comprueba que se han seguido todos los requisitos podría no perseguirlo, pero si considera que a pesar de que el médico lo diga no se han cumplido, el fiscal podría instar la denuncia del médico implicado. Esto plantearía algunos problemas de tipo práctico y procedimental que en este momento no tengo tiempo para comentarles, pero que si quieren podemos discutirlos después.

Mi resumen sería que en este momento los cuidados paliativos resuelven la mayoría de casos de eutanasia pero, a mi modo de ver, no todos —hay que dejar la puerta abierta porque hay situaciones que no quedan resueltas por los cuidados paliativos—; que a pesar de que hay que dar acceso a toda la población a estos cuidados —y esto me parece fundamental— puede haber situaciones que no quedan resueltas —el caso de Ramón Sampederro es elocuente— y, por lo tanto, hay que pensar soluciones caso por caso, con un examen individual, para no perseguir a quien ejercitare la eutanasia en estas condiciones.

Muchísimas gracias por su atención.

La señora PRESIDENTA: Gracias, doctor Quintana. Seguidamente vamos a abrir turno de portavoces.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Mixto, Senadora Costa Serra.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señora Presidenta, y muchas gracias al compareciente, a quien debo pedir disculpas por no haber podido oír la totalidad de su intervención por causas ajenas a mi voluntad, pues han sido debidas al transporte aéreo. He podido ver el esquema que había en la pantalla sobre los argumentos a favor y en contra y he oído la parte final de su exposición,

Una de las cosas que me gustaría preguntarle —y perdóneme si ya ha hecho usted referencia a ello en su intervención y yo no lo he podido oír—, es qué opina usted —ya lo han puesto de manifiesto otros comparecientes en esta misma Comisión— acerca del temor que existe, cuando se habla sobre el tema de la eutanasia, a que no se den las debidas garantías, los controles pertinentes y rigurosos —por decirlo de alguna manera— cuando se aplique en esos casos individualizados, necesarios.

Me gustaría saber su opinión al respecto, si bien en su resumen final creo haber intuido más o menos lo que quería decir respecto a que existan las debidas garantías, con todos los riesgos que esto comporta. Riesgos existen en muchos otros casos y no hablando sólo de eutanasia sino de otros temas muy delicados en los que no llegamos a controlar que existan garantías absolutas. Pero en el caso de que existan estas garantías, me gustaría conocer su opinión sobre si sería positiva la regulación del tema de

la eutanasia y si antes de llegar a una despenalización absoluta quizá sería conveniente que tuviéramos una ley positiva que regulara estos casos. Usted ha dicho que tendríamos que ver caso por caso, estudiar los casos individualizadamente, pero ahí también veo un problema, y es que si nos ceñimos sólo a casos muy concretos e individualizados será muy difícil tener una regulación legal y positiva sólo para esos casos concretos. Es un tema complicado.

Por otra parte, el que no se llegue a despenalizar y se exijan unos requisitos que el Ministerio Fiscal podría supervisar también puede provocar una inseguridad jurídica total no sólo a las personas que se quieren someter a la eutanasia, sino también a los responsables médicos o sanitarios. La inseguridad jurídica la estamos viendo en otros temas de mucha actualidad —no vamos a abrir aquí el debate— y sería necesario superar entre todos este problema. Si por una parte decimos que vamos a intentar regular para que se nos escapen los menos casos posibles, pero que a la vez vamos a intentar que sólo sea para casos muy concretos e individualizados, para aquellos a quienes no llegan los cuidados paliativos, como usted decía, puede resultar difícil.

Por último, sólo quiero hacer mención a que uno de los argumentos en contra que usted apuntaba era el referido a la presión que se puede ejercer sobre los enfermos más vulnerables. No sé muy bien a qué se está refiriendo, si puede ser una presión social en general o una presión incluso familiar. Tendríamos que intentar superar el complejo de que los ciudadanos somos tan malos, tan poco responsables y tan frívolos. Me cuesta mucho pensar que si se llegara a regular positivamente el tema de la eutanasia se creara una especie de presión social sobre aquellos enfermos que se encuentran en estas situaciones tan dramáticas; todo lo contrario: en general nos produce otro tipo de sentimiento en el que no creo que uno se ponga a valorar los aspectos económicos que comporta el mantener a estas personas cuidadas o vivas. Me da la sensación de que cuando utilizamos este tipo de argumentos estamos menospreciando la capacidad que tenemos los ciudadanos de ser mucho más responsables de lo que a veces nosotros mismos pensamos.

Sólo quería hacer estas puntualizaciones y conocer su opinión un poco más, ya que no he podido escuchar la totalidad de su intervención.

Muchas gracias, señor Presidente.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa.

Seguidamente voy a dar la palabra al hoy portavoz del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, Senador Capdevila i Bas, quien sustituye a nuestro portavoz, el Senador Cardona. En nombre no solamente de la Mesa y en el mío propio, sino en el de todos los miembros de la Comisión, deseamos un pronto restablecimiento al Senador Cardona.

Senador Capdevila, le cedo la palabra.

El señor CAPDEVILA I BAS: Muchas gracias, señora Presidenta.

Supongo que sí, que habrá una pronta recuperación del señor Cardona y deseamos todos que próximamente, a la mayor brevedad posible, reanude su trabajo en el Senado.

Quiero dar las gracias al señor Octavi Quintana por su exposición, que ha sido bastante clara; la ha hecho de una forma sosegada y, por tanto, me ha dado tiempo a tomar los apuntes necesarios.

En primer lugar, en cuanto a la eutanasia pasiva, usted dice que realmente no es una eutanasia y que para calificarla de tal se precisa de una intervención de terceras personas que participen de forma directa en dar muerte a la víctima que así lo solicite. Yo entiendo que la eutanasia pasiva tiene que entenderse cuando el paciente está en una fase terminal, porque de lo contrario no lograría obtener una justificación, si bien usted ya ha puntualizado que hay que respetar las decisiones del propio paciente, y, por consiguiente, aunque no esté en la fase terminal, si el paciente rehúsa el tratamiento nos encontraríamos con una situación un poco híbrida, a caballo entre la eutanasia y el propio homicidio voluntario.

Usted también ha expuesto en su informe que a veces el paciente no puede tomar esta decisión, y entonces aquí se plantea el problema de saber quién decide el trámite final, si el médico u otras personas. En este tema, en general, el Colegio de Médicos no clarifica si tiene que ser el propio médico, el enfermero o, como usted dice, el médico de cabecera. Se ha apuntado que podría muy bien ser el propio paciente; es decir, facilitar al paciente la droga suficiente para que pueda causarle la muerte y él decida de forma voluntaria. De todas formas, entiendo que incluso en esta situación el paciente tendría que tener una información lo más amplia posible y habrían de cumplirse todos aquellos requisitos a los que usted ha hecho referencia.

Ha hablado de los sufrimientos y de que existen las unidades de cuidados paliativos —que entiendo deberían extenderse, como usted ha dicho, a todos los pacientes— pero que el sufrimiento no sólo es físico, sino que puede ser psíquico. Ahí se da una situación en la que es más difícil calibrar hasta qué punto el paciente puede decidir poner fin a su vida por sufrimientos psíquicos. En Holanda, que tal como ha dicho usted es el país con más experiencia en estos casos, creo que ha habido algún supuesto en el que siguiendo esta línea de comunicación médico forense-comunicación fiscal e investigación, se llevó a cabo esta investigación para ofrecer los trámites oportunos al tribunal, y creo que absolvieron al médico que participó en un caso de eutanasia a una paciente por problemas psíquicos. Éste sería también un problema a debatir y a tener en cuenta.

Por lo que se refiere a la asistencia de los médicos de cabecera, es un tema sobre el que no sé si se ha profundizado mucho en España. No sé si se ha preguntado al colectivo de médicos de los pueblos, que precisamente por ese conocimiento continuo y cotidiano de los pacientes puede resultar el más reactivo; yo me imagino que, contrariamente a su opinión, se resistirían a dar este paso final con estos pacientes.

Por último está el tema de evitar estas presiones a los más vulnerables. Se ha dicho que somos lo suficientemente maduros y que la sociedad no es tan frívola. Preci-

samente, uno de esos informes holandeses da el punto clave cuando dice que hay algunos ancianos que se resisten incluso a ir a los hospitales por temor a que los problemas económicos para solventar estas situaciones de larga enfermedad sean un motivo para plantearse la eutanasia.

Hay muchos temas más que podríamos dilucidar, pero éstas son las cuestiones a las que me gustaría que me diera respuesta.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Capdevila.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Gracias, señora Presidenta.

Buenos días, doctor Quintana.

En primer lugar, quería darle un saludo en nombre de todos los Senadores del Grupo Parlamentario Socialista y agradecerle que colabore, con su presencia y con esa exposición tan clara, en el debate y en el estudio profundo y riguroso que nos proponemos hacer en esta Comisión.

Al hablar de los requisitos para considerar una petición de eutanasia, ha comentado usted que los más difíciles serían que el paciente conozca el pronóstico, que tenga capacidad para decidir y que no esté deprimido. Esto me plantea una duda que es dónde dejaría usted los testamentos vitales o los documentos de voluntades anticipadas; si se refiere sólo a que tiene que tener capacidad para elegir en el momento en el que está solicitando la eutanasia o si cabe la posibilidad de que una persona, cuando aún tiene esa capacidad de decisión, puede dejarlo escrito o nombrar un representante para que manifieste cómo desea ser tratado en esos momentos.

Por otro lado, ha citado también la autonomía, como un argumento a favor de la eutanasia. Es evidente que hoy día todos consideramos que este principio no sólo es uno de los más importantes, sino que es prioritario. Quiero preguntarle si hay unos límites en este principio de autonomía, porque está aceptado que una persona pueda rechazar un tratamiento, aunque pueda salvarle la vida, y sin embargo no está aceptando que pueda pedir que se le ayude a morir; si cree que está justificado establecer esta distinción, este límite en el derecho a la autonomía.

En cuanto al modelo que hay en Holanda, una de las críticas que se le hace es que, para evitar una posterior investigación fiscal, es relativamente fácil para el médico firmar un certificado por muerte natural. Se critica la facilidad con la que un acto de ayuda para morir puede esconderse detrás de un certificado de defunción por muerte natural. Se habla también de que hay una baja notificación, o sea que no se declaran como tales muchas muertes que son asistidas por los médicos. Ante esto se plantan algunas dudas y me gustaría conocer su opinión sobre ellas. Quisiera saber si entiende usted que esta baja notificación es exclusiva de Holanda y es consecuencia de la regulación que hay allí o no, y si considera probable que también en nuestro país y en otros de nuestro entorno se practique la euta-

nasía, aunque por supuesto no se notifique o se firme un certificado de muerte natural. En este sentido, hago referencia al caso del doctor francés que ha reconocido, en agosto, que ha ayudado a morir a una paciente en estado terminal. ¿Cree que este caso del doctor francés es anecdótico y aislado o no?

Hay un doctor norteamericano, el doctor Quill, que es el defensor del suicidio médicamente asistido y que ha ayudado a morir a diversos pacientes, que dijo, en unas jornadas que se celebraron sobre los dilemas éticos al final de la vida, que hay muchos pacientes —él daba los datos concretos— que están en diálisis y deciden rechazar ese tratamiento porque mantenerlo les supone muchos perjuicios y consideran que es peor seguir con esa vida. En este caso, parece que la sociedad sí acepta que rechacen ese tratamiento y, por tanto, les permite elegir la muerte. El doctor Quill planteaba que muchas veces se encontraba en la necesidad de buscar qué tratamiento podía suspender para dejar morir a un paciente que estaba sufriendo y para el que no había una medicación. A esos pacientes se les está dejando morir, a no ser que encuentren un médico que esté dispuesto a asumir el riesgo en secreto. Yo quería preguntarle si no cree que es posible que si se realizaran en España estudios como los que se han hecho en Holanda, como los informes Rimmelink, del año 1990 y 1995, podríamos encontrarnos con datos parecidos a los holandeses, es decir, que cada vez más médicos están ayudando a morir, obviamente en secreto, a pacientes que les piden esa ayuda.

Quería hacerle también otro comentario. Ha hablado usted de cómo regularía este tema y ha planteado un modelo similar al que hay en Holanda, que sería un control a posteriori por el fiscal, tema que se está criticando mucho en dicho país. Le quería preguntar si no cree que la decisión y el control se debería hacer antes, por ejemplo en comités de ética asistencial.

He podido leer, en su libro «Por una muerte sin lágrimas», las referencias que hace al hecho de que es frecuente la confusión entre la definición de muerte y los criterios de muerte. Considera que los criterios de muerte son convenciones y que se van variando para intentar establecer cada vez de una forma más clara el límite que hay entre estar vivo y estar muerto, y cree que son fruto de acuerdo entre los profesionales. Le quería preguntar si cree posible que de la misma forma que se ha pasado a considerar los criterios de parada cardiorrespiratoria como criterios de muerte —hay un consenso, no ha habido ninguna pega y esto ha permitido que hoy se realicen los trasplantes de órganos— sería posible avanzar hacia considerar que el cese total e irreversible de las funciones cerebrales superiores fuera aceptado como criterio de muerte cerebral, y, en caso de que esto fuera muy difícil, si no podría ser que cada persona pudiera decidir qué criterio quiere que se le aplique.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Gutiérrez Ruiz.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Doctor Octavi Quintana, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, al que represento, le doy la bienvenida a esta Comisión y le agradezco su presencia.

Me gustaría hacerle algunas preguntas para que nos ampliara las opiniones que ha expuesto, dada su larga trayectoria y experiencia en el campo de la bioética y su claridad expositiva, que todos hemos podido apreciar y que yo le agradezco de antemano.

La primera pregunta es la siguiente: dado que en la llamada eutanasia activa hay un componente transitivo y en él el personal sanitario, sobre todo los médicos, son parte importante, ¿qué problemática plantean los médicos ante esta situación?

