

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. DOÑA MARÍA
ROSA VINDEL LÓPEZ

celebrada el martes, 16 de febrero de 1999

ORDEN DEL DÍA:

Elección de Secretario Segundo de la Comisión (Número de expediente 541/000025).

Comparecencias:

- De don Francesc Abel Fabre, Director del Instituto Borja de Bioética y Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Número de expediente 715/000274).
- De doña Juana Teresa Betancor Gómez, Profesora de Bioética de la Universidad de Barcelona y Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a morir Dignamente (Número de expediente 713/000742).
- De don Alfredo Calcedo Ordóñez, Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (Número de expediente 715/000275).

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

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

La señora PRESIDENTA: Buenos días, señorías. Se abre la sesión.

En primer lugar, y dado que están presentes casi todos los portavoces, les pregunto si se puede considerar aprobada el acta de la sesión anterior. Muchas gracias, señorías. Se da por aprobada.

— ELECCIÓN DE SECRETARIO SEGUNDO DE LA COMISIÓN (541/000025).

La señora PRESIDENTA: Antes de comenzar con el desarrollo del orden del día previsto para hoy he de informarles que se ha producido la baja en la Comisión del Senador García Miralles, que desempeñaba el cargo de Secretario Segundo. Para cubrir dicha vacante se ha presentado únicamente una candidatura, por el Grupo Parlamentario Socialista, la del Senador don José Antonio Beltrán Miralles.

De acuerdo con la práctica de la Cámara y al no existir más que un candidato, les pregunto si puede someterse su elección directamente a la aprobación de la Comisión por asentimiento. ¿Se puede considerar así? (*Asentimiento.*)

Ruego al Senador Beltrán Miralles que ocupe su sitio en la Mesa y, en nombre de los miembros de la Comisión, le doy la bienvenida a la misma.

— COMPARECENCIA DE DON FRANCESC ABEL FABRE, DIRECTOR DEL INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA (715/000274).

La señora PRESIDENTA: Seguidamente continuamos con el desarrollo del orden del día.

En primer lugar, la comparecencia de don Francesc Abel Fabre, Director del Instituto Borja de Bioética y Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Le doy la bienvenida, doctor Abel, en nombre de los miembros de la Mesa de la Comisión. Seguidamente, le voy a ceder la palabra para que se dirija a la misma por un tiempo no superior, si es posible, a 20 minutos. Cuando quiera, doctor.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA (Abel Fabre): Señora Presidenta, señorías, es para mí un motivo de gran satisfacción estar aquí para ver si es posible que no enredemos más las cosas de lo que ya están enredadas respecto de este tema tan complejo y difícil que yo he calificado, a veces, de «baile de las tanasias», pues se habla de eutanasia, ortotanasia y otra serie de nombres que acaban en tanasia, lo cual es un lío. Ade-

más, es difícil despejar las incógnitas en la medida en que pongamos adjetivos a estos nombres.

Los problemas más difíciles son los que hacen relación a las peticiones de muerte de pacientes que solicitan la eutanasia por haber sido tratados de manera distanásica. Por lo tanto, no voy a entrar en líos ni en matizaciones sobre estos términos, salvo que entrados ya en la discusión ustedes quieran que haga precisiones sobre los mismos.

Voy a ir directamente al grano y a centrarme en la temática que en nuestro país y en muchos países europeos se presenta sobre las peticiones de acortar el tiempo de vida y lo que se llama derecho a morir. Según nuestro ordenamiento jurídico, la vida como bien jurídico no disponible por el propio sujeto es susceptible de la máxima protección legal. Esto es un principio. La vida es un bien jurídico no disponible por el propio sujeto y, además, requiere la máxima protección legal, de tal manera que el atentado contra la vida ha de figurar en el Código Penal.

La cuestión de fondo que se presenta en el debate, de una manera especial en estos últimos años, yo la formularía así: Si la defensa de la vida como valor ético jurídicamente protegido admitiera excepciones en el caso de dolor o sufrimiento insoportable de una persona, de tal manera que si otra la ayuda a conseguir este propósito, su conducta, tanto si es de cooperación necesaria como si causa la muerte, no habría de ser penalizada. Esto es lo que pretende un grupo de nuestra sociedad que yo no creo que sea muy numeroso y, ciertamente, es menos numeroso en la medida que entiende qué es aquello que se solicita.

Se supone que si se realiza esta despenalización favoreceremos el bien común o el bien de la sociedad y de los individuos. Ahora bien, si aceptamos que éste es el problema y creo que lo es, necesariamente debemos sopesar las ventajas y los inconvenientes que tendría una despenalización total en relación con el principio de inviolabilidad de la vida humana que protege nuestro ordenamiento jurídico.

Respecto de este particular hay que decir que hay una confusión muy grande entre conceptos, entre el concepto de eutanasia y el de morir dignamente. Afirmaré lo siguiente: morir dignamente no se identifica necesariamente con el ejercicio de la eutanasia; por otro lado, el ejercicio de la eutanasia no garantiza necesariamente una muerte digna. Es muy importante que esto lo tengamos en cuenta, porque determinados grupos sociales actúan con militancia cuando fomentan o al menos no clarifican la relación que existe entre la petición de eutanasia y la de morir dignamente.

Cuando introducimos el término «dignidad» nos encontramos con otra fuente de confusiones. Dignidad es una palabra polisémica, tiene muchos matices y puede definirse de distinta manera, por lo que es difícil que podamos llegar a un acuerdo. Solamente a nivel de precisión, diremos que cuando se habla de dignidad podemos referirnos a dignidad ontológica, a dignidad ética, a dignidad desde la perspectiva jurídica y a la dignidad que denominaría volitiva.

La dignidad ontológica parte de una dimensión filosófica en la cual se identifica el hecho de la dignidad como expresión sublime de lo que es toda persona humana al margen de las condiciones en que se encuentre; es algo in-

herente que no puede perderse, es decir, es una dignidad que existe por el solo hecho de ser persona. Ésta es la dignidad ontológica. Pueden darse circunstancias que hagan que el vivirlo sea realmente difícil y que las condiciones sean inhumanas o indignas, pero la persona mantiene su dignidad. Ésta es la dignidad ontológica.

Esta dignidad ontológica se puede identificar o no con la dignidad ética, dignidad ética que también es defendible y que de hecho defienden aquellos partidarios de la dignidad ontológica, pero pueden separarse, por ejemplo, en una línea kantiana, en la cual se dice que la persona no se puede vender ni comprar y que toda persona ha de ser tratada como fin y no como medio, como habrán oído ya muchas veces. Ahora bien, la dignidad ética se articula jurídicamente de tal manera que es obligatorio respetar la dignidad de raíz ontológica, y cuando esto es protegido por la ley y es identificable con la defensa de los derechos humanos nos referimos a la dignidad en el orden jurídico.

Pero hay un problema de fondo que crea más confusión en las discusiones sobre eutanasia: la tensión que existe con la concepción de libertad. La dignidad está ligada al concepto de libertad y no tanto al concepto de responsabilidad, es decir, esta dignidad volitiva que realmente hemos de reconocer que tiene una raíz en la esencia de la persona por cuanto toda persona ha de tener esta posibilidad de expresión de su libertad y esta libertad ha de ser respetada, y ello hay que distinguirlo de lo que representa toda libertad que se reconociera sin límites. Pues bien, en la polémica cuestión de muerte digna y eutanasia la dignidad ontológica y la dignidad volitiva centran el debate, es decir, por una parte están aquellos que dicen que toda persona por el simple hecho de ser persona es digna y por tanto no se puede atentar para nada contra esta vida porque eso objetivamente sería realmente un atentado a los derechos humanos y, por otra, están los que mantienen que cuando una persona quiere que realmente se ponga fin a su vida, por las razones que fueren, este deseo ha de ser respetado porque la característica fundamental de la dignidad de la persona está centrada en el ejercicio de su libertad. Pero como la discusión que nosotros tenemos en el debate sobre la eutanasia no es una discusión sobre diferencias posibles entre libertad y libre albedrío ni es una discusión estrictamente filosófica, sino que es una discusión que tiene importantes consecuencias sociales como puede ser el hecho de que la legislación, con su función pedagógica, disminuyera el respeto a la vida humana, entonces el problema es muy serio.

Yo, tocando el ámbito de la libertad, me pregunto cómo se conjugan los elementos de libertad y los elementos de vulnerabilidad en el supuesto de una persona que se encuentre en una situación de máximo abandono, es decir, en el momento en que la persona es muy vulnerable. Pongamos un ejemplo. En una enfermedad terminal o en una soledad radical es comprensible que una persona desee poner punto final a su vida, ¿pero es esto ejercicio de la libertad o bien se da la circunstancia de que precisamente la sociedad no da los medios suficientes para que esta persona pueda ejercer su libertad y sea víctima de una situación de vulnerabilidad o de soledad radical en la cual la vida para

él o para ella no tenga ningún sentido? Ante esto, una pregunta que conviene hacer es si no se hace necesario priorizar la responsabilidad sobre la libertad, porque la pérdida global de sentido podría justificar ciertas decisiones voluntarias, que no libres pero que son voluntarias, en situación totalmente desesperada, y esto lo vemos y esto lo vivimos. El hecho de que una persona desee morir porque su vida ha dejado de tener sentido es algo que no puede dejar indiferente al ciudadano. ¿Y qué vamos a hacer? ¿Vamos a acceder a esta voluntad o vamos a crear las condiciones en las cuales la persona pueda ver qué posibilidades existen realmente de recuperar el sentido de la existencia?