En segundo lugar, hay un componente, como sabe usted muy bien, en pacientes terminales, no sólo en el entorno familiar, sino también en las condiciones sociales o socioeconómicas en que viven. El tratamiento del dolor podemos considerarlo como eficaz en el medio hospitalario, pero no es así en aquellos pacientes que viven los últimos momentos de su vida en su propio domicilio. Dado que usted ha dicho que sin realmente estar resueltos los cuidados paliativos no podemos hablar de eutanasia, mi pregunta es si la Comisión que usted preside ha abordado o tiene entre sus objetivos abordar en profundidad esta cuestión que podría poner en situación de indefensión a este otro tipo de pacientes terminales.

Por último, ha apuntado usted al final de su exposición la posibilidad de dar una solución a determinados casos individuales. Aun a pesar de establecer múltiples controles, mi pregunta es: ¿No cree usted que esta situación podría conducir en el tiempo al peligro del llamado fenómeno expansivo, algo parecido en cierto modo a lo que usted ha apuntado de la pendiente peligrosa?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Doctor Quintana, puede contestar conjuntamente a los portavoces que han intervenido.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (Quintana Trías): Muchas gracias por sus intervenciones.

Estoy un poco abrumado porque, por las preguntas que ustedes han hecho, me doy cuenta de que estoy ante auténticos expertos en esta cuestión de la eutanasia y de que conocen a fondo este asunto.

Voy a intentar contestar ordenadamente. En primer lugar, contestaré a la pregunta que hacía la Senadora Costa que aludía a la presión sobre los vulnerables y a las garantías de control que son cuestiones que me parecen importantes; es decir, el intento, por una parte, de buscar un equilibrio entre lo que sería la inseguridad jurídica que supone no despenalizar y, por otra, el problema de la presión sobre los vulnerables que usted entiende que no está justificada.

Estoy de acuerdo con usted en que no despenalizar supone inseguridad jurídica. Lo que sucede es que —y con

esto, naturalmente, usted puede estar de acuerdo o no— en el caso de la regulación de la eutanasia más vale que nos equivoquemos —nos vamos a equivocar con seguridad—, más vale que no concedamos la eutanasia a tres personas que matemos a tres personas que realmente no lo querían.

Ante esa disyuntiva hay que intentar evitar el abuso. Esto me parece más importante que el que todos los posibles casos queden resueltos si hay que tomar una decisión de este tipo. El riesgo de equivocarnos es grande. El riesgo de matar a alguien que realmente no lo quería es superior al de que alguien muera con su consentimiento. El riesgo de abusos es realmente grande.

Con lo dicho quiero justificar que no estoy de acuerdo con una despenalización simple y llana. Quede claro —insisto en ello— que, a mi modo de ver, hay casos que están moralmente justificados —insisto en esto nuevamente porque me parece fundamental—, pero también creo que la despenalización simple y llana tiene una serie de riesgos importantes.

Me gustaría que intentáramos ver qué es lo que se puede hacer, qué mecanismos de control se pueden establecer para poder atender a estos casos individuales. Esto no es sencillo. Lo más sencillo es prohibirlo todo o permitirlo todo siempre que la eutanasia la pida alguien. Naturalmente, introducir matices nos complica la vida, pero es que la vida es muy complicada y no hay más remedio, a mi modo de ver, que ajustarse a esta casuística.

Usted argumentaba que los vulnerables no tienen presión. Sí hay una presión social. Por las preguntas que ha hecho veo que usted conoce muy bien este asunto. Por eso, estará de acuerdo conmigo en que hay personas que saben que son una carga para su familia y para su entorno. Lo saben porque ellos lo perciben así y no porque su familia les haga la vida imposible. Ellos saben que lo son.

La sociedad discrimina, no acepta a todos, no garantiza que se acepte a todos y que no se consideren de segunda o de tercera categoría a los que suponen más carga. Éste es un tipo de discriminación que me parece peligroso. Y esta discriminación la hace nuestra sociedad continuamente de una forma más o menos sutil. Es habitual que considere que unos no tienen el mismo valor que otros. A este tipo de discriminación o de presión sutil, que naturalmente no es explícita, es a la que yo me refiero.

Comparto con usted la opinión de que estamos creando inseguridad jurídica si no despenalizamos la eutanasia y que se lo estamos poniendo muy difícil a los profesionales para que la puedan aplicar. Hacer una norma que es imposible de seguir es lo mismo que no hacerla. Pero se trata de intentar buscar alguna fórmula imaginativa como la que planteaba su compañera del Grupo Parlamentario Socialista. La Senadora decía que en lugar del fiscal —y con esto espero calmar un poco su inquietud— podríamos pensar en comités asistenciales de ética. Sí, podríamos pensar en un comité asistencial de ética.

El problema del comité asistencial de ética, del que yo he sido defensor acérrimo en este país —he intentado poner en marcha los 10 ó 12 que existen en hospitales de este país—, es su independencia, pues para que un comité asistencial de ética sea lo que tiene que ser debe ser indepen-

diente, es decir, que sus opiniones y decisiones no sean vinculantes porque si no se ven sometidos a una presión brutal dentro del propio hospital. Ésta sería una decisión clarísimamente vinculante, la de perseguir o no a un médico que realiza la eutanasia. Por eso, yo prefería la figura del fiscal, una figura independiente. Las decisiones de un fiscal son vinculantes. Ahí está el poder judicial.

El problema del comité asistencial de ética no es que no tenga capacidad para analizar los asuntos, sino que sus decisiones, que podrán o no ser vinculantes, no comprometen a nadie. Estamos hablando de inseguridad jurídica, una cuestión muy importante como decía su compañera la Senadora Costa Serra.

Voy a contestar ahora a alguna de las preguntas que ha planteado el Senador Capdevila. Usted ha preguntado qué ocurre si el paciente rehúsa al tratamiento. Que el paciente rehúse el tratamiento, a lo que todo el mundo tiene derecho, no es eutanasia pasiva. Simplemente rehúsa el tratamiento. Esto, a mi modo de ver, hay que respetarlo siempre. Que esto le causa la muerte, qué le vamos a hacer, pero nosotros no podemos imponer un tratamiento a un paciente si pensamos que está en sus cabales, si no es un niño y si no padece ningún tipo de demencia, por más que queramos. Nosotros no podemos intervenir a alguien si no quiere, aunque sepamos que sin esa intervención va a tener muchos problemas. No podemos obligar a nadie a ser intervenido. Me parece que hacerlo sería de un paternalismo absolutamente impropio al que no tenemos derecho. Todo el mundo tiene derecho a rechazar un tratamiento, pero no todo el mundo tiene derecho a exigir un tratamiento. Ésta es la gran diferencia. Un tratamiento siempre se puede rechazar, pero de ahí no se deduce que un tratamiento se pueda exigir, pues depende, ya lo veremos. No hay ningún médico en este país ni en ninguno del mundo que esté obligado a dar un tratamiento que no esté indicado. Tampoco ningún médico puede dar un tratamiento que esté contraindicado. Éste es un principio ético clarísimo. El principio de no maleficencia pesa más que el principio de beneficencia.

Si yo le quiero dar un millón de pesetas, suponiendo que esto sea hacer un bien, y usted por lo que sea, porque tiene una enajenación transitoria o por lo que sea, no lo acepta, yo no puedo obligarle a aceptarlo, pero si usted me pide que yo le haga daño porque tiene otra enajenación transitoria, aunque le vaya la marcha, yo no le puedo hacer daño por más que usted me lo pida. La no maleficencia prima sobre la autonomía. La beneficencia no. Y a mí me parece que esto es fundamental, si no no sabemos de lo que estamos hablando. Hay que respetar que la gente rechace un tratamiento.

Usted hablaba de que los médicos de cabecera se resistirían. Yo creo que los médicos de cabecera, aunque ha de haber, por supuesto, un cambio cultural, son sensibles al sufrimiento de alguien que conocen mucho y saben cuán auténtica es su petición y lo que está sufriendo su paciente. De ahí, que harán lo posible por resolver este padecimiento. Y si resolverlo es la eutanasia yo creo que considerarán esta decisión mucho más seriamente que un médico que acaba de conocer a un paciente hace tres días. Yo

no diría tan aventuradamente que en relación a los médicos de cabecera no se daría el caso.

Estoy de acuerdo con usted en que realmente lo que deberíamos hacer es medir sus comportamientos. Y para hacerlo deberíamos saber qué es lo que piensan los médicos de cabecera y qué es, en la práctica, lo que se está haciendo. Quede claro que una cosa es la pasiva y otra la activa. Creo que hay que seguir manteniendo esta diferencia porque me parece importante.

Voy a pasar a contestar a las preguntas de la Senadora Rodríguez Fouz, a quien le agradezco su intervención en muchos sentidos. Sin embargo, señorita, mantengo algunas diferencias con lo que usted ha dicho. Ha hablado usted del testamento vital, que en mi opinión sirve para rechazar un tratamiento, pero nunca para la eutanasia. Ésta supone que yo, como médico, tengo que actuar activamente para terminar con la vida del paciente, y para ello no me puedo crear lo que ponga un papel, aunque venga firmado por toda la corte celestial. Yo quiero una petición seria, reiterada y expresa. Por tanto, insisto, que la petición conste en un papel, aunque todo el mundo jure que ha visto cómo el paciente lo firmaba, no es suficiente para mí. Y digo esto, porque antes de dedicarme a la bioética me ocupaba de los tratamientos de cuidados intensivos, y he visto a muchos pacientes cambiar de opinión al final de su vida, en el último momento, porque se ven en una situación que, aunque la hubieran pensado, no habían previsto. Así pues, lo que me sirve es lo que se diga en ese preciso momento. En resumen, creo que el testamento vital es de mucho valor para rechazar un tratamiento y tenemos el deber de hacerlo extensivo, pero vuelvo a insistir en que en mi opinión no sería suficiente para tomar una decisión activa. Me basta para rechazar, pero no me basta para actuar.

Por otro lado, tiene usted toda la razón al afirmar que el modelo holandés plantea muchos problemas, naturalmente. Pero si en Holanda existe un déficit de notificación —como se pudo comprobar en el último informe, relativo a 1995 y publicado en 1996—, hay que sospechar que en este país habría mucho más. De lo que se trata, pues, es de instrumentar una forma que no sea penalizadora para los profesionales, que no suponga jugarse el tipo, como decía la Senadora Costa. Efectivamente, hay que proteger al profesional que tome esa decisión, pero marcándole unas reglas de juego muy estrictas, de las que no se pueda salir. Y si tiene una duda, que consulte antes. Es decir, en mi opinión hay que dejar abierta la posibilidad de que se consulte antes si se tiene una duda. Pero un procedimiento según el cual hubiera que notificar a priori cualquiera de estas situaciones sería imposible en la práctica, porque eso exigiría examinar una serie de cuestiones de una forma tan precisa, que cuando se adoptara una decisión el paciente —teniendo en cuenta que estamos hablando de enfermos terminales— estaría muerto ya hace mucho tiempo. Por tanto, hay que establecer un mecanismo relativamente ágil que permita una consulta, lo que podría hacerse ante el comité de ética, el juez, o en otra instancia —eso es algo que sus señorías pueden determinar mejor que yo—; instancia que debería ser ágil y salvara la inseguridad jurídica a la que se ha aludido.

En cuanto a los criterios de muerte, lo que usted propone es muy novedoso, es decir, que en el momento en que dejen de existir las funciones cerebrales superiores se considere que el paciente está muerto. Eso se puede adoptar como un acuerdo de sociedad, aunque tiene sus problemas, y probablemente beneficiaría a la donación de trasplantes. Pero hay que tener claro que puede ser peor el remedio que la enfermedad. Y me explico. En el caso de la donación de órganos de cadáver —que es para lo que se adoptan sobre todo esos criterios de muerte— de lo que se trata es que la gente tenga claro que eso ocurre cuando el paciente muere y que no estamos avanzando la muerte para poder obtener órganos con antelación. Si no fuera así, se generaría una desconfianza entre la población que haría que la tasa de donación —y en este momento hablo de forma muy utilitarista— disminuyera en gran medida. Por tanto, como digo, aunque esos criterios pueden constituir un acuerdo de sociedad, se necesita el apoyo masivo de ésta, y a pesar de que su opinión me parece respetabilísima —y probablemente yo la suscribiría—, no creo que en estos momentos nuestra sociedad esté dispuesta a dar un salto tan grande.

Para terminar, voy a referirme a las observaciones del portavoz del Grupo Popular. Me gustaría decirle al señor Gutiérrez Ruiz que, naturalmente, no se podría obligar a ningún médico a que realizara una eutanasia; esa opción entraría en el campo de la objeción de conciencia. Pero, del mismo modo, hay que afirmar lo contrario, es decir, que si hay médicos que piensan que es un último escalón terapéutico hay que dejarles que así lo entiendan; hay que dejar alguna puerta abierta, porque hay casos que no se resuelven con la pura prohibición. Por tanto, me parece fundamental que exista esa opción.

Por otra parte, es cierto que ha mejorado el tratamiento del dolor, pero queda mucho por hacer en ese campo. Por ejemplo, las dosis de morfina por población que nosotros suministramos siguen siendo muy inferiores a las del Reino Unido y otros países de nuestro entorno.

Respecto del acceso a los cuidados paliativos, precisamente el año pasado se celebró una convención de bioética en Oviedo, y ya se ha llegado a un acuerdo. Por otro lado, en el seno de la Comisión Europea —en la cual soy asesor del señor Santer y para el Parlamento Europeo— también hay una iniciativa al respecto. Como saben, la Unión Europea no tiene competencias en sanidad, en materia de servicios sanitarios, aunque los ciudadanos pueden circular libremente por ella. Por tanto, parece razonable que todo el mundo tenga acceso a los cuidados paliativos, por lo que debería existir una petición clara en ese sentido y una indicación por parte de la autoridad supranacional. Pero, como digo, ya hay una iniciativa parlamentaria al respecto —por lo menos una, que yo sepa— en el Parlamento Europeo.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Quintana, por su esfuerzo para contestar las preguntas de todos los portavoces.

Ruego a los portavoces, así como el resto de los miembros de la Comisión, que me indiquen si quieren formular alguna pregunta. (*Pausa.*) Muchas gracias.

En primer lugar, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz, por un tiempo muy breve.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Sólo quiero puntualizar algo más sobre el tema de los testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas. En mi intervención me he referido a un testamento vital —por supuesto, como el del informe que ha elaborado la Comisión Asesora de Bioética de la Generalidad de Cataluña— que se va renovando periódicamente, y ello le da más validez. Por supuesto, si se trata de un testamento que se ha firmado en el momento en que la persona conoce que padece una determinada enfermedad, tiene mucha más validez. Y aunque es obvio que en el último momento se puede cambiar de opinión, quizá en ese preciso momento no se sea consciente. Por tanto, quisiera conocer su opinión acerca de si no es mejor estar sujeto a una decisión, aunque sea un poco más lejana en el tiempo, que se ha tomado siendo consciente, que no estarlo a la que en ese momento puedan tomar los familiares o los médicos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el Senador Marín Rite.

El señor MARÍN RITE: Gracias, señora Presidenta.

La exposición que acaba de finalizar el compareciente parte de un principio fundamental, como es que existen casos en que la eutanasia está moralmente justificada. Acto seguido ha planteado la necesidad inexcusable de una relación directa, personal y clara con el enfermo. Al menos, he creído entender que éstos son dos pilares fundamentales de su exposición. Naturalmente y acto seguido plantea la no despenalización clara de la cuestión porque, si se produjese una despenalización clara, el único juez sería el médico; asimismo, plantea la posibilidad de un control de la actuación del médico. Creo que ése es uno de los puntos neurálgicos de esta cuestión, y en la medida en que sepamos solucionar este aspecto del control podremos facilitar la práctica de la eutanasia en casos moralmente justificados.

¿Por qué digo esto? Porque usted plantea la intervención de un fiscal, y quede claro que un fiscal no es un juez, es un defensor público del Estado y de los intereses generales que examina una cuestión y produce un procedimiento judicial. Pero si el fiscal examina el caso y observa que se ha producido alguna anomalía o incumplimiento de algún requisito, automáticamente estamos en presencia de un proceso penal; inevitablemente así sería. Es decir, el fiscal prevaricaría si, a la vista del incumplimiento de un requisito, no denunciara inmediatamente la cuestión porque estaríamos ante un proceso penal. En definitiva, echaríamos encima del médico que toma esa decisión una responsabilidad tan grande —no olviden que tendría casi asegurado el inicio de un proceso penal, porque sólo ante la duda del incumplimiento de algún requisito entraríamos en esa vía— que le haría muy difícil tomar dicha decisión. Por

eso hablaba yo de la necesidad de ser imaginativos en el tema del control.

Por otra parte, no está tan clara la posibilidad que usted apuntaba acerca de que una persona pueda rechazar un tratamiento o intervención curativa y se le permita hacer su voluntad. No es ésa la posición de los tribunales españoles. Es decir, hay jurisprudencia constitucional y del Tribunal Supremo sobre la aplicación de tratamientos médicos en contra de la voluntad del paciente; ha ocurrido, por ejemplo, con los testigos de Jehová por las transfusiones de sangre o en casos de huelgas de hambre, y en ambas situaciones los tribunales admiten el tratamiento obligado de estas personas.

Por todo ello, le pregunto al compareciente si no cree que en el tema de la regulación del control de la decisión previa del médico está el verdadero caballo de batalla de esta cuestión.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Marín Rite.

Finalmente, tiene la palabra el Senador Ariznavarreta.

El señor ARIZNAVARETA ESTEBAN: Muchas gracias, señora Presidenta.

Doctor Quintana, yo quería plantearle dos cuestiones muy brevemente. Usted hoy y el otro día, el 16 de junio, el doctor Cabré eliminaron totalmente, incluso más allá de lo que pudiera ser término lingüístico, la mal llamada para ustedes eutanasia pasiva. Hoy nos da unos datos mucho más elocuentes que los que nos daba el otro día, al menos numéricamente, el doctor Cabré, ya que nos dice que el 80 por ciento de la población muere por esta causa, por una falta de tratamiento.

Desde la más respetuosa discrepancia, en cuanto que va más allá de la diferencia lingüística, le preguntaría si usted considera que los límites que decidamos poner para que deje de ser una práctica médica habitual en su terminología y pase a ser una eutanasia o, si me lo permite, deje de ser una eutanasia pasiva para ser una eutanasia activa, están suficientemente claros. Asimismo, le pregunto en qué momento esa decisión es absolutamente segura. En términos de seguridad —y creo que su intervención, además de elocuente, ha ido en la línea de la seguridad para todas las partes implicadas en el proceso—, teniendo en cuenta, por ejemplo, la tópica frase «hoy los medios técnicos avanzan que es una barbaridad» —como se dice vulgarmente— y ante las nuevas tecnologías y descubrimientos científicos y biológicos en todo tipo de procesos curativos, ¿usted considera que ante estos avances se puede llegar a determinar con exactitud que un paciente, y utilizo un término también vulgar, está totalmente desahuciado?

Una última cuestión. Me ha parecido entenderle que era imprescindible, antes de plantearnos hablar de eutanasia, procurar avanzar mucho, todo lo posible, en los sistemas de cuidados paliativos. ¿Qué opinión le merecen a usted los sistemas de cuidados paliativos presentes hoy en día en nuestro país? Y ¿en qué medida el avance y estudio de esos sistemas de cuidados paliativos precisaría de una re-

forma sanitaria importante en este país antes de, en este caso y según su criterio, hablar de eutanasia?

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ariznavarreta.

Doctor Quintana, tiene usted la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (Quintana Trías): Muchas gracias.

Intentaré contestar lo más rápidamente posible, aunque han planteado muchas cuestiones.

Respecto a la pregunta que hacía la Senadora Rodríguez Fouz sobre el testamento vital, he de decirle que efectivamente hay formas de evitar que este testamento vital pierda validez. Pero insisto en que no hay ningún país ni ninguna situación en la que se permita una eutanasia activa, es decir, por intervención directa del profesional a causa de un testamento vital. Sería difícil de defender porque lo que un profesional espera del paciente es una decisión reiterada, seria y el convencimiento de que eso es lo que quiere. Verlo a través de un escrito, por más refrendado o actualizado que esté, a mi modo de ver es insuficiente. Es suficiente para dejar de dar un tratamiento, eso sí, pero no es suficiente para practicar la eutanasia.

En cualquier caso, podemos discutir más sobre ello pero a mí me parece que se trata de una cuestión fundamental que el testamento vital no lo puede suplir. Puede darse una situación al final de la vida en la que el paciente esté inconsciente, en tal caso sabemos que no padece este sufrimiento extremo y podremos plantearnos desconectar o no. Pero el problema que tratamos es distinto, hay que plantearlo con otra metodología y para ello podríamos celebrar otra comparecencia en la que abordáramos la cuestión de una forma distinta.

La observación del Senador Marín Rite me parece muy importante. Aquí el problema crucial es determinar qué control se establece para que el médico no esté, como decía anteriormente la Senadora Costa, en una situación de absoluta indefensión jurídica; es decir, adoptar un camino a seguir para que esto no llegue a producirse.

No dispongo ahora del tiempo necesario para extenderme en esta cuestión, pero creo que en este sentido se podría establecer un sistema de grados, de manera que se examinen las condiciones del antes y del después y, si se cumplen los requisitos, no habría persecución alguna; en caso de que hubiera alguna discusión en la interpretación de alguno de los requisitos, se analizaría más a fondo la situación. En definitiva, se iría subiendo el grado de control. Se puede hacer un examen anterior que permita comprobar que se ha actuado correctamente mediante un análisis rápido y sin tener que iniciar todo un proceso judicial, que sería engorrosísimo, y una comprobación posterior en aquellos casos que planteen alguna duda en cuanto al cumplimiento de estos requisitos. Sí se podrían establecer distintos grados de control o, dicho de otra manera, un control por distintos niveles. Creo que es cuestión de ponerse a trabajar en ello, aunque su elaboración sería complicada al te-

ner que determinar cuál de estos requisitos tienen más peso y cómo se graduarían; asimismo, habría que fijar qué indicadores se emplearían para comprobar que los requisitos se han cumplido: la firma de otro médico, que hay un tiempo mayor o menor, etcétera; es decir, tener indicadores que midieran el cumplimiento de cada uno de estos requisitos y el compromiso social o legal, amparado por lo que ustedes decidan, de que si estos requisitos se cumplen, efectivamente figura como una eximente. No tanto como una despenalización, sino como una eximente de persecución. Puede ser que en la interpretación de algunos de estos indicadores haya una dificultad y, entonces, el médico sabe que en última instancia va a ser perseguido penalmente. Creo que esto es inevitable y es, precisamente, lo que pienso que no hay que evitar, porque al hablar del abuso en la eutanasia, señorías, estamos hablando de quitar la vida a una persona, y me parece que es suficientemente importante como para no despenalizarlo. Yo propondría la despenalización abierta.

En cuanto a lo que ha comentado del rechazo al tratamiento y que el Derecho o la jurisprudencia no están de acuerdo con lo que yo digo, probablemente sea porque la ética y el Derecho no son lo mismo. Pero, insisto, en que a mi modo de ver no hay ninguna razón en el mundo para decidir que a un testigo de Jehová en perfecto estado de capacidad de decisión se le pueda hacer una transfusión. A un niño en ningún caso, los niños no entran en esta cuestión porque, por definición, no tienen capacidad de decisión. En el caso de una persona que entra en coma, que lo dejó escrito, y viene otra que dice que es testigo de Jehová, todo esto no me sirve; ahora bien, una persona que llega al servicio de cirugía antes de operarse y dice: yo no quiero que me pongan sangre, lo dice él y estamos seguros de ello. No veo qué razón ética, qué justificación puede haber para imponérselo, no lo entiendo. Lo de la huelga de hambre es distinto, porque el tratamiento se pone cuando el paciente está inconsciente y, entonces, ya no estamos ante el mismo problema. Siempre que se ha intervenido en la huelga de hambre se ha esperado a que el paciente estuviera inconsciente y, entonces, ya estamos en otra situación. Por lo menos esto es lo que pasó con los del GRAPO en Zaragoza, que es cuando se planteó este caso.

Por tanto, que lo diga el Derecho, con todos los respetos para el Derecho, no significa que desde el punto de vista de la ética yo lo refrende.

El Senador Ariznavarreta plantea una serie de cuestiones complejísimo, que me llevaría mucho tiempo replicar, pero quiero precisar algunas cuestiones. Cuando yo digo que el 80 por ciento de la población muere en esta situación, no quiero decir que muere por falta de tratamiento. Tal vez sí, pero tal vez, y esto es lo más probable, mueran porque el médico ha decidido que con tratamiento o sin él va a morir de todas formas. Por lo tanto, para qué le vamos a poner tratamiento. Se ha llegado a una situación en que la muerte es inminente y, por ello, se deja de dar tratamiento. Lo que desencadena el no dar tratamiento es que la muerte es inminente, probablemente se produciría en cualquier caso, no es que por la ausencia de tratamiento muera, sino que precede en el tiempo el dejar de dar tratamiento. Lo

que no digo es que ésta sea la causa, la causa es la enfermedad que tiene el paciente y muere por esa razón. ¿Que se puede acelerar? Tal vez sí, pero unas horas, no mucho más.

Usted argumenta que la medicina no es cien por cien fiable y, por tanto, no se puede desahuciar a un enfermo con el cien por cien de seguridad. Ni se puede desahuciar, ni se puede decir nada con absoluta seguridad. La medicina es una ciencia en la que la incertidumbre es lo que manda en cualquier decisión y, precisamente, lo que los médicos hemos aprendido y tenemos que transmitir a los pacientes es que nos manejamos en decisiones siempre con incertidumbre. A mí me parece que esto es fundamental, o se entiende esto, no se ha entendido qué es el ejercicio de la medicina: tomar decisiones con incertidumbre. Hay que intentar reducir esta incertidumbre, intentar propugnar una medicina basada en la evidencia, pero incertidumbre existe siempre y no creo que la podamos evitar por más que avancemos en el futuro porque siempre habrá factores que no seremos capaces de controlar.

Respecto a la diferencia entre eutanasia activa y pasiva, si es fácil o difícil, a mí me parece que es categórica. Dentro de la eutanasia pasiva ya estamos en un terreno mucho más pantanoso, pero la activa debe ser por petición libre y expresa del ciudadano con estos requisitos. Si se cumplen estos requisitos estamos ante un caso de eutanasia activa, si no, no. Entonces, ¿ante qué nos encontramos? Plantéeme usted el problema y veremos. Quede claro que en muchas situaciones es simplemente práctica médica habitual. Desde el punto de vista ético, desconectar a un señor que está con un respirador porque se considera que ya no hay nada más que hacer —sé que en el momento en que lo desconecte morirá inmediatamente, lo que tarde en dejar de llegar oxígeno a las arterias cerebrales, que será un minuto o dos— es lo mismo desde el punto de vista moral que dejar de darle antibióticos. Pero dejar de dar antibióticos si el paciente tiene una infección, parece que es menos peligroso porque la decisión llega mucho más diferida y, entonces, no me preocupa tanto. No me siento tan agobiado por dejar de dar antibiótico si al cabo de una semana muere de aquella infección que yo ya sabía que tenía. Desde el punto de vista moral o ético es exactamente lo mismo que desenchufar el respirador, sólo que lo uno tiene una consecuencia inmediata y lo otro diferida.