Según estas perspectivas que llevo analizando hasta este momento, nos encontramos ante una situación en la que desde el punto de vista jurídico sería un grave error bajar la guardia y despenalizar totalmente la eutanasia, pues si aceptamos que se admitan excepciones nos vamos a encontrar ante callejones sin salida y ante dificultades para evaluar en qué casos realmente aceptamos la libertad del individuo y en qué circunstancias nosotros cerramos los ojos y aceptamos decisiones voluntarias, que no libres, fruto de la presión psicológica, fruto del sufrimiento, fruto de lo que representa la situación de desespero. Éste es el primer punto que quisiera tratar hoy.

El segundo punto hace referencia a la función de un profesional, de una manera especial el médico, aunque podría incluir enfermería, pero para no complicarlo me referiré sólo al médico. El médico es socialmente aceptado como persona cuyo arte es el curar y, en este sentido, garante del bienestar social. Si el médico se convierte en instrumento de acción, digamos, de ayuda a morir, como ayuda eficaz, como causa de la muerte, como ejecutor de la eutanasia, podría ser percibido como amenaza potencial para pacientes vulnerables, lo cual, creo, no beneficiaría a nadie. La actitud del médico ha de ser de compañía al enfermo cuando no puede ofrecer la curación, ha de ser de soporte emocional, ha de ser la de estar a su lado en una actitud de velar por el enfermo. Y hay que decir al respecto que socialmente y desde el punto de vista jurídico hay confusión, y esta confusión se ha potenciado tanto o más desde una célebre encuesta hecha por el Colegio de Médicos de Barcelona, pues o no tuvieron buenos traductores o no entendieron lo que leyeron —yo no creo que fuera malintencionado— cuando introdujeron en el término de eutanasia pasiva unas actitudes que el Consejo de Europa había llamado médicamente correctas y para las que no se debía utilizar el término de eutanasia.

Ya hay bastantes líos con el término eutanasia, así es que olvidémonos del término pasiva, dejémoslo para el teólogo moral si lo utiliza de una forma correcta, adecuada, porque resulta que si la eutanasia se entiende como acción para algunos médicos es siempre activa y si se entiende como omisión siempre es pasiva y en cambio puede ser que sea la llamada activa directa. Pero he prometido no entrar en estos líos, aunque si quieren precisiones sobre este particular se las daré con mucho gusto. He traído para ustedes una publicación que ha hecho el Instituto en el cual hay una página con las definiciones de los términos tradicionales de eutanasia. Desde el punto de vista jurídico, hay

una introducción que quiero acentuar. Además de la eutanasia activa o positiva, pasiva o negativa, directa, indirecta, introducimos la eutanasia voluntaria, la no voluntaria y la involuntaria, y hacemos una distinción entre la no voluntaria y la involuntaria, que consideramos muy importante. Además, definimos también la distanasia. Todo está en la página número 7.

Respecto a este punto, me veo obligado a afirmar lo que considero práctica médica éticamente correcta en las decisiones médicas. Señores letrados, por favor no se metan en esto. La cuestión es bastante difícil. Déjelo en práctica médicamente correcta, porque es lo que correctamente se hace. Las siguientes afirmaciones, a mi parecer, constituyen una correcta práctica médica.

Primero. Respetar el derecho a todo paciente capaz de rehusar un tratamiento si lo rechaza libremente, ha sido debidamente informado y ha comprendido las consecuencias de su opción. La intención del paciente inconsciente, si se conoce, debe ser respetada; si no se conoce, es conveniente que otra persona que lo representa en calidad de fiduciario o mandatario tenga el apoyo legal para decidir en su nombre lo que considere son los mejores intereses para el paciente. Ciertamente está la figura del fiduciario o mandatario, aspecto que considero requeriría un apoyo legal.

Segundo. El médico tiene la obligación de combatir el dolor de la manera más correcta y eficaz; tiene la obligación de administrar un tratamiento necesario que, por su naturaleza, está orientado a mitigar un grave sufrimiento del enfermo a pesar de que, como consecuencia de este tratamiento, pueda acelerarse la muerte como consecuencia accidental, bien que se conoce como efecto indirecto del medicamento. Debemos dejar atrás todas las discusiones sobre la morfina, en los tiempos en que se conocía bastante poco su efecto, en pacientes con dolores graves. En todo caso, el médico ha de cumplir las exigencias éticas y legales del consentimiento informado. Sobre esta materia se podría hacer otro capítulo, pero lo dejo en este punto: consentimiento informado, cuya parte más importante, desde la perspectiva médica, es la de informar bien al paciente y, en su caso, a los familiares, y lo menos importante es aquello que jurídicamente tiene más relevancia, que es que conste en un papel. Ahora bien, si consta en un papel, aunque jurídicamente sea válido el consentimiento informado, puede decirse que, en ocasiones, puede darse por no producido si el paciente firma sin saber qué firma porque no ha sido correctamente informado. Esto es algo que tiene que hacerse desde las facultades de medicina, es un deber profesional.

Tercero. No todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos al paciente. Por lo tanto, no hay que iniciar o se debe interrumpir un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido de acuerdo con los criterios médicos más aceptados. Esto es simplemente práctica médica éticamente correcta y es lo que hace todo médico que sabe medicina y tiene sentido común. Hay que señalar que, en estos casos, si se hace bien, salvo malas intenciones que puedan existir en algunas personas, no hay denuncias y hay una correcta medicina. El miedo se ha apoderado de la pro-

fesión médica ante las posibles denuncias, y ello es un grave responsabilidad de todos.

Hay otro aspecto —procuraré ceñirme lo máximo posible al tiempo asignado— y es que hay otra profesión que puede quedar profundamente afectada, que es la de los jueces.

Parece ser que el debate no está suficiente claro. En parte por la influencia de los medios de difusión, por hallarnos en una civilización técnica, la sociedad en general piensa que los médicos saben más de lo que saben. Los médicos no saben mucho y, sobre todo, entre las cosas que les resultan más difíciles está el pronóstico, que es lo más complicado de establecer. Desde los años sesenta, cuando comienzan las unidades de cuidados intensivos, se cree que teórica y prácticamente se puede mantener la vida casi sin fin por medios artificiales, pero ello no va unido al hecho de que los elementos pronósticos sean muy claros y definitivos y que en un momento determinado no pueda haber un cambio que no pueda controlarse en una unidad de cuidados intensivos, y lo que hasta este momento iba bien de pronto va mal. No puede decirse que los médicos mientan. Digamos que cuando la familia pregunta: ¿Cómo va, doctor?, éste se dice: ¡Ya me gustaría poder decirle con seguridad cómo va este paciente! Y hay que decir: Pues va bien. Y se dicen cosas como éstas: Las constantes se mantienen, la presión arterial va bien. Las personas quedan desorientadas y preguntan: ¿Éste es un buen signo? Y les decimos: Sí, es un buen signo. Pero puede ser que el signo no sea tan bueno y se nos diga: Pero usted nos dijo ayer... Éste es otro problema. Los casos más graves generan más sufrimiento a los familiares por la incertidumbre; la mayoría de las veces los pacientes están en una situación de coma, no pueden opinar y no sufren, y los que sufren son los familiares que están en situaciones incómodas; los hospitales no tienen camas ni sillones cómodos para los familiares o amigos. Es un sufrimiento acumulado, y cuando se da un tiempo de 24, 48 ó 72 horas, es porque muchas veces, en determinadas situaciones, es el tiempo que quizá indicará un giro en la evolución de la enfermedad, aunque puede ser que no sea así. Este sufrimiento acumulado genera la sensación de que el médico no informa, cuando en realidad lo que tendría que decir el médico es: No lo sabemos. Las familias no aceptan esto. Piensan: Si no lo saben, ¿qué hacen con tantos aparatos? Y no se les puede dar un curso de medicina.

Por lo tanto, diría que todo el mundo medianamente culto está dispuesto a creer que la certeza biológica o clínica no es del mismo orden que la certeza lógica metafísica o matemática. Sin embargo, en la práctica, en nuestro mundo tecnológico, en los pacientes y familiares existe la convicción de que, dadas ciertas características de diagnóstico y tratamiento teóricamente posibles, los médicos pueden librarse de las incertidumbres pronósticas. Todo el mundo quiere librarse de las incertidumbres. Estas incertidumbres se reflejan en formulaciones que tienen un cierto fundamento empírico y una certeza meramente estadística. Algunas de estas formulaciones pronósticas manifiestan la incertidumbre de manera asequible. Sirvan de ejemplo los términos: pronóstico reservado, pronóstico muy grave, hay

que dejar transcurrir dos o tres días antes de aventurar un pronóstico más definitivo, etcétera.

Ante estas circunstancias, ¿a quién interesa la eutanasia? Estoy convencido de que la demanda social de despenalización de la eutanasia en todos los supuestos viene dada por los casos de distansia —permítanme utilizar este término—, es decir, obstinación terapéutica —en los medios de difusión encarnizamiento terapéutico—, obstinación que puede ser terapéutica pero también puede ser obstinación diagnóstica. Pero hay que señalar que nuestra sociedad no acepta la finitud humana, la caducidad humana y se tiene el convencimiento de que la técnica lo puede todo. Ésta es una línea de investigación muy clara en el sentido de preguntarnos: ¿en qué medida podemos nosotros determinar unas líneas pronósticas? Ciertamente, yo creo que el mejor sistema para solucionarlo es mejorar la formación científica de médicos y enfermeras en el tratamiento del dolor, el acompañamiento psicológico y la formación ética en la humanización de la asistencia en el respeto de los derechos del paciente.

Quisiera observar sobre este punto el carácter circular somatopsíquico de la percepción del dolor y sufrimiento, sobre todo cuando al tratar padecimientos insoportables para el paciente no se distingue ni se elucidan suficientemente las causas del dolor ni las responsabilidades sociales que pueden agravar o, incluso, causar el carácter insufrible del padecimiento. Sirva como ejemplo intuitivo el comparar el dolor metastásico óseo de un paciente canceroso que se siente abandonado, aun cuando las características de su dolor orgánico resulten manejables farmacológicamente. Un paciente de cáncer óseo en estado muy avanzado, aunque no en todos y cada uno de los casos, puede controlarse bastante bien y, sin embargo, si tiene una sensación de cierto abandono, de falta de compañía, de alguien que pueda comunicarse de verdad con él, se le produce una potenciación del sufrimiento.