En cuanto a cómo están en España los cuidados paliativos, hace cinco años la situación era horrorosa. En este momento se ha mejorado notablemente, pero de ahí a decir que toda la población tiene acceso a cuidados paliativos, tengo que decir rotundamente que no. Hay que hacer un esfuerzo para que toda la población tenga acceso a ellos, especialmente la población que no está en grandes centros urbanos. Los cuidados paliativos no significa que haya que ir a un hospital o a un centro especializado, los mejores paliativos son los que se dan en casa, y hay que entrenar a los médicos de atención primaria para que efectivamente puedan darlos. Hay que hacer un esfuerzo en ese sentido. Estamos en una fase de transición, se ha hecho un esfuerzo, pero queda todavía mucho por hacer.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Quintana.

En la confianza y con la tranquilidad de esperar que la Ética jamás abandone al Derecho, como a cualquier otra actividad en esta vida, quiero darle las gracias por la claridad y la precisión de sus intervenciones, que, sin duda, serán de gran ayuda para el informe final que haya de redactar esta Comisión.

Me alegra saber su disposición a volver para hablar de otros asuntos. Será la primera vez que ocurra, pero seguramente alguno o todos los grupos pedirán que vuelva, no lo sé, estoy haciendo un poco prospección de futuro. Y para que se lleve un grato recuerdo del Senado, el mismo que nos queda de su intervención, le invito a que si tiene tiempo le acompañen a ver la belleza de este edificio, de sus salas, de su biblioteca y del hemiciclo. Espero que lo disfrute.

Gracias.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (Quintana Trías): Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Suspendemos la sesión durante cinco minutos hasta que llegue el próximo compareciente. (*Pausa.*)

— COMPARECENCIA DE DON SANTIAGO GRISOLÍA, CATEDRÁTICO EMÉRITO DE BIOQUÍMICA Y FISIOLOGÍA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD DE KANSAS (713/000622).

La señora PRESIDENTA: Señorías, se reanuda la sesión.

Vamos a seguir con el desarrollo del orden del día.

A continuación, tengo el placer de presentarles a don Santiago Grisolia, Catedrático Emérito de Bioquímica y Fisiología Humana de la Universidad de Kansas.

Don Santiago, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, quiero darle la bienvenida a esta Comisión Especial y agradecerle su presencia.

Tiene usted la palabra para consumir un turno de treinta minutos.

El señor GRISOLÍA (Catedrático Emérito de Bioquímica y Fisiología Humana de la Universidad de Kansas): Muchísimas gracias.

En primer lugar, quiero agradecer a los miembros de esta Comisión su invitación, que espero no defraudar, porque mucho me temo que poco puedo iluminarles en los conceptos tan importantes de eutanasia, si es que me invitaron por ser médico, ya que lo soy de profesión, pero no la he ejercido nunca. No obstante, algunas de estas cuestiones me han interesado, y así, organicé el Simposio Interdisciplinar sobre «El dolor es evitable», organizado por la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, en julio de 1982, seis meses después de que se instalase la primera unidad del dolor en España, a primeros de enero de ese

año, en la ciudad sanitaria 1.º de Octubre, y debo señalar que todavía somos muy deficientes en estas unidades que, como es natural, tienen mucho que ver con el problema de la eutanasia. En los últimos años he asistido a reuniones relacionadas especialmente con dicho problema, y he organizado varias de ellas. Algunas de las más importantes que recuerdo fueron sobre la legalización de la eutanasia en Holanda, en las que intervino el profesor Jochemsen.

Sin duda alguna, el concepto de eutanasia ha cambiado a lo largo de la historia. En los tiempos antiguos, dentro de la tradición greco-romana, tanto Aristóteles como Platón propusieron diversas formas de eutanasia, y aunque los detalles y sus teorías no son pertinentes ni yo los poseo, es importante recordar, al menos, que ya les preocupó en aquella época. También la eutanasia fue considerada aceptable en la época romana. Mucho más adelante, San Agustín y especialmente Santo Tomás en la «Suma teológica», critican el concepto de la eutanasia en todos sus aspectos. En este sentido, conviene indicar algunas definiciones que luego repetiré. Por ejemplo, en griego, eutanasia significa muerte buena y tranquila, mientras que en medicina se ha utilizado el concepto de englobar los métodos y tratamientos de enfermedades especialmente para evitar el dolor. Ésta es la razón, como les indicaba al principio, del interés que tuvimos en la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados sobre esta cuestión.

De todas maneras, al parecer, la práctica de la eutanasia, en la que se da poca importancia al individuo en relación con la comunidad, ha sido hábito corriente en bastantes culturas. Así, por ejemplo, la eliminación de jóvenes y especialmente de viejos se aceptó bastante en la antigüedad. Por eso quizás sea bastante conocido el proverbio chino del niño que acompaña a su padre, que lleva a sus espaldas al abuelo en una especie de mochila, para dejarlo morir en lo alto de la montaña. El niño le dice a su padre que no tire el contenedor. El padre le pregunta por qué, a lo que el niño contesta: Para que lo pueda utilizar cuando tú seas mayor. Si no recuerdo mal, esta anécdota moral es corriente en bastantes culturas.

A mí me interesaron siempre las ideas de Jonathan Swift, más conocido por las aventuras de Gulliver, que en un libro recomienda comerse a los viejos, lo que creo que luego fue utilizado en una película cuyo título no recuerdo muy bien, pero que se llamaba algo así como Color verde.

Los defensores de la eutanasia, entre los que hay algunos médicos, piensan que es moral ayudar a la muerte a aquel que no puede resistir la continuidad de un dolor para el cual no hay solución, lo que ocurre, desgraciadamente, en bastantes ocasiones, y de forma especial en el caso de tumores malignos. De aquí que en los últimos años se hayan establecido, como ya he indicado, las unidades del dolor en muchos hospitales, pero todavía no en bastantes.

Para información más detallada sobre los conceptos generalmente defendidos por la Iglesia Católica, les recomiendo el libro «La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas», del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida de la Conferencia Episcopal Española, en el cual hay una serie de puntos que quizá convenga recordar de forma muy breve. Citaré, por ejemplo, que ya Pío XII afirmó que era

lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de que tuvieran como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, si no había otros medios y si en tales circunstancias ello no impedía el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales. Es decir, que yo creo que también va habiendo un poco de evolución dentro de la Iglesia Católica.

Por ejemplo, desde el punto de vista de la víctima —recuerda este libro—, la eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria, según que sea solicitada por quien quiere que le den muerte o no, perinatal, agónica, psíquica o social, según se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados por lesiones cerebrales irreversibles o a ancianos u otras personas tenidas por socialmente improductivas o gravosas. Es otra vez la misma idea de que el acervo general es más importante que el individual. Algunos hablan hasta de autoeutanasia refiriéndose al suicidio, pero ésta no es probablemente una forma de eutanasia, aunque muchos de los patrocinadores defienden también, con arreglo a su propia lógica, el derecho al suicidio.

Desde el punto de vista de la práctica se distingue, como saben, eutanasia activa y pasiva, según que se provoque la muerte a otro por acción o por omisión, y directa e indirecta, la primera de las cuales sería la que busca que sobrevenga la muerte, y la segunda la que busca mitigar el dolor físico, aun a sabiendas de que ese tratamiento pueda acortar, efectivamente, la vida del paciente, pero esta última no puede llamarse tampoco propiamente eutanasia.

Otro punto importante es el que se conoce ahora como medicina paliativa, es decir, una forma nueva de entender y atender a los pacientes terminales, referida a los dos conceptos extremos aludidos. La medicina paliativa parece tener sus antecedentes en Gran Bretaña, pero aún está escasamente contemplada en la organización sanitaria española. Yo les voy a dejar este libro, si les interesa. Lo que sí conviene preguntarse es si es aceptable el argumento de terminar la vida de algunos enfermos discapacitados o casi en vida vegetativa. Vale recordar que este proceso se llevó a los últimos extremos con los programas eutanásicos a gran escala de la época nazi, que se iniciaron también con un caso límite de muerte por compasión de un niño ciego y subnormal, con sólo dos extremidades, internado a finales de 1938 en la clínica pediátrica de la Universidad de Leipzig. La abuela de este niño solicitó a Hitler que le garantizase la muerte por compasión, cosa que ocurrió. A partir de entonces se ordenó poner en marcha un programa que aplicase los mismos criterios de misericordia a otros casos, y desde el 18 de agosto de 1939 se dispuso la obligación de declarar a todos los recién nacidos con defectos físicos. La experiencia del nazismo no es de la remota antigüedad o de un pueblo salvaje primitivo, sino de mediados de este siglo y de uno de los pueblos más técnicos y cultos de su época. Tampoco se refiere a un pueblo señaladamente sanguinario ni inhumano, sino a un pueblo normal en el que sólo unos 350 de los 90.000 médicos alemanes aceptaron la realización de estos crímenes, con los resultados escalofriantes que después se han conocido.

Finalmente, también les querría comentar la desconfianza que existe —y luego insistiré en ello— en las familias respecto a las instituciones sanitarias, porque si se hiciera común el ejemplo de los que piden la eutanasia y además se generalizase la práctica de que los facultativos decidieran en determinados casos poner fin a la vida de los pacientes, sin contar siquiera con su consentimiento, las relaciones sociales sufrirían un duro golpe. Si una sociedad consintiera esto, la desconfianza y el temor se apoderarían de muchos enfermos, de los ancianos, de los discapacitados.

También hay otro libro importante «El sentido del sufrimiento», del cual sólo quiero recordarles el estudio sobre lo que es y lo que no es la eutanasia. No sólo precisa lo que es la terminología, sino cómo se ha ido modificando el concepto convirtiéndose en un término ambiguo, cuando no equívoco, que se emplea con frecuencia para situaciones que no tienen nada que ver con la verdadera práctica eutanásica. También les voy a dejar este libro para su información, por si lo necesitan.

Creo de interés que conozcan un estudio sociológico «El médico y la tercera edad», que se realizó por el Gabinete de Estudios Sociológicos y la Sociedad Española de Geriátrica, en el que se habla de la prolongación artificial de la vida, que también es un concepto importante en este sentido. La mayoría de los encuestados está en desacuerdo con la prolongación artificial de la vida, un 46 por ciento; hay un 17,4 por ciento que la defiende, y un 2,5 por ciento que la defiende con la expresión concreta de que mientras hay vida hay esperanza. Figura un cuadro sobre lo que opina determinado número de personas de la prolongación artificial de la vida a pacientes que van a morir sin remedio. Los hombres están más de acuerdo con la eutanasia que las mujeres y también con la distanasia. En cuanto al acortamiento de la vida, el 41 por ciento de los ancianos no está de acuerdo con la eutanasia, entendiéndolo por tal que el médico corte la vida para evitar sufrimientos al paciente que va a morir sin remedio, refiriéndose a razones religiosas concretamente. También se opina sobre que el médico corte la vida para evitar sufrimientos al paciente que va a morir sin remedio, estando en desacuerdo el 34 por ciento, y de acuerdo el 28,7 por ciento.

Ahora quiero, como muestra de interés actual en el tema, referirme a dos recientes noticias seguramente recogidas en la prensa: la de una enfermera francesa que practicaba la eutanasia a niños enfermos, y la de que Francia, como consecuencia de ello, dedicará una cantidad mayor de dinero a paliar el dolor terminal, tal y como ha declarado el Secretario de Estado para la Salud, Bernard Kouchner. También la próxima reunión de la Fundación de Bioética, fundada por Marcelo Palacios, a celebrar el próximo noviembre en Gijón, se dedicará fundamentalmente a la eutanasia. Como ustedes ven, éste es un tema de gran actualidad en estos momentos.

Un punto que quizá justifica mi presencia aquí es la teoría sostenida por muchos de que es humanitario y un acto de caridad evitar que un niño deforme o con una enfermedad incurable, que le llena de sufrimiento a él y a su familia, nazca o se mantenga vivo. En los últimos meses se ha

contemplado la terapia de las líneas germinales, es decir, de las células sexuales, que es in duda algo más fácil técnicamente que con las células somáticas, y por tanto, un grupo de geneticistas de gran categoría, incluido el propio Watson, lo ha considerado. Tengo bastante material sobre esta cuestión respecto a la cual, vuelvo a repetir, en los últimos meses se han mantenido esas discusiones, y si quieren después les puedo facilitar más detalles sobre ello, aunque aquí ya entraríamos en el terreno de la medicina predictiva, donde es muy difícil no caer en una pendiente escorrida.

Quiero recordar a mi compañero de estudios, catedrático de medicina legal, ahora jubilado, Juan Antonio Gisbert, que tuvo una enfermedad muy grave, hasta tal punto que después de varios meses la familia llegó a discutir el problema y todos estaban de acuerdo en retirarle todos los mecanismos extra que le mantenían vivo. Curiosamente, y ya que la medicina no es una ciencia exacta, a pesar de que todo el mundo creía que no había solución, el doctor Gisbert sanó y todavía está vivo, y cuando se le pregunta qué sentía dice, enfadándose muchísimo, que lo peor era que no podía hablar, que no podía decir nada, aunque oía parte de lo que se discutía. En este sentido recuerdo la conferencia del profesor Jochemsn, anteriormente citado, que insistía en que cuando muchas personas requieren asistencia y dicen que no quieren vivir se entiende como una petición de eutanasia, cuando en realidad lo que dicen es que no quieren vivir de la forma en que se encuentran.

Finalmente les recuerdo que muchos enfermos y hasta los condenados a muerte no creen que van a morir hasta el último momento, y quizás es que uno de los dones que tenemos los humanos se basa en que, aunque todos sabemos que no vamos a morir, pensamos que eso siempre les pasa a los demás, no a nosotros; lo sabemos, pero no nos lo creemos. En definitiva, pienso que algunos confundimos muchas veces la moralidad y la ética. Los conceptos morales pueden cambiar con la evolución del tiempo, pero a mí no me parece defendible la eutanasia, como tal, basada en conceptos éticos fundamentales, puesto que nadie debe tener la capacidad de decidir sobre la vida de otro.

Con esto acabo mis comentarios, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Grisolia.

A continuación vamos a abrir un turno de intervenciones de los distintos portavoces. En primer lugar, tiene la palabra la Senadora Costa Serra, del Grupo Mixto.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señor Presidente.

Muchas gracias al doctor Grisolia por comparecer en esta Comisión.

Muy brevemente, después de su exposición, solamente le quería plantear una pregunta. Ha dicho usted al final de su intervención que no está de acuerdo con la eutanasia en el sentido de que haya otra persona que pueda decidir sobre la vida de otro ser. Yo quería saber cuál es su opinión en cuanto a aquellas personas que de forma consciente, voluntaria y en caso de enfermedades terminales —lo que se

denomina una eutanasia activa— piden activamente que se ponga fin a su vida después de decidir que no quieren seguir viviendo, como usted decía, de esa forma, porque, probablemente en muchos casos sí será así, no existe otra forma de vivir. Me gustaría saber cuál es su opinión respecto a estos casos y si usted piensa que esto se tendría que regular positivamente a través de una legislación o si usted considera que ya está regulado con la tipificación que tenemos actualmente en el Código Penal, si cree que cubre los casos que se pueden dar en la práctica hoy en día.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa Serra.

Voy a dar la palabra a continuación al portavoz del Grupo de Convergencia i Unió, Senador Capdevila i Bas.

El señor CAPDEVILA I BAS: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia del doctor señor don Santiago Grisolí.

En la exposición que ha efectuado en este acto, ha hecho una referencia a las encuestas sociales. Entiendo que estas encuestas sociales podrían reflejar unos datos frívolos. ¿No cree usted que para responder a las preguntas que se hacen a los ciudadanos éstos deberían gozar de más reflexión, es decir, que no contestaran a la ligera, sino que se les dejara un tiempo para que pudieran reflexionar de modo que estas encuestas tuvieran mayor validez?

También quisiera preguntarle si comparte usted la defensa a ultranza de la autonomía de los pacientes en cuanto a su decisión de no querer un tratamiento determinado y qué comportamiento tiene entre la ética y la moralidad esta defensa a ultranza de estos pacientes.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Capdevila.

Por el Grupo Socialista tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al doctor Grisolí en nombre de mis compañeros del Grupo Socialista y agradecerle su exposición.

Quiero comentarle si no considera que es perfectamente posible que, aparte de que una petición de ayuda—yo me voy a referir a la eutanasia voluntaria activa, que creo que es la que plantea problemas— sea debida a un trastorno mental, a una falta de asistencia o a que la asistencia sea inadecuada, también pueda ser una petición legítima y racional de una persona que vea con total claridad su situación y no encuentre alternativas aceptables.

También quisiera conocer su opinión sobre si, partiendo de algunos consensos que creo que existen actualmente, hay o no posibilidades de alcanzar otros nuevos acuerdos o consensos. El primero se refiere al código deontológico médico. Yo creo que podríamos decir que todos los códigos éticos y deontológicos de la profesión médica son, en

cuanto a los principios generales por lo menos, los más antiguos y los más universales, y han tenido como referentes durante siglos al juramento hipocrático. Sin embargo, hace ya tiempo que se ha visto la necesidad de que esos códigos se adecuen a los tiempos que corren, porque surgieron en sociedades muy distintas. Así, se ha transformado la relación médico-paciente paternalista en una relación que está basada fundamentalmente en el principio de autonomía. En este sentido lo que quisiera saber es si comparte esa opinión de que estas normas de comportamiento moral que se dan en la profesión médica no son algo inamovibles, sino que están abiertas a una reflexión crítica, garantizando así un verdadero progreso moral de la ética profesional. Nos gustaría saber si considera, por tanto, que esas actuales normas médicas, y en concreto la que rechaza la eutanasia por ser contraria a la ética médica, siguen siendo revisables y modificables; si considera que en un futuro próximo es posible un nuevo consenso por el que en el código deontológico se acepte la eutanasia activa voluntaria como elemento de buena praxis médica. Quisiera saber si es en esa línea de reflexión crítica y de adaptación a los tiempos que corren, en los que yo creo que parece cada día más evidente el deseo de cada vez mayor número de ciudadanos de controlar el cómo y el dónde morir, donde debe inscribirse la reciente decisión del Colegio de Médicos de la región francesa del Midi-Pirineés —me parece— de respaldar al doctor que ha reconocido en agosto haber ayudado a morir a una paciente. Ese Colegio de Médicos ha considerado, como todos sabrán, que no puede ser sancionado ese médico desde el punto de vista de la deontología médica. Me gustaría conocer su opinión sobre esto.

Yo creo que hoy en día nadie cuestiona que existe un consenso al considerar como moralmente aceptable lo que llamamos la eutanasia pasiva, o sea, no prolongar artificialmente la vida en determinadas circunstancias, y lo que denominamos eutanasia activa indirecta, o sea, administrar fármacos que mitigan el dolor pero que a la vez pueden acelerar la muerte. Yo creo que existe un consenso a la hora de determinar en qué circunstancias y con qué requisitos el dejar morir no es una conducta maleficente y, por tanto, que no ha de ser castigada o prohibida. Tomando esto en consideración, lo que quiero preguntarle es si no ve factible que se pueda alcanzar un consenso similar a la hora de determinar también en qué circunstancias y con qué requisitos, o sea, estableciendo todas las garantías y cautelas que se consideren precisas, ciertas acciones de ayuda a morir puedan también no ser maleficentes, porque de hecho el contenido que las sociedades vamos dando a este principio de no maleficencia va variando con los tiempos, y acciones que antes hemos considerado que eran buenas ahora no lo son. Pongo el ejemplo que ya comentó en una anterior sesión de comparecencias el doctor don Diego Gracia Guillén de la pena de muerte, que hasta hace unos años no ha sido considerado como una conducta maleficente y ahora sí lo es.

Ligándolo con esto le quiero trasladar otra reflexión, y es que si, como acabo de decir, estas prácticas son consideradas como aceptables desde el punto de vista moral, si las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico que se

toman a diario en las unidades de cuidados intensivos son ejemplos de buena praxis médica, estamos admitiendo que la obligación de disminuir los sufrimientos está por encima de la obligación de preservar la vida a toda costa. Si estamos admitiendo esa lucha contra el sufrimiento como una obligación superior, ¿no cree que habría que considerar también como moralmente aceptable la práctica de la eutanasia activa cuando la solicita el paciente? ¿Cree que es posible algún consenso en esa línea?

Le quiero hacer otro planteamiento. Y se lo he hecho a otros comparecientes en esta Comisión, pero me interesa conocer también su opinión. Me refiero al análisis que pretendemos hacer de los cuatro principios en los que coincide todo el mundo que son la base de la bioética moderna. Está claro que hay situaciones en las que se producen conflictos entre estos principios, y lo que quiero preguntarle es si hay que establecer una jerarquía entre esos principios, si debe ser siempre la misma o si se debería analizar caso por caso. Está claro, por ejemplo, que el conflicto que se plantea entre los principios de autonomía y beneficencia cuando alguien por motivos religiosos rechaza un tratamiento aunque pueda salvarle la vida, ha comenzado a resolverse dando prioridad al principio de la autonomía. Sin embargo, ante una solicitud voluntaria de eutanasia, al principio que se confiere prioridad es al de no maleficencia. Le quiero preguntar si cree que esto ha de ser siempre así.

Por último, quería decirle —y creo que hablo en nombre de todos los miembros de la Comisión— que estamos todos especialmente interesados en conocer cuáles son los hipotéticos riesgos de una posible regulación de la eutanasia y que no tiene que ser necesariamente —lo digo de antemano— una regulación despenalizadora. Anteriormente hemos escuchado al doctor Quintana, que acaba de comparecer, darnos otra posibilidad que no contempla la despenalización.

Usted ha hablado de que hay muchos temores a que pueda ser el inicio de una pendiente escurridiza o resbaladiza —como se le quiera llamar— y que se pueda presionar a ancianos. Yo le quería preguntar si no cree que esos riesgos y esos temores lo que están haciendo es reforzar la necesidad de que busquemos y analicemos cuáles pueden ser las cautelas, las garantías, los controles que debemos establecer para evitar esos abusos y el que se desvíen prácticas, que mayoritariamente puedan estar consideradas como moralmente aceptables, hacia prácticas que todos consideramos criminales.

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Finalmente, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Gutiérrez Ruiz.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Ante todo, quiero darle la bienvenida a esta Comisión en nombre del Grupo Popular y agradecerle especialmente su presencia, máxime conociendo su grado de ocupación y su escasez de tiempo libre.

Asimismo quiero también agradecerle las citas biográficas que nos ha proporcionado que, sin duda, nos van a ayudar bastante a clarificar y conocer este problema y, en su caso, llegado el momento, a establecer las conclusiones pertinentes.

Voy a ser muy breve porque únicamente quería hacerle dos preguntas. En primer lugar, ¿qué opinión le merecen los comités de ética en los hospitales?

Estoy seguro de que usted conoce el documento que sobre la eutanasia ha hecho público la Organización Médica Colegial en su última reunión antes del verano, hace unos meses en Pamplona, donde de una manera clara y taxativa se condena la práctica de la eutanasia; pero además, quería conocer su opinión ya que algunos de los comparecientes que le han precedido en esta Comisión han apuntado la posibilidad de que en casos muy concretos y específicos pudiera estar justificada la práctica de la eutanasia, previo establecimiento de controles jurídicos, técnicos, sociales, etcétera.

Por ello, en segundo lugar, querría conocer su opinión sobre si considera usted que en algún supuesto muy especial podría estar justificada esta práctica.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Gutiérrez Ruiz.

Tiene la palabra el señor Grisolía.

El señor GRISOLÍA (Catedrático Emérito de Bioquímica y Fisiología Humana de la Universidad de Kansas): En primer lugar, quiero decir que creo que saben ustedes mucho más que yo de todo esto.

Sin duda alguna es un tema enormemente importante y que ha atraído muchísima atención. De todas formas intentaré —no sé si de una forma exacta— seguir los comentarios que se han hecho aquí, pero pienso que es muy difícil llegar a una concreción exacta y a una recomendación, porque no la hay.

Teniendo en cuenta todo lo que se ha dicho de la autonomía de los pacientes y todos los conceptos a los que ustedes se han referido, en primer lugar quería aclararle que cuando he hablado de la pendiente resbaladiza me refería a las células germinales y a la utilización de la terapia génica, no en otro contexto general, porque la idea fundamental de Watson y compañía es que de esa forma se puede evitar el que algunos niños nazcan con problemas y después vayan a estar sujetos, en cierta forma, a consideraciones de tipo eutanásicas porque van a sufrir mucho durante su vida y, naturalmente, nadie quiere —como es lógico— traer a un niño a esta vida para vivir con grandes problemas.

En cierta forma ésa es la parte positiva, pero la parte negativa es que una vez que se tocan las células germinales se está ya alterando el genoma humano, lo que es una cuestión bastante peligrosa porque no sabemos lo que hacemos en realidad.

La segunda aclaración que quería hacer es que la bioética está muy de moda. Es importante indicar que el término lo acuñó una persona que se llamaba Van Potter,

cuyo laboratorio en Wisconsin distaba del mío lo mismo que de esta mesa al final de la habitación. Lo que pasa es que ahora hay una serie de aficionados de toda clase que muchas veces hablan de estas cosas —no quiero hacer acusaciones demasiado críticas— y no conocen la biología. Por lo tanto, muchas veces se están pasando en ese sentido.

Manteniendo todo lo que ustedes han dicho y todos los conceptos muy acertadamente expuestos por los diferentes grupos parlamentarios, yo creo que lo que es enormemente importante es evitar el dolor en todas las ocasiones. Les vuelvo a repetir que eso es lo que dijimos en la primera reunión de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados hace muchos años. Antes no se admitía por la Iglesia Católica, pero ya se empieza a admitir, lo que indica —como hasta cierto punto decía la señora Rodríguez Fouz anteriormente—, que los conceptos empiezan a cambiar bastante.

¿Cómo se puede llegar a una solución? Yo no estoy muy seguro. Sin duda alguna lo que a mí me aterra personalmente —estoy hablando como Santiago Grisolia— es que si hace diez o quince años me hubiera usted hecho la misma pregunta hubiera sido mucho más liberal en el sentido de decir que naturalmente debemos permitir la autonomía completa, pero ahora ya no estoy tan seguro, quizá porque soy mucho mayor.

Cuando hablamos de legislación yo no estoy muy seguro sobre qué clase de legislación se debe aplicar pero, en todo caso, si se llega a una legislación que permita la eutanasia debería ser con unos controles extraordinarios que además requiriesen, al menos, el consejo de tres personas, tres médicos que no hablasen juntos porque, se quiera o no, hay siempre una tendencia —y se lo digo porque aunque no he ejercido soy médico y sé que existe— y un espíritu de clase. Ésa sería la única posibilidad que yo veo porque cuando una persona verdaderamente dice que quiere morir, no hay forma posible de mantenerlo vivo y se han agotado todas las posibilidades, tiene que ser muy claro, porque mucha gente dice que quiere morir y lo que quieren decir es que no quieren vivir de esta forma; no tienes la posibilidad de arreglar lo que ellos desean, que es vivir de una forma mejor y les reitero que los que hemos visto morir a gente sabemos que no se lo creen. Todos nosotros vamos a morirnos, pero en realidad no nos lo creemos, eso siempre les pasa a los demás. Vuelvo a repetir el caso de mi colega que decía que no quería morir y estuvieron a punto, por dos meses, de mantenerlo con una preparación fisiológica, con toda clase de medios.