Piensen en otro caso: Paciente pobre con severa artrosis, que reduce su movilidad de tal manera que prácticamente le imposibilita la deambulación. Vive en un quinto piso sin ascensor (por ejemplo, en el Ensanche de Barcelona), su esposa falleció hace seis meses, considera que su vida no tiene sentido y solicita la ayuda a un profesional de la medicina para suicidarse, para el suicidio asistido —que también podríamos llamar homicidio consentido, lo que tendría implicaciones legales distintas— o dimitir de la vida, como algunos lo prefieren llamar.

Yo conozco estos casos y hay que decir que es durísimo aceptar vivir de esta manera, pero a mí no se me ocurre decir a nadie que se arroje por la ventana y ahorre sufrimientos a médicos, jueces y abogados. Es mejor preguntarnos por qué nosotros no creamos aquellas condiciones sociales que posibiliten una mejor atención para estas personas.

La pregunta es: ¿Cómo se delimitarían aquellos sufrimientos insoportables desde la perspectiva del paciente que se deberían excluir de una despenalización? Algunos orgánicos pueden incluso llegar a un acuerdo con los colegas de médicos para considerar un caso objetivamente insufrible, pero hay veces que lo subjetivo es lo más objetivo de todo, cuando el sufrimiento alcanza este grado. ¿Por

qué despenalizar unas cosas y otras no? Triste es la sociedad que decide eliminar a los pacientes para evitarles sufrimientos causados por problemas de tipo social.

Me pregunto también cuál sería el dictamen de un juez ante un médico complaciente, que ha sentido compasión en ambos casos y les ha suministrado una inyección letal. ¿Cuál sería la razonabilidad ético-jurídica de la decisión? ¿Sería aplicable la doctrina que interpreta el artículo 16.1 de la Constitución Española, que afirma que la libertad ideológica es de expresión e intenta llevar a la práctica una concepción de la vida inseparable de la dignidad de la misma y que sostiene que la carencia de dignidad por un deterioro irreversible le priva de contenido a proteger? ¿Cómo separaremos las causas sociales de sufrimiento insoportable de las estrictamente médicas?

Hay otras consideraciones. Hubo un caso aislado, que acepto que lo sea, pero que es suficiente para justificar una nueva legislación, en lugar de dejarlo al criterio de los jueces, que siempre tienen unos instrumentos de técnica jurídica para encontrar atenuantes eximentes a lo que teórica y objetivamente pudiera considerarse delito.

Finalmente, hay muchas otras cosas que quisiera tratar, pero, sin embargo, yo creo que estamos ante una situación muy grave, en la cual sería triste que la ley favoreciera además todas aquellas confusiones sociales afirmando que la eutanasia y el derecho a morir son elementos equivalentes. Si el derecho a la muerte es algo que tiene que ser protegido por la ley, ¿en qué se fundamenta? Es condición de la finitud humana. Dentro de cincuenta años quizá sobrevivirán bastantes de los que estamos aquí, pero yo creo que no lo haré, y no quiero poner límites a la Providencia, pero es un hecho que se impone. Yo tenía un amigo, un hombre santo, que siempre me decía: Padre Abel, yo siempre le digo a Dios: Señor, cuando quieras estoy en tus manos, cuando quieras llámame, pero no tengas prisa. (*Risas.*) Es decir, la muerte, que realmente representa la destrucción somático-psíquica de nuestra persona, no puede agradarnos, pero el morir puede aterrorizarnos.

Efectivamente existe el encarnizamiento terapéutico, y yo diría que en buena parte de todos los hospitales de primera categoría, pero, ¡cuidado!, gracias a lo que algunos llaman encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica, que tendría que definirse bien, son muchísimos los ciudadanos que han recuperado —y se consigue cada día— la salud en un grado total. Otra circunstancia es que quieran cuestiones de limitaciones parciales. Infinidad de gente que antes moría, hoy no solamente no muere, sino que tiene una calidad de vida muy aceptable. Además de esto, si nosotros introducimos el elemento miedo ante el encarnizamiento terapéutico, muchos médicos elegirán necesariamente el no correr riesgos. ¿Por qué correr unos riesgos? ¿Por qué hacer de la medicina esta parte del arte que representa toda esta dimensión de amar, querer al enfermo y a la ciencia?

Voy a decirles algo. Por parte de las personas que, desde el punto de vista periodístico, han sido objeto de encarnizamiento terapéutico y han sobrevivido y están bien, no hay ninguna denuncia, pero el hecho ha estado allí. En otros casos la hay, pero ¿por el sufrimiento del paciente?

¡El de los familiares sí que hay que tenerlo en cuenta! Aquí se hace un juego curioso de pasar del sufrimiento del paciente al de los familiares. Ésta no es la mejor manera.

Sin embargo, la docencia en las facultades de medicina de condenar y no aceptar como legítimamente correctas las dimensiones vitalistas, el que hay que vivir por el hecho de vivir, el decir —como se suele hacer— que el paciente murió, pero conservó las constantes vitales hasta el último momento es una tremenda barbaridad, como lo es el no darse cuenta de cuándo realmente hay que aceptar que la muerte está instalada en el paciente y hay que dejar que siga su curso. El aceptarlo constituye una medicina humana. Esto no se corrige con la ley.

Otras cuestiones son las que representan, ante determinadas circunstancias, el acceso a una estructura sanitaria adecuada a las demandas sociales de un momento determinado que, en nuestro caso concreto, hace referencia a las posibilidades de utilización y a que haya unidades de atención y cuidados paliativos. Esto es importante.

Por tanto, mi posición es la siguiente: por un lado, desde el punto de vista jurídico, pienso que no sería bueno cambiar nuestro ordenamiento jurídico haciendo de la vida un bien disponible y, por otro, está el hecho de que el médico sea considerado como un agresor, una amenaza potencial para pacientes vulnerables, y hay que tener en cuenta la necesidad de clarificar lo que es la práctica médica éticamente correcta. Finalmente, sobre este último punto, los jueces se verán obligados a invadir los ámbitos de las indicaciones y contraindicaciones médicas. Ya existen algunos antecedentes en Estados Unidos. Se les comunicará si aquello era correcto o no. ¿Qué harán entonces? ¿Estudiarán medicina? ¿Estudiarán todas las especialidades? Se encontrarán ante la necesidad de orientarse por criterios objetivos, es decir, la medicina basada en la evidencia. Esto es un problema. ¿Y la dimensión de arte médica? ¿La dimensión de experiencia profesional? ¿Lo que han dado las grandes glorias de la medicina no utilizando a los pacientes sino sirviéndoles? Todo ello se vería amenazado. El problema de fondo es que como los jueces no saben medicina, ocurriría que o tendrían que complicar más el sistema judicial nombrando continuamente grupos de peritos médicos de cada especialidad que asesoraran continuamente, o nos veríamos atrapados aquí ante problemas muy serios: por una parte —lo que no alabo— el corporativismo médico profesional y, por otra, la lentitud en la administración de justicia. Ambos son dos graves problemas que no se arreglan con la despenalización de la eutanasia.

En el fondo de esta última cuestión, si los jueces son los que han de determinar indicaciones y contraindicaciones, se correría otro peligro teórico en el que no voy a extenderme, que es dar el carácter de normatividad ética a la estadística médica. Me imagino ya a los jueces con su ordenador de bolsillo consultando las últimas estadísticas del lance en el «New England Journal of Medicine», discutiendo con los médicos que les informan de las estadísticas en su hospital y determinando si ese hospital no debería cambiar otras cosas.

Es muy importante dar una atención correcta a los pacientes, prestar un tratamiento correcto al dolor, crear cen-

tros asistenciales donde todos los ciudadanos tengan acceso a las unidades de control de dolor y de cuidados paliativos, enseñar el control del dolor en las facultades de medicina. Además a nivel filosófico también lo sería el que los profesores de medicina renunciaran a actitudes vitalistas creyendo que toda vida biológicamente mantenida es una vida humana, es decir, en el sentido de apta para proyectar un futuro, apta para desarrollar unos planes de futuro. A este respecto hay que señalar que vida biológica y vida digna son dos cosas distintas. Ello nos lleva a un punto en el que me gustaría pedir a sus señorías que dado su complejidad, porque lo que hemos dicho hasta ahora es relativamente sencillo, sería mejor dejarlo para más adelante, y que se refiere a la problemática de los estados vegetativos persistentes o estados vegetativos permanentes, pues algunos los clasifican a todos bajo el aspecto de estados vegetativos crónicos. El estado vegetativo tanto persistente como permanente es una entidad clínica y todavía existen bastantes discusiones sobre distintos aspectos, de tal manera que es muy difícil alcanzar acuerdos. Si me preguntan expresaré mi opinión, pero lo dejo aquí. Ruego perdonen si quizá no me he extendido demasiado.

La señora PRESIDENTA: Está usted perdonadísimo, doctor Abel. Muchas gracias por su intervención.

A continuación, vamos a comenzar con el turno de portavoces. En primer lugar, dadas las ausencias de la portavoz del Grupo Parlamentario Mixto y del portavoz del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra el Senador Cardona, por un tiempo de cinco minutos.

El señor CARDONA I VILA: Gracias, señora Presidenta. Creo que serán suficientes.

Agradezco la comparecencia del doctor Abel y, además, su exposición, que es fruto de su experiencia de muchos años, sobre todo en lo que se refiere a temas de bioética y fundamentalmente, de forma más específica, sobre lo que hoy nos concita que es la cuestión de la eutanasia.