Sin duda alguna como médico de carrera, aunque no he ejercido —como he indicado varias veces— lo que a mí me han enseñado es que tienes que hacer lo máximo posible para mantener la vida y utilizar todos los medios aunque, naturalmente, con los problemas económicos actuales ya no se piensa de la misma forma y se tiende quizás a elegir algunos de los mecanismos que sean más aceptables para la comunidad como tal. Pienso que deberíamos tener un cuidado exquisito y que si se llegan a aceptar mecanismos que permitan una legislación que conduzca a la eutanasia tendría que ser con unos controles enormemente restrictivos.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señor Grisolia.

¿Alguna señora Senadora o algún señor Senador, amén de los portavoces, desea intervenir? (*Pausa.*)

En nombre de la Mesa y en el mío propio, y asimismo en nombre de los miembros de la Comisión, quiero dar las gracias al Profesor Grisolia por su comparecencia y por su intervención en esta sesión.

Señorías, vamos a suspender la sesión hasta las cuatro y media, hora en que la reanudaremos con el tercero de los comparecientes.

Hasta entonces, muchas gracias.

*Eran las doce horas y cincuenta minutos.*

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

— COMPARECENCIA DE DON JOSÉ RIBERA CASADO, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (715/000239).

La señora PRESIDENTA: Señorías, se reanuda la sesión.

Vamos a continuar con el desarrollo del orden del día previsto para hoy. Se encuentra con nosotros el doctor don José Ribera Casado, geriatra, Jefe del Servicio de Geriatria del Hospital Clínico de Madrid, y además Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. En nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, doctor Ribera Casado, quiero darle la bienvenida a esta Comisión, a esta casa y, sin más, le cedo la palabra.

El señor RIBERA CASADO: Muchas gracias, señor Presidente.

Lo primero que voy a hacer es dar las gracias por haber sido invitado. Es un honor y una sorpresa tener ocasión de comparecer en este edificio tan histórico, tan bonito, y con unas personas que ostentan una representación tan importante como la de ser Senadores.

Me dijeron que la costumbre era hablar durante veinte minutos o media hora. Yo voy a hablar mucho menos porque realmente ustedes ya son expertos —lo eran antes y si no lo fueran antes probablemente a estas alturas ya lo son muchísimo— y entiendo que después de haber hablado personas muy cualificadas en ese terreno, como el profesor Gracia, como el doctor Gonzalo Herraz o como esta mañana el doctor Octavi Quintana, los que venimos detrás corremos el riesgo, primero, de repetirnos en muchas cosas, y segundo, de decir cosas que a lo mejor tienen relativamente poco interés.

Yo entiendo que a mí se me ha invitado en mi calidad de geriatra, y querría dedicar los primeros minutos, aunque indirectamente tiene que ver con ello, a recordar algunas cosas de los viejos de este país. La primera —y es obvia— es que hay muchos. En este momento, como ustedes saben, estamos cerca de los seis millones de personas mayores de

65 años; estamos en un millón doscientas mil, más o menos, de personas por encima de los 80, y es un colectivo que tiene algunas características importantes que también tienen que ver con el tema que nos ocupa hoy.

En primer lugar, es un colectivo donde mucha gente vive sola; aproximadamente el 20 por ciento de las personas de más de 65 años viven solas, lo cual es un dato a tener en cuenta; además, el nivel cultural es inferior al del resto de la población, la tasa de analfabetos es relativamente alta todavía, también alrededor del 18/20 por ciento se considera que siguen siendo analfabetos funcionales. Cuando se les pregunta por sus intereses o por lo que les preocupa más, el tema de la salud aparece en primer lugar en todas las encuestas que se han hecho en este país y también en otros países parecidos al nuestro. Es otro dato importante a tener en cuenta, y tanto más cuanto mayor es la edad del colectivo al que se pregunta.

Por otra parte, es un colectivo que tiene muchas diferencias, desde cualquier punto de vista, pero sobre todo desde el punto de vista de su comportamiento en temas de salud, es decir, de cómo se presentan las enfermedades, qué tipo de enfermedades tienen, cómo hay que acercarse a ellas. Tienen muchas diferencias en relación con los adultos más jóvenes, y son diferencias que hasta ahora han sido poco tenidas en cuenta por los gestores sanitarios. Ésa es la realidad. Aunque hay diferencias, las transferencias se han hecho en unas Comunidades Autónomas de forma distinta a otras. Por eso preguntaba hace un momento si hay una Comisión encargada de las personas mayores; por cierto lo de «tercera edad» ya no les gusta. Es una anécdota, pero tiene que ver con esto. Esta población está bastante discriminada en general, en casi todos los órdenes, y también en el de la salud, y una muestra de esa discriminación es el lenguaje.

La palabra «viejo» que es muy tradicional, muy lógica y muy normal, se usa poco porque tiene una carga negativa muy fuerte, y a la palabra «anciano», que sería una alternativa válida, le pasa exactamente igual. Entonces se inventan eufemismos, y un eufemismo fue el de «tercera edad», que lo inventaron los franceses hace treinta años, más o menos, y que ya casi no lo usan ni ellos, por lo mismo, porque vale hasta un momento determinado, en que se empieza a cargar también de aspectos negativos. Realmente cuando se les pregunta ellos, como más les gusta ser llamados hoy —mañana ya veremos— es personas mayores.

Es curioso que, por ejemplo, si uno busca en un diccionario —y les sugiero que lo hagan, por ejemplo en el *Es-pasa*— la palabra «viejo» comprobará que tiene veintidós sinónimos; la palabra «anciano» tiene treinta y tres, y todos son insultos: inútil, vejestorio, carcamal (*Risas.*), y esto no es inocente, sino que es expresión de una realidad, y esta realidad es algo que los ancianos perciben perfectamente y se sienten claramente discriminados.

A partir de ahí, el tema de la eutanasia se engloba dentro de otra serie de problemas que tienen que ver con la bioética, en general, y que afectan claramente a las personas mayores, también a otras personas, pero con algunas peculiaridades. En ese contexto, por ejemplo, cabría hablar

del tema de los abusos, de los malos tratos y de las negligencias al anciano, que es un tema también bastante importante al que se le ha dado poco margen hasta estos momentos, así como de otra serie de problemas en relación con la muerte, con la fase terminal de las enfermedades, que van desde la comunicación de la noticia hasta dónde morir, el dolor, la no resucitación, etcétera. Y en ese contexto, repito, creo que se engloba el tema de la eutanasia; es uno más entre los muchos problemas que se pueden dar dentro de la terminalidad, dentro de la fase final de la vida de una persona.

Decía que no quería entrar —porque casi me parecía ofensivo— a hablar aquí de lo que entendemos por eutanasia; definir lo que es la eutanasia —no lo voy a hacer—; recordar las divisiones: activa, pasiva, voluntaria, involuntaria, etcétera. Creo que eso está aquí suficientemente tratado. Tampoco —aunque al final haga algún comentario— sobre los aspectos legales. Hasta hace poco el artículo 409 lo castigaba con penas de seis a doce años de cárcel, que podían ampliarse hasta veinte en el caso de inducción al suicidio, que era lo que se interpretaba como algo más próximo a la eutanasia. En el momento actual creo que es el artículo 143 el que lo regula, y lo ha suavizado, aunque sigue siendo bastante duro a mi juicio con el entorno de las personas que pueden tener algo que ver con el tema de la eutanasia.

En relación con los mayores, la primera consideración que hay que hacer es que los que más se mueren son los mayores; es una obviedad, pero hay que tenerla en cuenta. Los datos muestran que en los hospitales, de cada cinco enfermos que se mueren, cuatro o cuatro y algo son personas de más de 65 años, lo cual ya hace que haya un campo más amplio de posibilidades a la hora de pensar en si se aplica o no la eutanasia.

Querría decir que en el caso del paciente mayor, probablemente también en otros, pero sobre todo en el caso del paciente mayor, esto que llamamos eutanasia pasiva, que algunos llaman —con algunos matices diferenciales— eutanasia activa indirecta, se practica con mucha amplitud. Es más la norma que la excepción. La norma es omitir medidas como transfusiones sanguíneas, determinado tipo de fármacos o el ingreso en unidades especiales de personas que se considera que están en una fase muy terminal y cuyas posibilidades de recuperación son prácticamente nulas, y esto no deja de ser una forma de eutanasia pasiva o por omisión; como lo es también el aplicar medidas destinadas a aliviar síntomas que se sabe con toda seguridad que aceleran o que pueden facilitar el fallecimiento. El ejemplo más típico son los analgésicos o los sedantes, que se aplican sin ningún escrúpulo por parte de los profesionales de la salud, y no sólo los médicos, sino también colaboran activamente en ello otros profesionales, como las enfermeras, y en general con el consentimiento y la complicidad absoluta de los familiares y a veces del propio enfermo. Éstas serían formas de eutanasia pasiva o activa indirecta que son más bien norma que excepción, al menos en el medio hospitalario, y mayoritariamente la gente se sigue muriendo todavía en los hospitales.

En los domicilios los datos son mucho más difíciles de obtener; las variaciones individuales son muchísimo mayores y es posible que esto que estoy diciendo no sea exactamente así. La impresión que yo tengo es que también ocurre, pero no es más que una impresión; no podría yo dar datos, en cambio sí que los hay referidos a los hospitales.

El tema de la eutanasia activa directa es más excepcional. Indudablemente se da en algunos casos con la complicidad de la familia o los allegados a la persona mayor, especialmente en aquellos en los que, además de la severidad de la enfermedad y de la irreversibilidad del proceso, el moribundo no tiene capacidad para poder decidir por sí mismo, bien porque está en coma y éste es irreversible o bien porque tiene algún tipo de demencia o de trastorno cognitivo importante que impide la posibilidad de que se manifieste. Yo creo que esto es más bien excepcional. Al contrario de lo que decía antes, la norma no es ésta, pero se da con una relativa frecuencia que no podría cuantificar, porque son casos que no trascienden. Lo que sí que es absolutamente excepcional es la eutanasia activa por inducción directa del profesional de la salud por su cuenta y riesgo, sin la complicidad de los familiares o los conocidos; eso es bastante raro.

En relación con este tema, en el caso del viejo se dan dos circunstancias un poco diferentes de otras edades. Una de ellas es que la propia edad —más cuanto más edad tiene— le protege de lo que se llama encarnizamiento terapéutico. Es decir, la posibilidad de que a una persona de muchos años y con muchas patologías se le apliquen medidas extraordinarias es más rara que si se trata de una persona más joven. Eso, a mi juicio, es un favor que se hace a la persona mayor, evitándole agonías excesivamente prolongadas. Quizá los que menos se benefician de esta situación son los más ilustres, las personas con mayores medios culturales, económicos o de cualquier otro tipo, pero la gente de niveles medios y bajos suele estar bastante protegida de este tipo de medidas, y además en ello colabora la familia.

Contrariamente, en las personas mayores existe en mayor medida que en personas más jóvenes la tentación de las diversas formas de eutanasia. Lo que he comentado antes se da más en las personas de más edad que en las más jóvenes, por razones parecidas: sus niveles de defensa son menores, los escrúpulos —entre comillas— de las personas que pueden aplicar esas medidas también son menores y el hecho de pensar: ya ha vivido bastante, es muy mayor, no tiene posibilidad de recuperarse es mucho más fácil en relación a estas personas.

Otro punto que merecería la pena comentar —aunque creo que de eso ya debe haberse hablado aquí porque el Profesor Gracia es muy experto en ese tema y le gusta mucho tratarlo— es el del suicidio asistido, como se llama ahora, o la asistencia médica al suicidio. Esto, como supongo que conocen ustedes bastante bien, se puso de actualidad hace cinco o seis años a raíz de algunas publicaciones hechas en Estados Unidos. La diferencia fundamental con la eutanasia es que aquí el acto final correspondía al paciente y realmente lo que prestaba el profesional era una

ayuda técnica, en segundo plano, pero era el propio paciente el que ponía fin a su vida.

En el artículo inicial, que se publicó en el año 1992, se establecían una serie de criterios que justificaban el poder hacerlo, a juicio de quienes decidieron esta posibilidad: El enfermo debía padecer un proceso incurable, asociado a sufrimiento severo no controlable, y todo ello debía conocerlo el paciente, así como las eventuales alternativas terapéuticas que pudiera haber; el médico debía estar convencido de que esa situación no se derivaba de un mal tratamiento, es decir, que se habían puesto todos los medios médicos para la solución del problema de ese paciente concreto; la decisión de morir como consecuencia del sufrimiento debería proceder de forma clara, repetida y libre del propio enfermo —son calificativos de los cuales es difícil estar seguro—; el médico debía estar seguro de que el paciente no tenía alterada su capacidad de juicio y era capaz de entender todo lo que implicaba su petición; la asistencia médica al suicidio solamente podría darse en el contexto de una relación médico-paciente óptima y, en la medida de lo posible, con un conocimiento previo directo por parte del médico de la enfermedad. Decían también que era necesaria la consulta y la opinión de un segundo profesional experto para poder asegurar que la propuesta del enfermo era voluntaria y racional, así como que el diagnóstico era seguro y que el pronóstico era claro. Todo esto debía ir por escrito, con constancia firmada por todas y cada una de las partes implicadas.

En España, en el medio en el que yo me muevo y hasta donde yo sé, esto no pasa de ser una teoría. Va entrando a nivel de información por parte del colectivo médico más implicado en estos aspectos; por parte de la gente en general todavía no se conoce o se conoce muy poquito, y en la práctica no se da de ninguna forma. En todo caso, este tema, tal como yo lo entiendo, entraría dentro del artículo 143 del Código Penal, al que me he referido antes.