Ha comenzado diciendo que la petición de eutanasia de los pacientes es fruto, de forma muy genérica, de la obstinación terapéutica de que normalmente han sido objeto muchos de los enfermos, si bien después ha comentado también que gracias a esta obstinación terapéutica en algunos casos se sale adelante. No hace mucho ha aparecido una información de un hospital de Barcelona en donde precisamente gracias a ello, además lo explicaba el mismo enfermo, así ha ocurrido. Ésta es una de las cuestiones que tenemos que tener presente toda la sociedad y debe reconocerse, en primer lugar, por los médicos, y cuanta más altura científica tenga éste, más deberá reconocerlo, ya que debe conocer mejor la incertidumbre de las dificultades de realizar un pronóstico, como muy bien ha comentado.

En cualquier caso, ha hecho muchas referencias a las consecuencias que podrían derivarse de que el médico dejara de ser garante de curar y soporte emocional del enfermo. Ha hablado algo de los inconvenientes que podría comportar que se produjera una despenalización de la eutanasia, con sus ventajas e inconvenientes. Le rogaría que

se pronunciase de forma clara sobre todo en lo referente a los inconvenientes que podría suponer. Ésta es una cuestión que tenemos planteada.

Me gustaría someter a su consideración un aspecto. Es cierto que no tenemos que adentrarnos en conceptos y variedades de eutanasia, pero a veces hay que clarificar, porque en una encuesta realizada en el año 1992 ó 1993 por parte del Colegio de Médicos de Barcelona se entendió lo que entendemos por eutanasia pasiva como una buena praxis médica. Quizá tendremos ocasión de conocer dónde estaba la confusión si comparece algunas de las personas del Colegio de Médicos que coordinaron dicha encuesta. Sería interesante sobre todo porque después figura en las estadísticas.

Me ha producido cierto efecto una de las decisiones que se acordaron en el III Congreso de la Gente Mayor celebrado hace 15 días, a finales del mes pasado, en Barcelona, y es precisamente el demandar ese derecho a una muerte digna. Yo sólo dispongo de la información periodística, que dice: Defendemos que los valores de dignidad y libertad sean reconocidos desde el nacimiento hasta la muerte. En consecuencia, nos parece adecuado que las personas tengan derecho a una muerte digna evitando las situaciones de sufrimiento innecesario y degradación sin esperanza de mejora, derecho que se ha de corresponder con la decisión propia de cada cual. En definitiva, entra dentro de lo que podemos entender como eutanasia pasiva y morir dignamente. Si fuéramos ya al concepto de eutanasia en alguna de sus variedades podría ser la eutanasia activa directa, que es la única penalizada porque las demás no lo están. Seguramente dentro de las praxis médicas todas tienen sus indicaciones porque administrar calmantes a un paciente terminal en caso de dolor, aunque ello acorte su vida, no es eutanasia, por mucho que se pueda entender dentro de la eutanasia pasiva.

Por tanto, si tenemos en cuenta que la condición fundamental para que haya eutanasia es que el sujeto exprese reiteradamente que ésa es su voluntad siempre que su situación sea grave y le conduzca a la muerte en un plazo más o menos determinado, su práctica queda clara. Pero cuando se trata de graves sufrimientos queda un poco más indefinido, y entonces entramos dentro del terreno de la subjetividad.

Como usted ha dicho, el ejercicio de la eutanasia no es siempre el equivalente de una muerte digna; puede que sí lo sea pero puede que no. En cualquier caso, resulta muy subjetivo lo de los graves sufrimientos, y no me refiero a los físicos sino a los morales. El dolor es objetivable, pero, como ha dicho el profesor Abel, una de las causas fundamentales que conducen a desear la muerte no es tanto el dolor como la soledad; por eso en esas situaciones límite la decisión es difícil.

En las encuestas nos encontramos con diferentes posturas según la edad de la población a la que va dirigida, obteniendo distintos resultados entre la población joven y la de mayor edad. ¿Qué puede haber motivado la decisión tomada en el III Congreso de Gente Mayor? Pues que los guías de opinión suelen tener entre sesenta y cinco y setenta años, es decir no han llegado a cumplir ochenta años. Cabe

la posibilidad de que cuando uno llega a una edad límite cambie de opinión, o al menos eso es lo que yo deduzco dada la postura adoptada en dicho Congreso —que a mí me ha extrañado— que no es otra que mostrarse a favor del derecho a una muerte digna. Como sólo dispongo de la información vertida por los distintos medios de comunicación, me gustaría que usted, que debe tener más datos, me aclarara si la decisión tomada ha sido admitir la eutanasia pasiva, que está dentro de la praxis médica, y no el derecho a la eutanasia.

Finalmente, lo importante es poder llegar a un acuerdo entre las tres partes fundamentales que integran este sistema. El enfermo, a cuya opinión tradicionalmente no se le daba importancia. Últimamente, probablemente por esos criterios de la autonomía que se manejan en el campo de la bioética, se da más propensión a lo que opina el enfermo que a la opinión de la familia, con lo cual el médico es un mero ejecutor de la decisión final acordada tras un diálogo consensuado entre el enfermo convenientemente informado, la familia, que está integrada por varias personas que pueden mantener distintas posturas ante la misma situación, y el médico. Hemos pasado de aquella medicina paternalista a otra en la que prevalece, y creo que debe ser así, la decisión del enfermo, siempre que esté en plenas condiciones mentales y no esté atravesando una depresión u otro trastorno que pueda influir en su decisión.

Quisiera que usted sometiera a consideración mi argumentación y que, si tiene alguna información complementaria sobre la decisión tomada en el III Congreso de la Gente Mayor de Barcelona, la expusiese aquí.

Le agradezco su comparecencia y su exposición. Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Gracias, señora Presidenta.

Buenos días. En primer lugar, y en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, quisiera darle la bienvenida al doctor Abel y manifestarle que para nosotros también es motivo de satisfacción contar con su presencia en esta Comisión.

Empezaré haciéndole una precisión. Usted se ha referido a que hay gente que admitiría unas exenciones cuando se trata de ayudar a morir a determinadas personas, y esa opinión nos lleva a plantear un debate. Honestamente, yo intento valorar si ayudar a morir a determinadas personas puede llegar a tener o no justificación moral, y es, a la hora de encontrar una justificación moral, cuando me pregunto si influye o no el número de personas que lo soliciten. Es decir, si al considerar la justificación moral influye que sean pocas las que lo soliciten o que, por el contrario, sean un número elevado. Me gustaría conocer su opinión al respecto.

Usted considera que es inoportuna e innecesaria la despenalización de la eutanasia, y aquí nos lo ha argumentado.

Respecto a dicha inoportunidad, quisiera trasladarle una reflexión para que me diera su opinión, y para ello le leeré algo que ha escrito el teólogo Hans Küng en un libro que ha titulado «Un alegato a favor de la responsabilidad». Dice que es responsabilidad de los médicos y los juristas elaborar normas concretas que eliminen la evidente inseguridad jurídica. Añade que le parece más consecuente ética y jurídicamente, y a la vista de las abultadas cifras clandestinas también más honesta, una regulación legal de las responsabilidades que el recurso a una situación de necesidad suprallegal sumamente vaga, por la que en casos concretos se toleraría la eutanasia activa.

Dado que en más de una ocasión muchos comparecientes se han referido al recurso a las soluciones individuales para casos concretos, me gustaría conocer su opinión al respecto. Normalmente, cuando se habla del modelo holandés se alude a la baja notificación y a que no se declaran como tales muchas muertes médicamente asistidas, y se critica que es muy fácil que un acto de ayuda a morir se pueda esconder detrás de un certificado de defunción por muerte natural. Llegados a este punto, yo creo que a muchos nos resulta difícil creer que esa baja notificación sea exclusiva de Holanda y que es como consecuencia de la regulación adoptada allí sobre esta cuestión. Recientemente, todos hemos leído en los periódicos casos en los que profesionales sanitarios han ayudado a morir a pacientes terminales que lo han solicitado. No sé si comparte la opinión generalizada de que es difícil creer que sean casos anecdóticos o aislados. Con la situación actual se favorece que haya esas cifras más o menos abultadas clandestinas de las que habla Küng. Por eso le pregunto si considera más honesto dejar las cosas tal y como están; es decir, si cree que es mejor dejar las cosas así y que los casos concretos que puedan surgir, sea uno o cien, se sigan resolviendo en la intimidad de las partes integrantes: familia, médico y paciente.

Por otro lado, ha comentado que sería mejor priorizar la responsabilidad sobre la libertad, y ha dado por supuesto que las decisiones voluntarias pueden no ser libres. Mi pregunta es si considera que eso siempre es así, si no cree que cabe la posibilidad de que haya decisiones voluntarias y libres a la vez. Es decir, si es posible que haya personas que tengan cubiertas todas las necesidades, que no estén abandonadas y con cuidados paliativos y que, sin embargo, deseen morir. Cada uno tiene una concepción diferente de la vida y por mucho que otros intenten darle sentido la persona afectada no se lo encuentra.

Entiendo que al hablar de la esencia de la eutanasia nos estamos refiriendo a la voluntariedad. En base a esto, considero que legitimar la eutanasia voluntaria no significa que inmediatamente se legitime la seudoeutanasia o eutanasia impuesta de la que habla Küng. Teniendo en cuenta esto, no comparto su opinión de que el médico, como ejecutor de la eutanasia, pueda ser considerado como una amenaza para el paciente. Por eso le pregunto si no cree que cabe la posibilidad de que el hecho de que los pacientes sepan que sus peticiones pueden ser atendidas por el médico haga que aumente la confianza en él y no, al contrario, que sea una amenaza.

Por último, ha comentado que si despenalizáramos la eutanasia serían los jueces los que determinarían las indicaciones y contraindicaciones de los tratamientos. En este caso, mi pregunta sería si cree que dicha tarea podría recaer no sobre los jueces, pero sí sobre comités de ética asistencial que analizaran si se cumplen o no los requisitos objetivos (si es una enfermedad incurable e irreversible, si tiene o no atendidas sus necesidades, si la persona está capacitada o no para decidir y no tiene una depresión u otros trastornos mentales que invaliden su decisión) y que fuera el enfermo el que decidiera sobre los criterios que hemos considerado subjetivos, pues que el sufrimiento sea insostenible depende de cada persona y difícilmente un médico o un juez podrán determinar la magnitud de la dolencia.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Finalmente y para terminar con este turno, tiene la palabra, en nombre del Partido Popular, el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

También quiero dar las gracias al doctor Abel, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, por su comparecencia en esta Comisión. Ésta es una Comisión de estudio y la aportación que él ha hecho encaja perfectamente puesto que ha dado suficientes argumentos que servirán para los trabajos de la propia comisión. Le quiero agradecer, además, las distintas definiciones dadas de la dignidad, porque estamos hablando mucho de eutanasia pero el título de la comisión es también el de la muerte digna, y hasta ahora no se había entrado con esa profundidad de criterios en este campo de la dignidad. Dentro de él, no sé qué opinión tendrá el doctor Abel sobre si el derecho a una muerte digna se adquiere de alguna manera debido a aquellos colectivos sociales que están solicitando la despenalización de la eutanasia y el derecho a una muerte digna o si ese derecho no se establece desde aquel momento en el que entendemos que la propia vida deja de ser digna en cualquiera de sus acepciones porque posiblemente entraríamos en el campo de reconocerle ese derecho a la muerte digna a muchas personas con las que nos cruzamos diariamente en la calle. Por supuesto, entiendo que la sociedad tiene multitud de vías alternativas antes de concederle ese derecho —entre comillas— a la muerte digna, vías para dignificar lo que es la vida del propio ciudadano.

Ha hablado de la obstinación diagnóstica y de la obstinación terapéutica. Desde su propia experiencia hospitalaria, le preguntaría si en los dos casos se llega a esta obstinación por decisión directa del médico o si realmente el paciente colabora muy decididamente en que se pongan en práctica una serie de medidas diagnósticas y de medidas terapéuticas que podrían entrar dentro de este capítulo de la obstinación.

Hay algo también importante y es que no sé si en el Hospital San Juan de Dios han tenido muchas solicitudes o no de eutanasia, pero si es así, o al menos por las experien-

cias que tiene, me gustaría que nos dijera qué componente entra a jugar parte fundamentalmente en la decisión del individuo: si es el componente físico, fundamentalmente el dolor, o es el componente psíquico. Creo —si quiere nos lo comenta— que en ambos aspectos la sociedad también tiene y debe tener remedios ante estas dos dolencias físicas o psíquicas —psíquicas o sociales— que pueda tener ese individuo.

También quiero preguntarle si cree que el derecho a una muerte digna como tal ya está recogido y garantizado en los códigos deontológicos y en los códigos jurídicos, o hay que legislar sobre el caso concreto del derecho a la muerte digna.

Por último, me gustaría saber si existe realmente inseguridad jurídica de los profesionales de la sanidad a la hora de llevar a cabo una adecuada praxis médica. Acepto totalmente lo que aquí ha comentado en el sentido de no volver a utilizar el término eutanasia pasiva, cuando realmente estamos hablando de una adecuada y correcta praxis médica. Quiero preguntarle, porque así lo han manifestado en alguna ocasión, fundamentalmente en las áreas de cuidados intensivos, si existe una inseguridad jurídica de los profesionales de la sanidad a la hora de llevar a cabo esa correcta praxis médica en los momentos finales de la vida y en qué sentido entiende que habría que regular o legislar para garantizar jurídicamente este tipo de actuaciones médicas.

Por último, quiero expresar una apreciación o un pensamiento en alto: Debe tener experiencia internacional en cuanto a lo que es la legislación sobre eutanasia y le pediría que me dijese el porqué entiende que países con una mayor tradición liberal, con una mayor tradición democrática, mucho más antigua que España, en su inmensa mayoría no se han atrevido todavía a regular, a despenalizar la eutanasia.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Bellido. El doctor Abel tiene la palabra.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA (Abel Fabre): Muchas gracias, señora Presidenta.

Voy a contestar por el orden que han sido formuladas estas observaciones o cuestiones, en primer lugar al Senador Cardona.

Es posible que cada uno tenga sus sesgos y creo que complica mucho las cosas algunas palabras como la adjetivación de la eutanasia y la utilización del término encarnizamiento terapéutico, que me parece algo salvaje.

Frente al encarnizamiento démosle el aspecto más positivo, salvo que pensemos que todos los médicos son un grupo de gente que van a fastidiar a los pacientes, y llamémosle más bien obstinación terapéutica, persistencia terapéutica.

Otra palabra es la eutanasia pasiva y mi observación sobre ella y la estadística del colegio de médicos es que lo

que dicen sobre eutanasia pasiva es la buena praxis médica. El error es volver a poner la palabra eutanasia porque se confunden las cosas y no es que el resultado de la encuesta quedara modificado por esto, porque aquello es la introducción. Por favor, centremos el debate en el momento actual, no vayamos tampoco a los términos griegos en el sentido de que eutanasia quiere decir buena muerte. Ya estamos hartos de escuchar esto, o al menos yo.

Lo de persistencia y obstinación terapéutica lo explicaría con un ejemplo: hay gente que tiene, por así decirlo, un gen de la orientación, y se orienta. Yo para venir aquí desde el hotel donde estaba he tenido que salir antes, equivocarme dos veces para saber dónde estaba la derecha o la izquierda o la plaza de Santo Domingo. Me cuesta un poco orientarme; ahora lo encontraría con mayor facilidad. Para la gente que se orienta con facilidad hacen falta a veces pocas indicaciones para que encuentren el lugar; para quienes les resulta más difícil se requieren muchas indicaciones y no siempre son claras. Por ejemplo: vas a ir a tal sitio, pasarás una zona de bosques; pasados los bosques, encontrarás unas casas; antes de las casas hay un semáforo; tuerce a la derecha de este semáforo. Uno pasa, encuentra un semáforo; no ve bosques, porque viene de la Selva Negra alemana y le parece que unos cuantos arbolitos a derecha y a izquierda no forman un bosque, y está completamente perdido. Entonces se dice: este semáforo no debe ser el que me han indicado; hay unas casas y busca el bosque y no lo encuentra, hasta que se dice: quizá sean aquellos árboles. Es decir, es más fácil reconocer cuando se ha pasado que cuando se comienza a encontrar el punto de destino. La obstinación terapéutica es algo que se hace a toro pasado y entonces cuesta decir, depende de la experiencia de cada médico, realmente no vamos a sacar adelante a este paciente. Como digo, eso cuesta muchísimo y es difícil de aprender, pero precisamente sobre esa cuestión tienen una función los comités de ética asistencial. Así, lo que antes consistía en una consulta con un compañero ahora se ha convertido en una consulta colegiada con el fin de darse cuenta de que hay que detener el tratamiento y el diagnóstico para dejar que se instaure la muerte.

Creo que la obstinación como tal, es decir la querida y voluntaria, se produce pocas veces. Sin embargo, el otro tipo de obstinación se da más a menudo porque existe la esperanza de sacar adelante a todos los pacientes. En cuanto obstinación, no es buena, pero en cuanto representa un deseo de salvar a los pacientes, sí lo es.

Respecto del citado congreso de gente mayor, como ocurre con muchos otros congresos, necesita de traductores. Es decir, la información de que dispongo es la que aquí figura, pero la traducción es la siguiente: se trata de un congreso de gente mayor que afirma que no quiere sufrir en el proceso de morir. Por supuesto. Yo tampoco quiero: ya he entrado en la tercera edad y, como digo, tampoco lo deseo. Pero hagamos ese congreso con gente joven. Ni siquiera se harán esa pregunta; no contestarán; les gusta el riesgo y, si se trata de gente sana, para ellos la vida todavía tiene una dimensión determinada. Sin embargo, si preguntáramos a gente de mediana edad qué prefiere, padecer en la muerte, o no padecer, creo que toda persona sana con-

testaría que prefiere no hacerlo. En cualquier caso, insisto, creo que en ese congreso de gente mayor lo que se ha pedido es el derecho a una muerte digna, es decir, el derecho a ser tratado como persona y a no sufrir inútilmente. Nada más.

Pero también hay que contar con todo aquello que se suma a esos factores. Podría poner una serie de ejemplos sobre gente que tenía esa intención y ha sido tratada por amigos íntimos, y a la cual diría que se ha tratado de una manera indigna. ¿Por qué? Porque hay una cierta dinámica tecnológica que a veces resulta difícil de parar. Como me imagino que no se pueden decir cosas «off the record», señora Presidenta, les diré que, por ejemplo, siendo médico tengo más posibilidades de ser tratado con obstinación terapéutica que cualquier otro ciudadano. Se trata del síndrome del recomendado. En este caso, las cosas se complican, y siempre para peor. Se cumple la «Ley de Murphy», según la cual, cuando la tostada untada de mantequilla cae al suelo siempre cae del lado de la mantequilla. Y eso es fácil de comprender para cualquiera que haya estado en un quirófano. Por ejemplo, si en el mismo hay alguien amigo, éste piensa: Esto está bien, pero aquí hay un punto que sangra; daremos otro punto, etcétera. Y ahí está el error, porque se van adoptando precauciones por miedo, que a su vez está causado por el afecto. Por tanto, es fundamental que un médico no opere a sus familiares; y si tiene que hacerlo, es importante que esté otro cirujano que pueda ver las cosas con cierta distancia, porque en todos estos casos sucede lo mismo. Como ven, este problema es bastante complicado.