No voy a decir muchas más cosas. Hay otros temas, como el de los testamentos vitales, del que supongo que también se ha hablado aquí. Nosotros los médicos nos los encontramos raramente, eso sí que ha sido más teoría que práctica. La gente no suele ir con su testamento vital en el bolsillo, ni los familiares lo tienen, pero van apareciendo y van a ir apareciendo cada vez más. Cuando aparece un papelito de estos al profesional se le plantea un problema grande, aunque la variabilidad individual entre los profesionales en relación con la opinión que tienen sobre este punto es muy grande. El problema que se le plantea es hasta qué punto se siente vinculado o comprometido por lo que dice ese papel, porque, por una parte, todos sabemos que expresa una voluntad firme y decidida de un señor, pero también sabemos que lo hace a partir de una situación y en unos momentos que tienen poco que ver con la realidad actual y que es posible que eso no fuera así; por otra parte, tampoco debiera interpretarse como artículo de fe lo que diga una persona en un tema tan complejo como el que nos ocupa. Yo creo que este tema requiere un debate mucho más amplio por parte de la sociedad, exige más información, y lo que debemos hacer es conocerlo más.

En cuanto al tema de la muerte digna creo que tiene mucho más de literatura que de realidad. Un ilustre director de una revista médica de mucho prestigio decía que hablar de muerte digna viendo cómo funcionan nuestros hospitales y cómo se muere la gente allí era una especie de sarcasmo, y que más bien había que intentar no añadir indignidad al hecho de la muerte. Aranguren escribió sobre la muerte digna —quizá también lo han comentado aquí— y para él tenía muchos más aspectos estéticos que otra cosa: morir en la casa, en compañía de la gente que uno ha querido, morir más o menos como uno ha vivido y sin que le martiricen con medidas inútiles en el último momento. Ésa sería la muerte digna para Aranguren.

Me gustaría insistir en que el cambio del Código Penal anterior al actual, de lo que decía el artículo 402 —me parece que era— a lo que dice el 143, ha sido un cambio a mejor, matiza mucho más y suaviza bastante, pero ya adelanto que no tengo claro si debe legislarse sobre este tema o no. Por ejemplo, Diego Gracia cree que no se debe legislar de una manera muy expresa sobre este tema; probablemente tenga razón. Si se legisla no debe hacerse, a mi juicio, con una carga fundamentalmente punitiva. Lo que uno lee aquí es lo siguiente: «El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, sería e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos...» Se hacen toda una serie de matizaciones muy importantes: «petición expresa, sería e inequívoca por parte de la víctima, enfermedad grave que condujese necesariamente a la muerte o que produjese graves padecimientos difíciles de soportar...». Con todo y con eso a quien causare la muerte en estas circunstancias se le castiga con penas atenuadas, pero, en todo caso, no bajan de dos años en un caso y de seis años en otro, según haya o no muerte. Yo creo que eso es excesivo. A mí me gustaría que estas penas se suavizaran más.

Nada más y muchas gracias. Ustedes verán qué quieren que comentemos.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Ribera Casado.

Como siempre, vamos a abrir un turno de portavoces.

En primer lugar, le voy a dar la palabra al portavoz del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió, al Senador Capdevila i Bas.

El señor CAPDEVILA I BAS: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida y las gracias al señor José Ribera Casado por la excepción del tema que ha hecho.

Nosotros, en realidad, no somos expertos. Venimos aquí para aprender y tomar en consideración las exposiciones de los conferenciantes que tienen a bien efectuar estas comparecencias. No es que usted se haya repetido, porque el tema en sí, el de la gente mayor, es muy específico y los demás conferenciantes lo han tocado un poco por encima.

Se ha referido usted a la aplicación de analgésicos para aliviar los síntomas y ha dicho que acortan la vida, y no parecía que usted compartiera esta práctica. De todas formas, el señor Octavi Quintana nos ha manifestado que aquí en España esa práctica es muy débil, de un tercio respecto de los demás países, por ejemplo, de Inglaterra.

El señor Octavi Quintana ha manifestado que facilitar este tipo de medicina paliaría, quizás, un poco el tema de la eutanasia. Enlazamos aquí un poco con la cuestión de la muerte digna, de fallecer sin sufrir los martirios de los medios mecanizados. Quisiera saber qué opina usted sobre este tema.

Parece ser, por lo que ha manifestado, que la aplicación de la eutanasia pasiva es una práctica más o menos habitual dentro de los hospitales. Me gustaría que nos hablara también sobre este tema así como de la diferencia que existe entre la eutanasia activa, en la que hay un tercero que pone la mano y ejecuta, y la pasiva-activa, en la que se dan unos medicamentos que acortan la vida.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Capdevila.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al doctor Ribera y plantearle una primera cuestión. Usted ha comentado que la decisión de no realizar ningún tratamiento y la de limitar el esfuerzo terapéutico están a la orden del día en los pacientes mayores. Pues bien, los informes que se han realizado, por ejemplo, en Holanda, que es donde está regulada de una determinada manera la eutanasia, vienen a confirmar esto. Cuando hablamos de eutanasia activa directa la mayoría de las peticiones son de pacientes jóvenes y con cáncer y no de ancianos. Estos datos rebaten ese argumento de que vamos a acabar matando a todos los ancianos porque puedan suponer una carga y que puede presionarles.

Aunque la práctica de la eutanasia activa en ancianos sea excepcional, quisiera saber si usted cree que se debería regular; si considera que está justificada en determinados casos y se debería regular, si no despenalizando, sí a lo mejor determinando, si se cumplen unos requisitos, los eximentes para que los médicos no fueran a la cárcel por ese motivo, par que no se vieran inmersos en un proceso judicial.

Quería hacerle otro comentario sobre los cuidados paliativos. Todos coincidimos en que tienen que ser una condición previa. Lo han estado comentando todos los comparecientes que han intervenido en esta Comisión y todos estamos de acuerdo con ellos. Tiene que ser una propuesta que hagamos de forma obligatoria a todos los enfermos que lo necesiten. Pero estas unidades de cuidados paliativos no están suficientemente desarrolladas. Además, la mayoría se han puesto en marcha dentro de servicios de oncología donde el 90 por ciento de los pacientes que atienden tienen cáncer y de éstos pocos son ancianos. De

los ancianos que mueren en nuestro país —y supongo que en los demás— no llegan ni a un 20 por ciento los que son pacientes oncológicos. La mayoría puede estar en situación terminal, pero no por un cáncer, y no se les atiende, más que excepcionalmente, en esas unidades de cuidados paliativos. Por eso quería preguntarle si están suficientemente desarrolladas otras fórmulas, tales como equipos de asistencia domiciliaria o equipos que presten estos cuidados en residencias de ancianos. Quería saber si se ha avanzado en esta cuestión porque ya en el plan gerontológico que se aprobó a principios de la década se incluía una atención integral domiciliaria a ancianos en situación terminal.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

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

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenas tardes, doctor Ribera, le doy la bienvenida a esta Comisión en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

A mí me ha parecido que ha hecho una exposición interesante desde su punto de vista de experto geriatra. No obstante, aprovechando la experiencia que usted, sin duda, tiene y que es reconocida, quisiera hacerle algún comentario seguido al final de una pregunta, espero que fácil.

No hay duda de que cuando se habla de eutanasia activa se refiere generalmente a los enfermos terminales y no tanto por el hecho del proceso terminal, sino por la presencia del dolor físico o psíquico insoportable. Usted ha expuesto muy bien las posibilidades de la práctica de la eutanasia activa en personas mayores en estado terminal, pero no por un proceso patológico, sino por el deterioro lógico de las personas muy longevas, dado que en la actualidad la expectativa de vida en el mundo occidental es muy alta.

Dado que ha habido grandes avances en el tratamiento del dolor, la sensibilidad o el debate social sobre la eutanasia ha disminuido de manera ostensible. Por eso, yo estoy convencido de que con los avances que se están produciendo en el tratamiento de estas personas muy mayores —vamos a llamarles así porque no les gusta lo de la «tercera edad»—, con la mejora de las medidas de atención —hospital de día, asistencia a domicilio, posibilidades de asistencia social, etcétera—, prácticamente ya nadie va a considerar la posibilidad de pensar en la eutanasia.

¿Cuál es su opinión en este sentido, dada su gran experiencia, no sólo con pacientes, sino personal, familiar y social, que creo que también influye bastante a la hora de tomar este tipo de decisiones?

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Gutiérrez Ruiz.

Tiene la palabra el doctor Ribera.

El señor RIBERA CASADO: Muchas gracias a todos.

Contesto, en primer lugar, al señor Capdevila. Me he debido de expresar mal. Sí que soy partidario de dar analgésicos, los que hagan falta. No tengo ningún escrúpulo. Si se me ha entendido otra cosa es que me he expresado mal. Una de las pocas cosas que los médicos podemos ofrecer según en qué situaciones es aliviar síntomas, y el síntoma que más preocupa habitualmente a las personas, quizá no el que más porque, por ejemplo, quedarse tonto, parálisis o incapaz les preocupa por lo menos tanto como el dolor. El dolor les preocupa muchísimo. Además, el dolor es una de las pocas cosas en las que la medicina puede actuar definitivamente. El dolor se puede controlar siempre, por un sistema o por otro, y prácticamente no hay situaciones en las que no se pueda llegar a controlar. Yo sí que soy partidario de dar analgésicos.

En cuanto a lo que ha dicho el Doctor Quintana, estoy de acuerdo con ello y, además, es absolutamente cierto. Lo que pasa es que cuando él dice que aquí se administra un tercio menos de paliativos que en el Reino Unido, probablemente se esté refiriendo a la morfina y a los opiáceos. Y es que, en relación con esta cuestión, es cierto lo que siempre dicen los profesionales que trabajan con paliativos: que en España se manejan este tipo de compuestos bastante menos que en otros países.

En todo caso, lo que no manejamos menos es otro tipo de analgésicos que a veces también son efectivos. Es cierto que a veces hay que recurrir a opiáceos, pero aquí, no sé si debido a las enseñanzas que hemos venido recibiendo en las Facultades varias generaciones de médicos, el caso es que hemos sido educados un poco en el miedo a la morfina. Por ejemplo, siempre se nos ha hablado de la habituación y de sus posibles efectos secundarios, pero en estos casos esto no supone casi ningún problema puesto que las esperanzas de vida de estas personas son muy cortas, y por eso mismo las posibilidades de que puedan habituarse son nulas. Quizá por eso, y también por otras razones, ha habido mucha dificultad para hacerse con esos paliativos. Por ejemplo, había unas recetas especiales para administrarlos, y el que te las pudieran robar suponía un miedo espantoso por el problema enorme que se generaba. Siempre había gente dispuesta a robarnos las recetas. Por otra parte, tampoco los laboratorios que los producen han puesto énfasis, que es una manera de aumentar el uso de este tipo de medidas, como han hecho con otros preparados. Lo cierto es que se manejan menos.

Personalmente, si tengo que recetarlos, los receto. Si con niveles de analgesia más suaves no se consigue el efecto analgésico deseado, recétense los opiáceos. Repito que estoy totalmente de acuerdo con lo que ha dicho esta mañana el Doctor Octavi Quintana.

Respecto a la segunda cuestión, sí creo que hay diferencias entre la eutanasia activa y el suicidio asistido. En cuanto a si eso es rizar el rizo, no lo sé. En la eutanasia activa el paciente suele decir lo siguiente: Yo ya no tengo nada que hacer. Le pido que me dé la pastilla que sea, o que de la manera más suave que se le ocurra me solucione el problema. Entonces, el médico actúa, o el hijo o la mujer. Ésa es la eutanasia activa.

El suicidio asistido no es eso. El médico le dice al paciente: Si usted cree eso, allá usted. Yo le informo de cómo puede hacerlo y si quiere le oriento, pero el que en el fondo lo va a hacer es usted. Considero que no es banal ese matiz. Creo que ésa es la diferencia fundamental. ¿Quién es el protagonista? ¿Quién es el sujeto activo del fallecimiento de esa persona?

No sé si su señoría se ha referido a alguna otra cosa.

El señor CAPDEVILA I BAS: Le he preguntado, por la experiencia que usted tiene, si es habitual la eutanasia pasiva.

El señor RIBERA CASADO: Sí, eso es muy habitual y, además, nadie se escandaliza. Por lo menos en los hospitales eso es el pan nuestro de cada día. Y no creo que el Doctor Quintana haya dicho que este procedimiento se usa poco. Creo que se utiliza bastante. Es posible que él maneje datos estadísticos, pero yo lo veo frecuentemente en el hospital. Por ejemplo, un paciente ya no tiene solución, está malísimo y tiene fuertes dolores. Pues en ese caso se le dice que se tome esa determinada pastilla o se le suprime, por ejemplo, una transfusión. Es decir, que todo ese tipo de medidas son bastante corrientes. En las casas esto se mide peor, pero en los hospitales repito que es algo bastante corriente.

En cuanto a la Senadora Rodríguez Fouz, estoy bastante de acuerdo con muchas de las cosas que ha dicho aunque no lo estoy tanto con otras.

Empezando por el primer punto, creo que no está tan claro que sean los jóvenes los que más solicitan la eutanasia activa. Es posible que eso sea así en términos relativos, pero en términos absolutos probablemente no es cierto puesto que el mayor número de muertes se da entre los viejos. Si se nos pregunta que quiénes nos lo piden más, si jóvenes o mayores, la respuesta es, probablemente, que nos lo piden más los viejos que los jóvenes.