Por otra parte, cuando a alguien las cosas le van muy mal, e incluso peor de lo que todo el mundo piensa, si el médico es verdaderamente médico —es decir, es algo más que un licenciado en medicina—, el primero que sufre es él, y muchas veces tiene que ponerse una máscara para no dejar traslucir el dolor que para él representa la pérdida de un paciente. Ésa es la realidad.

Pero también hay casos preciosos. Yo asistí a un colega con el que sus compañeros se obstinaban de una manera diagnóstica en el momento de su muerte, y le dije: No permitas que te hagan esto. Pero él me contestó: Somos de la misma rama, y ellos creerán que si no lo hacen no cumplen con su deber. Aunque este pinchazo sea muy doloroso, como ya he padecido mucho, déjame que les dé esa satisfacción.

Eso, dicho por un médico, estaba provocado por la compasión hacia sus propios compañeros, y al mismo tiempo pensaba que eran incapaces de comprender que en este tipo de circunstancias deben superarse esos mensajes no bien transmitidos desde las facultades de medicina con criterios única y exclusivamente vitalistas. Y hay que corregir eso.

En cuanto a la relación del médico con la familia, estoy de acuerdo con lo que se ha dicho al respecto, aunque hoy en día hay que hablar más bien de la relación entre el equipo terapéutico, el paciente y la familia.

Por otro lado, Senadora Rodríguez Fouz, me han encantado sus observaciones, pero son un poco difíciles de llevar a cabo. Respecto de si el número de personas, en

función de que sea mayor o menor, puede dar una legitimidad ética a esta cuestión ante un proceso legislativo determinado, le daré la respuesta que di en una ocasión parecida. En este sentido, estoy de acuerdo con el teólogo americano Richard McCormick, cuando afirma: Quizá no es posible llegar a probar que el principio prácticamente absoluto de prohibición de provocar directamente la muerte de una persona —para ser más exactos, podríamos decir de una persona inocente— no admite excepción alguna. Seguidamente, advierte: Debemos examinar la posible utilidad de la noción tradicional de «*lex lata in presuncione periculi communis*» —es decir, que la ley ha de tomarse de manera muy estricta cuando hay un peligro común—, ya que puede ser una conclusión de prudencia ante los peligros demasiado graves en que ciertamente se incurriría al dejar la decisión a la incertidumbre y vulnerabilidad de los individuos. En otras palabras, puede ser el tipo de conclusión que debemos mantener sin excepción, aunque no podamos probarlo teóricamente.

En cuanto a la cita de Hans Küng, también estaría de acuerdo con ella, pero es más abstracta de lo que parece y da una justificación ética de conciencia. Sin embargo, en este caso hemos de separar los campos de la conciencia y del Derecho positivo, y los términos que se imbrican en esta afirmación son los de ética y dimensión jurídica, pero no se habla de ley positiva.

Sobre este particular puedo decir que un médico que trata a pacientes que arriesgan su vida y no ha tenido la tentación de matar a un paciente no sabe de qué se habla cuando se discute sobre la eutanasia. En este sentido, una gran persona, a la que me unía una buena amistad, fue pesimista tras la valoración que se dio a un cáncer de mama que padecía. Vino a verme, me explicó su historia familiar, y me dijo: A mí las cosas me van a salir muy mal, pero, por favor, no dejes que sufra. Yo le contesté que las cosas no irían tan mal. Pero fueron de mal en peor, y cuando llegó el momento final, y estaba padeciendo grandes dolores que eran atenuados como se podía, tuvo una metástasis de columna y tuvieron que ingresarla de nuevo —probablemente se trataba de su último ingreso—. Pero había una huelga en el hospital, los camilleros se pelearon entre ellos, condujeron mal la camilla, y ella cayó al suelo con unos dolores horribles, impresionantes. Entonces se pelearon entre ellos por quién tenía la culpa, y aquella situación continuó. Comenzaron un tratamiento muy agresivo cuando no había ya ninguna esperanza, y ella me pidió que la matara. Era una mujer creyente, que me lo pedía diciendo que ya estaba preparada para estar ante Dios y cuando lo que le estaban haciendo sobrepasaba a cualquier posibilidad. Y yo tuve esa tentación, ciertamente. Por tanto, el caso único sí existe, pero hay que buscar las soluciones; y en este caso se encontraron.

Por otro lado, hay que arbitrar algunas cuestiones. Por ejemplo, el que un hospital no pueda rechazar la entrada de un paciente que ha pedido el alta. El alta voluntaria es algo distinto, que merece atención especial. Pero en este caso se pedía un alta voluntaria y, al mismo tiempo, existía una nota de aceptación de ingreso en caso de que no se produ-

jera la muerte, que probablemente se instauró con menos agresividad, por lo que murió pacíficamente en pocos días.

Son estos casos realmente dolorosos los que hacen que tenga que tenerse en cuenta la excepción. Si yo lo hubiera hecho —y estuve en un tris— no habría pedido la despenalización. Creo que uno ha de ser consciente de que hay circunstancias en la vida en que hay que actuar en conciencia, incluso frente a la ley, pero asumiendo las consecuencias. Por tanto, estoy de acuerdo con lo que ha dicho, referido a casos individuales.

El caso de Holanda es bastante especial. La legislación de Holanda tardó veinte años en completarse, después de discusiones entre los dos partidos en el poder. Actuó como mediador el entonces Ministro de Sanidad, Louis Stuyt, hombre sereno y prudente. Hay que decir que en estos casos de declaraciones es necesario leer el antes y el después; no puede negarse que en un país como Holanda en determinados casos los médicos creían actuar en conciencia, pero no se autodenunciaban, porque nadie está obligado a autodenunciarse. Después de aprobada esta ficción jurídica, que no es una despenalización, sino un tratamiento de cadáveres, como bien saben, ante esta circunstancia afloran muchos más casos que probablemente ya existían antes, pero tengamos en cuenta que también hay que distinguir lo que viene dado por las estadísticas realizadas por el equipo de Rummelink y el Tribunal holandés sobre este particular, donde bajo el mismo epígrafe caían las decisiones al final de la vida; por tanto, caía bajo la denominación de eutanasia también la administración de narcóticos, no con la finalidad de acabar con la vida, sino simplemente de atenuar el dolor, es decir, caían varios conceptos sobre el particular. Por ello, el caso de Holanda es especial. Nosotros apuntamos hacia Holanda, y si llegáramos a una situación parecida a la de allí podríamos hacer mejor algunas cosas. Pero también he de decir que cuando se hizo esta ficción jurídica, fuimos convocados varios miembros de distintos comités de ética europeos, y una de las preguntas se refería a la exportabilidad de la ley holandesa. Lo primero que dijeron fue: cuando se den las condiciones que se dan en Holanda, entonces sí. Esto quiere decir —para el grupo más vulnerable, que son las personas ancianas— pensiones elevadas, ausencia de pobreza, no existencia de miseria, opciones de tratamiento en distintos hospitales, ingreso en un hospital por ejemplo como paciente crónico, opciones también a todo lo que representa la medicina paliativa, a domicilio o en el hospital. Por tanto, cuando tengamos estas condiciones en el país, será cuestión de hablar, y hacia estas reformas sociales vamos; en ese momento será bueno ver quién está interesado en la eutanasia, pero eso forma parte del debate social y político de toda la sociedad.

Mientras esto no llegue, efectivamente, como su señoría indica, la opción última la dejaría a la intimidad entre el médico y el paciente. Ahora bien no se puede decir que se hará siempre, porque esa palabra es peligrosísima, igual que la palabra absoluto; casi nada es siempre ni absoluto. Hay gente que dice que están absolutamente ciertos, pero yo no sé cómo lo consiguen, porque la certeza por definición no es absoluta, ya que si es absoluta es la evidencia,

que es otra cosa. Por ello, yo diría que sí, que todavía tengo más confianza en los médicos que no en la posibilidad de dejarles a los jueces esta responsabilidad de decir si debiera tratarse a un enfermo más o menos tiempo. La razón es que el médico actuará por el sistema de la persuasión, la ley no; la ley tiene vencedores y vencidos, representa el litigio: unos ganan y otros pierden, por lo que puedo decir que los mismos periodistas que sacan tantos casos cada semana de cosas mal hechas, realmente si entraran a fondo sobre estos problemas las cosas cambiarían, porque se atribuye a los médicos cosas que pertenecen a la estructura sanitaria.

Durante el ejercicio de mi profesión, como tocólogo, fui denunciado por la mujer de la limpieza del dispensario donde yo trabajaba. ¿Razón? Me gustaba tratar bien a las personas, y comprenderán que se dan circunstancias bastante cómicas. Tratar bien a cuatro pacientes en una hora es relativamente fácil; tratar a diez pacientes en una hora es muchísimo más difícil, y tratar a treinta pacientes en una hora, ya no digamos. Si además va acompañado de que la especialidad es la obstetricia y se instaura la moda de las botas, calcule el tiempo que exige vestirse, desvestirse, el reconocimiento y el tratamiento. Por tanto, ¿qué ocurría? Que cierto número de pacientes venían sólo a que les recetase la Seguridad Social las recetas del médico privado, y una enfermera se dedicaba a eso, con lo cual la mitad de las pacientes se marchaban, pero todavía quedaba otra mitad. Además, si no venía acompañada de una amiga o del marido para que le ayudara a quitarse las botas, la paciente debería volver al día siguiente, porque todos esos trámites suponen un tiempo tremendo.

Los médicos son médicos y hay un arte de la medicina; nuestra estructura de atención sanitaria es muy imperfecta todavía. Está quizás mejor en los escalones superiores; las reformas se vienen haciendo en los hospitales comarcales, y la atención primaria comienza a estar muy bien en algunos sitios, como en Andalucía, pero en otros sitios no. Por ello, éste es un problema realmente serio y hay que decir que muchas acusaciones son objetivas, pero el individuo como tal no es responsable de esto. Pongamos, como ejemplo, una enfermera que tenga tres o cuatro postoperados en una noche, y pongamos además que estos postoperados sean gente normal y corriente, es decir, que cuando tengan dolor toquen el timbre o cuando tengan sed toquen el timbre. Aunque el hospital ponga como condición que haya un familiar, esta enfermera tiene que poder atender bien a los pacientes. Duplique el número de pacientes y verá qué consecuencia tiene. Cuántas veces, haciendo compañía a algún compañero, he visto a la enfermera ir como un bólido, y la pregunta que le he hecho ha sido: ¿está satisfecha de su profesión? Y la respuesta ha sido: estoy indignada; los pacientes se quejan y tienen toda la razón, no doy abasto. Éste es otro problema, y quizás no sea el momento de tocarlo.

Por lo que se refiere a los comités de ética asistencial, ya me gustaría a mí, pero el sistema jurídico español en este aspecto de los reglamentos —hay uno en el que no quiero entrar, para no crear conflicto de competencias— exige el peritaje de los médicos forenses o de la medicina

legal. Los jueces reciben este peritaje, no hay manera de que los médicos lo pasen directamente al juez, porque se requiere este peritaje, y entonces habría que conseguir que los jueces recurrieran a los comités de ética asistencial, pero antes que nada hay que conseguir que existan comités de ética asistencial en número suficiente y que sean capaces de desarrollar ese aspecto, de tal manera que se capten la confianza de la judicatura.

Éste es un tema importante; el Comité del Hospital San Juan de Dios comenzó su andadura en el año 1975, yo creo que es el más antiguo de España, y en los diez primeros años funcionábamos bastante bien; ahora comenzamos a funcionar bien, pero si me pregunta si es perfecto, yo le diré que todavía no, porque faltan personas docentes, falta que los médicos se convenzan de que es algo útil, de que no es un instrumento de poder al servicio de la Gerencia o de otros intereses; es decir, es un proceso que está bien, pero hay que decir que en el momento actual tiene sus límites.

Al Senador Bellido le contestaré que respecto al derecho a una muerte digna, yo prefiero hablar de derecho a una vida digna que tiene como culminación el final de esta vida; es decir, vivir hasta ese momento de acuerdo con los principios que han dado sentido a esa vida. Este aspecto está recogido en códigos deontológicos de distintas partes del mundo, pero hay que precisar exactamente lo que quiere decir el concepto de derecho a una muerte digna. Yo lo entiendo como morir conforme a unos principios que han dado sentido a toda una vida, como morir acompañado, morir en unas condiciones que todos quisiéramos para nosotros. No pido nada extraño, sino que lo que yo quiero para mí, lo tengan todos los demás.

En cuanto a la inseguridad jurídica, debo decir que no solamente al principio y al final de la vida, sino que la inseguridad jurídica se ha apoderado de todos los médicos en todo el ámbito español y, al mismo tiempo, se ha aprovechado muchas veces por denuncias que, en ocasiones, no tienen ni pies ni cabeza; otras veces sí, pero realmente que se tarde cuatro o cinco años para archivar un caso tiene miga. Donde yo conozco más, que es en las cuestiones de diagnóstico prenatal y de muerte de niños o situaciones similares, realmente es un sufrimiento extraordinario. Quizá lo que se requiere son más jueces o más agilidad jurídica. Quizá también la técnica jurídica debiera cambiar en algunos de estos casos. Yo creo que una de las cosas que está por hacer, y a la que yo pienso dedicar los próximos años, es potenciar al máximo el diálogo entre la ética, la bioética y el bioderecho. Creo que es algo que está comenzando solamente.

También he de decir, en honor de la judicatura, que son más los juristas que han hecho esfuerzos para comprender algunas bases médicas que no médicos que han hecho esfuerzos para comprender la filosofía del derecho y las bases jurídicas. Esto es una cosa que hay que rectificar.

En cuanto a si tenemos casos y peticiones en el Hospital materno-infantil San Juan de Dios, no quisiera exagerar, pero yo diría que a diario. Tengamos en cuenta que es hospital infantil de tercer nivel, tenemos muchos niños oncológicos, niños con sida, niños con trastornos del sis-

tema nervioso que dan lugar a degeneraciones cerebrales, niños con traumatismos muy serios y toda una serie de enfermedades de origen genético. Aquí el paciente, por naturaleza, no defiende sus derechos y tienen que actuar los otros, y los otros están coaccionados por una serie de emociones, donde los principios que desde el informe Belmont se han clasificado como beneficencia, no maleficencia, y el principio de autonomía, hay que juzgarlos bien. Las decisiones sobre este particular son durísimas y a veces tienen un alcance que, para una persona creyente como yo, aumenta la fe, por ejemplo, cuando ves a una persona que no tiene una especial adscripción de tipo religioso y tienes que anunciarle la muerte consecutiva de tres hijos afectos de una misma enfermedad. Esto se dice pronto.

Aquí hay sufrimiento por parte de todos, tanto por aquellas personas capaces de decir que qué podemos hacer, como por aquellos que han de administrar un tratamiento que ni siquiera puede ser compasivo, sino a la desesperada, de alguna sustancia pidiendo permiso al Ministerio de Sanidad para que lo autorice, ver que estas personas están agradecidas y, encima de esto, tener que decirles que firmen una papeleta. No hace mucho tuve que hacerlo y decirles: Perdonen ustedes que en estas circunstancias tenga que pedirles su firma para dar su consentimiento. La respuesta fue ésta: ¿Qué más podemos pedir? Ustedes no tienen la culpa de lo que nos pasa, hacen todo lo posible y vemos que nos quieren y que sufren; por tanto, firmaremos.

A este respecto hay muchísimas cosas en el ámbito de este hospital, es decir, cuando me refiero a esto sé de lo que hablo y, además, se trata de dos hospitales de naturaleza distinta —eso sí, los dos de la Orden de San Juan de Dios—: un hospital pediátrico y un psiquiátrico con 600 pacientes ingresados. Son casos en los cuales el principio de autonomía no puede ejercerse y en los que muchas veces las peticiones son veladas porque no se puede hacer nada más. Ahora bien, ¿qué quiere decir esto de que no se puede hacer nada más? Puede tener un doble sentido: por un lado, para que deje de sufrir y muera y, por otro, que en estas circunstancias el médico piense que tiene posibilidades de salvarlo. ¿Qué sucede en una situación de este tipo? El médico opina que hay posibilidades de seguir adelante, se reúne el Comité de Ética Asistencial, que habla con la familia y ésta dice: Sigán. Si llega un momento en que ya no pueden más y dicen basta, se levanta acta de la sesión y se dice que la familia será atendida en su ruego porque habla en nombre del paciente, que es el niño. En este caso concreto, pasados 364 días, un día antes del año, que es el plazo de prescripción, la familia presentó una denuncia al hospital por haber dejado morir a su hijo. A mí me pasaron este caso y fue muy sencillo, simplemente hubo que llamar a la gente —la verdad es que es duro tomar estas decisiones— y decirles que de qué se sienten culpables. Revisamos el caso y el proceso de catarsis y se les dijo que ellos no eran culpables, que nosotros también llegamos a convencernos de que habíamos alcanzado el límite. Se retiró la denuncia y no hubo mayor presión, y es que estas decisiones realmente pesan.

Yo creo que en el ámbito social hay una influencia excesiva de películas americanas que aportan soluciones fáciles en todos los casos médicos. Personalmente he de decir que odio todas las películas en las que salen médicos, y todas en las que salen jueces me encantan, al revés de algunos compañeros míos jueces que es a la inversa.

Me parece que he contestado a todas las preguntas.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Abel.

Pregunto a las señoras senadoras y señores senadores si alguno de ellos desean tomar la palabra. *(Pausa.)*

Solamente me resta, doctor Abel, darle las gracias una vez más por su interesantísima comparecencia y sus interesantísimas exposiciones en la mañana de hoy. También quiero agradecerle el habernos hecho llegar esta documentación que aportaremos al informe final que realizará la Comisión y que nos será de gran utilidad.

Suspendemos la sesión durante cinco minutos. *(Pausa.)*

— COMPARECENCIA DE DOÑA JUANA TERESA BETANCOR GÓMEZ, PROFESORA DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA (713/000742).

La señora PRESIDENTA: Señorías, reanudamos la sesión.

Contamos, a continuación, con doña Juana Teresa Betancor Gómez, que es profesora de Bioética de la Universidad de Barcelona y Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente.

Señora Betancor, en nombre de toda la Comisión y muy especialmente en nombre de los miembros de la Mesa, le doy la bienvenida y le concedo la palabra por tiempo de 20 minutos para que pueda desarrollar su comparecencia.

La señora BETANCOR GÓMEZ (Profesora de Bioética de la Universidad de Barcelona y Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente): Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, acudo a esta comparecencia —lo menciono porque creo que es fórmula habitual en esta sala y me gusta guardar los protocolos— ante todo en calidad de Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente.

En 1984 el núcleo fundador de esta Asociación se propuso defender el derecho de toda persona a decidir sobre el final de su vida y a ser ayudado a finalizarla cuando los padecimientos que produce una enfermedad irreversible hacen que sea insoportable continuar con la existencia. Seguimos en ello porque el problema del reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida en las circunstancias que acabo de expresar continúa sin tener una aceptación legal, al menos en los casos conocidos como de suicidio asistido y eutanasia activa.