Pero en eso de pedir la eutanasia también puede existir una licencia del lenguaje porque, en general, tampoco se suele pedir de un modo directo. Es cierto que el señor Sampedro la pedía así, directamente, pero es una excepción. También hay otras maneras de pedirla, a veces por medio de insinuaciones o de sugerencias. Pero a veces se pide directamente, sobre todo si la enfermedad continúa y la persona está lúcida. Ésta es una diferencia importante respecto de los jóvenes. Las posibilidades de que una persona esté lúcida son mucho menores en la medida en que el protagonista de la historia tenga más años; ahí intervienen incluso terceras personas y la cosa se complica muchísimo más. Es más, el profesional se siente más proclive a escuchar una petición de ese tipo de una persona de 70 años que la de un joven de 25 por muchas razones fácilmente comprensibles.

En cuanto a si habría que regular eximentes, ya he dicho que este artículo del Código Penal me parece duro, por tanto, suavizarlo me parecería bien. El problema que le veo a legislar sobre la eutanasia —problema que están teniendo ahora mismo los holandeses— es que existe el riesgo de caer en la casuística. Esta cuestión resulta muy

difícil ya que las variaciones son muy grandes, con lo cual, no serían muchas las posibilidades de hacer un código que recogiera todos los casos. En ese sentido, quizá sería mejor no hacer nada o generalizar y, eso sí, habría que suavizar las penas.

En el apartado 4 del artículo 143 del Código Penal se establece lo siguiente: Petición expresa, seria, inequívoca. Víctima con grave enfermedad que condujese necesariamente a su muerte o que va a dejar un grave padecimiento permanente. Pues bien, castigar a una persona con seis años de cárcel porque le informe, es decir, porque haga esto del suicidio inducido, me resulta excesivo. Creo que, de haber una legislación en el futuro sobre esto, debería ser más suave en estas cuestiones se expresase como se expresase.

En cuanto a las demás cuestiones, estoy de acuerdo con lo que su señoría ha dicho. Respecto de los cuidados paliativos, evidentemente, cuantos más haya más se irá solucionando todo este problema. Es cierto que han nacido una serie de unidades —aunque todavía no son muchas— fundamentalmente a partir de la oncología. Y también es cierto que no es el campo oncológico el único ni probablemente el más numeroso a este respecto. Nuestro campo es posiblemente más numeroso que el oncológico. De hecho, en la Sociedad Española de Geriátrica están entrando muy fuerte los cuidados paliativos, y se espera que se amplíe aún más en los próximos años. Lo que ocurre es que en este país hay todavía pocos geriatras.

En cualquier caso, ya hay geriatras que empiezan a formar parte de determinadas unidades de cuidados paliativos. En este momento tenemos en estudio la posibilidad de hacer unidades conjuntas, cosa que también se está potenciando desde el Ministerio. Creo que el futuro va a ir por ahí. Profesionales de diferentes áreas, oncólogos, anestesiólogos y también geriatras podrán trabajar juntos en este terreno.

Su señoría me ha preguntado algo que me parece muy importante: si se reduciría el problema de desarrollarse la asistencia geriátrica. Es evidente que sí reduciría el problema. El último Plan Gerontológico es del año 1993, Plan que se está cumpliendo muy poco y muy mal. Buena parte de lo que en él se ha previsto, desde el número de camas por cada cien habitantes, hasta la implantación de unidades geriátricas en los hospitales, está muy lejos de un cumplimiento real. Eso es así.

En cuanto a otro tipo de previsiones, por ejemplo, los hospitales de día o las unidades de atención a domicilio, han crecido muy despacio. Cuando vamos al Ministerio a plantear estas cosas desde la Sociedad de Geriátrica, siempre se nos dicen cosas como éstas: se nos habla, por ejemplo, de las prioridades, de que los recursos son limitados y de que hay que priorizar. Pero los viejos casi nunca están entre las prioridades. En ellas están las listas de espera y otras cosas, pero los viejos nunca están. Yo creo que este tipo de medidas aliviarían estos problemas y otros muchos, incluidos algunos económicos que tanto preocupan a las Administraciones, como es lógico. En eso estoy totalmente de acuerdo.

Respecto a lo que preguntaba el Senador Gutiérrez, está en la misma línea de lo que ha preguntado la Senadora. Si

mejoran las ofertas, se atenúa el problema. Yo creo que esa sugerencia que usted hacía en su pregunta es obvia, evidentemente. El que haya unidades de atención a domicilio mejora la calidad de la existencia, alivia la situación, pero el problema de que el señor se está muriendo, lo está pasando muy mal y en un momento determinado desea acabar seguirá existiendo. No desaparece el problema, pero, probablemente, se atenúa muchísimo. Yo creo que las unidades de atención a domicilio, así como las de paliativos, son vías claras de poder arreglar en gran parte el problema.

He tomado apuntes, pero no he entendido muy bien lo que ha dicho sobre la eutanasia activa, los enfermos terminales y la expectativa de vida.

La señora PRESIDENTA: Tiene nuevamente la palabra el Senador Gutiérrez.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Únicamente quería decir, de manera muy esquemática, que igual que se considera habitualmente que el paciente en estado terminal (con una patología tumoral irreversible o con un grado de dolor físico o psíquico insostenible) es un candidato teórico o, por lo menos, es al que nos referimos cuando se habla de eutanasia, surge también la posibilidad de que dicho candidato sea un paciente terminal por el propio deterioro de la longevidad, hablando ya en unos términos de expectativa de vida muy alta.

Mi pregunta era en parte lo que había iniciado ya usted. Evidentemente, ya sé que el problema no se obvia de una manera absoluta con ese tipo de medidas, pero qué duda cabe que cambiarían las condiciones sociales, económicas y personales del paciente y de su familia. Indudablemente, el debate sobre la eutanasia en este tipo de pacientes o, simplemente, el pensamiento acerca de ella, disminuiría en un grado muy importante. Yo soy médico y, lógicamente, mi condición es curar y no matar, que es lo que nos han enseñado, por lo que creo que es mejor prevenir que curar. Ése era el sentido de la pregunta. Quería saber si usted está o no de acuerdo conmigo.

El señor RIBERA CASADO: Básicamente sí.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Ribera.

¿Algún señor Senador desea intervenir? (Pausa.)

Tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Voy a intervenir muy brevemente.

Me he olvidado antes de hacer referencia a los testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas. La Comisión Asesora de Bioética de la Generalidad de Cataluña ha emitido un informe donde indica que esos documentos de voluntades anticipadas, en los que uno puede establecer la prioridad de los valores que quiere que se respeten, siempre que se vayan renovando periódicamente, han de tener más validez, han de ser respetados. Obviamente, establece el límite del actual Código Penal.

Le quería preguntar si usted cree que es posible que también fuera respetada la voluntad referida a una petición de ayuda para morir y si cree que esto debería ser renovado hasta el último momento, si no valdría un testamento vital emitido, por ejemplo, por una persona en el momento en que conoce que tiene una determinada enfermedad y sabe cómo va a evolucionar, diciendo que cuando llegue a un punto determinado no quiere seguir viviendo. Quisiera saber si cree que eso debería ser también respetado o no.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el doctor Ribera.

El señor RIBERA CASADO: Yo creo que es un tema muy difícil. Hace bastantes años hice una encuesta, un poco de andar por casa, pero a la que contestaron casi mil personas, sobre si en caso de que hubiera seguridad de que una enfermedad era mortal de necesidad y no hubiera posibilidad de luchar contra ella, el interesado desearía ser informado o no. Mis preguntas eran: ¿Usted querría que se lo dijese, sí o no? ¿Por qué? A su padre o su madre ¿querría que se lo dijésemos? ¿Por qué? Y a su pareja, ¿querría que se lo dijésemos, sí o no? Yo no doy mucha validez a las respuestas, por muchas razones, pero, entre otras, porque no es lo mismo hablar en frío que en caliente. Concretamente, había un médico de mi hospital, que en ese momento debía de tener cuarenta y tantos años, que me devolvió la encuesta un viernes y el lunes vino apresuradamente a decirme: Dame otra vez la encuesta porque he puesto que sí lo quería saber, pero este fin de semana me he tocado un bulto en el pecho, me voy a hacer una biopsia y ya no estoy tan segura.

Efectivamente, hacer un testamento vital es más que rellenar una encuesta. La persona se lo ha pensado, es un acto positivo, ha hecho el esfuerzo, ha buscado unos testigos —además se hace siempre con testigos—, pero si lo ha hecho a los 50 años y se saca a los 76, yo personalmente me siento poco obligado con ese testamento vital, a menos que haya habido una especie de renovación periódica, de afirmación, como en el carnet de conducir. Hay que tener en cuenta que las circunstancias de todo tipo varían muchísimo, incluidas las médicas, pero también las sociales y las psicológicas. Es decir, es muy difícil decirlo. Si es muy reciente y es repetido hay que tenerlo en cuenta, pero yo no me siento ligado al cien por cien. A lo mejor también se ven otras cosas.

Hay cuatro elementos, lo mismo que en la decisión de informar, con los que hay que jugar. El primero, quizás el más importante, es lo que piensa el interesado, si está en condiciones de pensar, que, insisto, en el caso de los viejos con mucha frecuencia no ocurre. El segundo es el propio proceso, la enfermedad. Por ejemplo a mí me ha pasado ir a ver a un paciente que tiene un dolor y pedirme que si lo que tiene es un infarto no se lo diga. Si tiene un infarto, yo se lo digo al minuto siguiente y, si no, que llame a otro, porque con el infarto puede morir o no, pero, desde luego, si no se muere le voy a pedir su colaboración y para ello se lo tengo que decir. Es decir, hay que considerar el

tipo de enfermedad, si va a incapacitar o no, si va a doler o no. El tercer elemento es la familia —e incluyo también a los amigos—, que pesa —iba a decir incordia, entre comillas— y es muy importante. No siempre está en la línea del paciente, es decir, no siempre el interés del señor que se muere es el mismo que el de su familia y a veces lo ves de forma evidente, otras veces puedes sospecharlo y siempre tienes que tenerlo presente. A veces la familia es una ayuda, un apoyo, hay que contar con ella, pero es un elemento más. El cuarto elemento es la propia experiencia del profesional, que también cuenta, evidentemente.

Yo creo que hay que tener en cuenta estas cuatro patas del banco, aunque unas veces más que otras. Para el señor que está demenciado, probablemente la primera, lo que piensa, no cuenta nada o muy poco, pero para el que está lúcido debe contar muchísimo.

No sé si con esto contesto un poco a lo del testamento.

De todas formas, aunque no sé exactamente qué es lo que ha hecho la Generalitat, yo creo que es un tema que va a ir a más, y la prueba está en que hasta los obispos han hecho uno y eso es síntoma de tomárselo en serio.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.  
Tiene la palabra la Senadora Virgili.

La señora VIRGILI I RODÓN: Muchas gracias.  
Sólo voy a hacer una breve reflexión.

¿No creéis que los médicos tenéis un poco el peligro de consideraros como el juez y árbitro, más capaces de juzgar las conveniencias y las necesidades del paciente que el mismo interesado?

En cuanto al vocabulario, a mí me gusta más que me llamen enfermo que paciente. Aunque soy sujeto paciente en cuanto que tengo una enfermedad, también soy sujeto agente en cuanto que puedo decidir un poco sobre mi enfermedad. Yo creo que todo el mundo tenemos cierta deformación profesional, pero yo pregunto si sois conscientes de esta posibilidad.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señora Virgili.

Tiene la palabra el doctor Ribera.

El señor RIBERA CASADO: Yo creo que es verdad, que tenemos ese riesgo y, además, caemos en él. Personalmente, no me cabe ninguna duda, pero matizo. ¿Por qué tenemos ese riesgo? Por muchas razones, pero, entre otras, porque muchas veces en estas situaciones que rodean todo el complejo mundo de la muerte de una persona se nos pide que desempeñemos un papel que casi es el de director de orquesta. Están esperando a ver qué dices y

qué haces. Todo el mundo te mira y a veces tienes que hacer cosas que no tienen nada que ver contigo como, por ejemplo, orientar sobre el entierro o sobre los papeles que hay que buscar. Se te pide ese papel y considero que es un riesgo. Hay un artículo muy bonito que trata sobre las funciones del médico, los riesgos del «dios», el juez. Es cierto. Estoy de acuerdo en que debemos ser conscientes y humildes, pero a veces la sociedad te fuerza un poco a esa situación.

Respecto al término paciente, a mí tampoco me gusta mucho esta palabra, pero es muy difícil encontrar vocablos. Ya hemos visto que con el término viejo pasa lo mismo. Como anécdota, mencionaré que había un médico que hizo la residencia de medicina interna en nuestro hospital. Al acabar no tenía trabajo, se matriculó en estomatología y se hizo dentista y venía a vernos. Le preguntaron qué diferencia había entre la Escuela de Estomatología y la Facultad de Medicina y decía: Es muy parecido, la diferencia es que allí a los pacientes les llaman clientes. (*Risas.*)

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Ribera Casado.

Quiero volver a agradecerle, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, su presencia aquí esta tarde, su intervención, la exposición que nos ha hecho, que seguro nos será de gran ayuda para los trabajos que esta Comisión tiene que realizar en el futuro.

Quiero que sepa que le voy a enviar una nota al Presidente de la Comisión de Sanidad, que creo es donde se está tramitando la Ponencia sobre la Tercera Edad, con sus observaciones sobre el disgusto que produce que se les denomine de la tercera edad y que prefieren ser llamados personas mayores.

El señor RIBERA CASADO: Eso es anecdótico. Si le manda una nota dígame que me inviten también a esa Comisión. (*Risas.*)

La señora PRESIDENTA: De acuerdo. Si quiere convertirse en un habitual del Senado, con mucho gusto le volvemos a llamar. Así se lo diré. En todo caso, se lo agradecemos.

Gracias también, señorías, por su atención, su presencia y su interés.

Antes de levantar la sesión, ruego a los miembros de la Mesa y a los Portavoces permanezcan unos momentos más.

Se levanta la sesión.

*Eran las diecisiete horas y veinticinco minutos.*