Hace poco más de un año el ciudadano Ramón Sampedro recibió la ayuda necesaria para acabar su vida tras padecer durante cerca de 30 años una cuádruplejía. Durante casi cinco años había solicitado ante los tribunales que se

le permitiese esta ayuda para acabar los sufrimientos que le producía su estado sin que nadie fuese penalizado por ello.

Gente de toda condición social empatizaba con este personaje tan lúcido, tan humano, que les llegaba a través de sus televisores y de sus escritos. Las 15.000 firmas de autoinculpación depositadas en el juzgado de Santa Eugenia de Ribeira, donde se lleva el caso, son una muestra del respeto que su figura y la causa que defendió inspiraron.

Traigo aquí el recuerdo de Ramón Sampedro porque con su muerte la eutanasia dejó de ser una hipótesis en España y se convirtió en pública realidad. No me parece ningún disparate afirmar que la propia formación de esta Comisión senatorial ante la que me encuentro fue en gran parte consecuencia de la concienciación colectiva que produjo la larga lucha y muerte de Ramón Sampedro.

Su caso no ha sido ni mucho menos único. Quiero recordar que casi el 70 por ciento de la población española apoya el derecho a la decisión voluntaria de ser ayudados a morir dignamente cuando la enfermedad tiene un carácter irreversible.

Esta demanda clamorosa de que se nos reconozca a los ciudadanos el derecho legal a disponer de nuestra propia vida cuando su calidad, a nuestro entender, no es suficiente como para dar sentido a nuestra existencia y a recibir la ayuda para finalizarla si a nosotros mismos no nos es posible por nuestra condición, si se solicita de una forma consciente, reiterada y racional tiene una dimensión mundial en la que me voy a centrar. Cuando digo mundial quiero especificar que me refiero a los países desarrollados y a algunos de los que se conocen como emergentes.

Es conocido que en Holanda se practica la eutanasia desde hace un cuarto de siglo. En 1993 el parlamento holandés aprobó una serie de medidas para su práctica legal. La eutanasia se practica siguiendo unas condiciones estrictas marcadas por la ley. La situación holandesa es fruto de un compromiso entre parlamentarios, juristas y médicos que han definido la eutanasia como el hecho de provocar deliberadamente la muerte a una persona a petición de ésta.

Es una definición hoy generalmente aceptada en muchos otros países. Lo que han hecho los holandeses es establecer unos límites que borran las complicadas distinciones semánticas y reales entre las eutanasias activa, pasiva, directa, indirecta o de doble efecto y, en otras terminologías, entre la distansia y la ortotanasia para darle prioridad a la decisión consciente y voluntaria del paciente.

Las garantías básicas en Holanda son, aunque seguramente ya serán de ustedes conocidas, que exista un diagnóstico y pronóstico de al menos dos médicos independientes, que la situación de enfermedad sea irreversible y produzca sufrimientos intolerables a quien la padece y que la petición del enfermo sea voluntaria, expresa y reiterada.

Son requerimientos que se repiten en otros países donde se ha legislado sobre esta materia. En Australia, por ejemplo, en los territorios de un Estado al norte del país, estuvo vigente entre 1995 y 1996 una ley que con controles severos autorizaba a los ciudadanos australianos, a todos, a recibir ayuda para morir cuando su enfermedad era irreversi-

ble y se cumplían las condiciones que he mencionado que no quiero reiterar porque las he repetido ya un par de veces.

Cabe destacar que con anterioridad al gran debate público y político que hubo en aquellos territorios para la aprobación de esta ley, siete médicos manifestaron en una carta pública haber participado en diversas eutanasias. La ley de los territorios del norte permitía que la ayuda para morir fuese realizada por una enfermera u otra persona con los conocimientos clínicos necesarios, siempre que el médico estuviese presente.

En Oregón, Estados Unidos, en 1994 el 52 por ciento de la población se manifestó en referéndum a favor de que se legalizase el suicidio asistido. Impugnado este referéndum se repitió en octubre de 1997 y esta vez fue aprobado con el 60 por ciento de los votos favorables de la población.

Esta ley pudo salir adelante en Oregón gracias al pacto interno civilizado de la asociación médica de aquel Estado, puesto que las encuestas realizadas entre los médicos daban unos resultados en los que éstos aparecían divididos aproximadamente en un 50 por ciento a favor y en un 50 en contra de la ley.

Cifras similares de la actitud de los médicos ante la eutanasia han sido recogidas en otros países como en Argentina, por nombrar un país de los que podemos considerar emergentes. En España hasta donde yo conozco no existe una encuesta similar, anónima, actualizada, para calibrar la actitud del personal sanitario, de médicos y enfermeras, respecto de esta cuestión. Se hace difícil hablar de la eutanasia en este país sin tener estos datos imprescindibles.

Suele desconocerse que en Suiza desde los años treinta se practica la ayuda a morir asistida con una mínima intervención médica, la del diagnóstico y la receta necesaria para que, sin interés lucrativo, personas preparadas puedan suministrar la ayuda para morir solicitada.

En Alemania, en el Estado de Hesse se permite legalmente la ayuda médica para morir a los enfermos terminales en estado de coma. En Japón, en 1962 un tribunal estableció unas condiciones similares a las holandesas en un famoso caso del que, si quieren ustedes, les explicaré después algo.

Pese a que estas condiciones son previas a las holandesas, con posterioridad, médicos, de los que se ha sabido que habían practicado la eutanasia, han tenido dificultades de tipo legal.

A estas informaciones oficiales que pueden ser conocidas por cualquiera que se dedique al estudio de esta materia se unen continuamente casos dolorosísimos que aparecen en los medios de comunicación, dolorosísimos tanto para enfermos como para familiares como para el personal sanitario.

La situación en la mayoría de los países es como en el nuestro, de una total arbitrariedad. Dependiendo del médico que te toque recibes la ayuda o no la recibes; y si no la recibes los familiares, los allegados, se ven envueltos en esta ayuda para morir; o si no se producen suicidios que aparecen como tales suicidios y son en realidad eutanasias encubiertas. Voy a poner un ejemplo de esta arbitrariedad. En Inglaterra en estos momentos un médico, el doctor

Moor está siendo perseguido por haber declarado ayudar a algunos de sus pacientes a bien morir con su práctica médica; a una de las primeras sesiones de su juicio acudieron 400 de sus pacientes a darle su total apoyo. También le dio su apoyo el doctor Irving con una declaración similar: haber ayudado a varios de sus pacientes —ahora está jubilado— durante su práctica médica y, sin embargo, en ningún momento ha sido acusado. Total arbitrariedad, repito.

En Francia, el pasado mes de septiembre, el Colegio de Médicos del Midi Pyrénées decidió no sancionar al doctor Duffant que había ayudado a morir a una anciana de 92 años, en coma y hemipléjica, y lo había hecho de acuerdo con su equipo médico pero sin el conocimiento de la familia.

Después de bastantes comparecencias de médicos a esta Comisión, deben ustedes estar enterados ya de que la eutanasia que más se practica es la involuntaria, es decir, aquella en la que el enfermo no ha tenido ocasión de manifestar cuál es su voluntad. Es interesante respecto al caso francés —y podemos comentarlo posteriormente— la reacción del Presidente Regional del Colegio de Médicos del Midi-Pyrénées, Georges Benayoun, que declaró que actualmente los médicos —estoy leyendo literalmente— son prisioneros de los textos, en obvia referencia a los textos deontológicos y a los códigos penales.

Hace unos años parecía cosa de pocos —de los militantes de asociaciones como a la que yo pertenezco desde el año 1985— la reclamación de que el morir forma parte de la vida y que si las constituciones de países como el nuestro respaldan nuestro derecho a la vida, a la libertad y a la dignidad, debe interpretarse que en ciertas circunstancias, en las del proceso de morir específicamente, esa dignidad del débil, del enfermo, ha de protegerse mediante medidas legales que permitan que ese dos por ciento aproximado de enfermos que piden una muerte clínicamente asistida, pacífica y sin sufrimientos sean ayudados a mantenerla.

Al final del siglo, donde estamos, se sabe que también los médicos, el personal sanitario y los familiares necesitan que esa realidad oculta de la eutanasia que se practica sea públicamente admitida. Será difícil que continuemos muchos años en esta especie de limbo de tolerancia, de aparentar desconocimiento de una realidad que existe, a la espera del próximo caso dramático que salga en los medios de comunicación.

Cuando la muerte no es súbita, morir es un proceso. Este proceso se ha medicalizado definitivamente en la segunda mitad del siglo, para bien en muchos casos, para el exceso tecnológico y temor de algunas personas en otros. El movimiento civil pro muerte digna, englobado mayoritariamente en una Federación Mundial de Asociaciones pro derecho a morir, nació en 1935 con la primera asociación, la Exit inglesa. Desde entonces, y particularmente en los años ochenta, no ha parado de crecer.

El pasado octubre nos dimos cita en la ciudad de Zurich delegados y delegadas de cerca de 40 asociaciones representando a unos 650.000 afiliados en el mundo. De allí recogí y aporté una declaración de médicos de todo el mundo que les mostraré a ustedes en una transparencia al final de mi exposición. Creo que esta declaración por sí

sola puede abrir un debate, pero prefiero acabar mi exposición y presentársela después.

Habrán visto ustedes que he hecho especial hincapié en mi exposición sobre la situación mundial en los aspectos médicos, después podremos aclarar el porqué. He soslayado, en cambio, en mi intervención aspectos ideológicos y prácticos de este debate sobre la eutanasia, por ejemplo, la inviolabilidad o sacralidad de la vida —presunta sacralidad de la vida—, la posible pendiente deslizante, el derecho a la autodeterminación a la hora de morir como forma de conservar la dignidad, la intervención de terceros en la muerte asistida y la necesidad de dotar a nuestras Comunidades Autónomas de más unidades de cuidados paliativos. Todos ellos son aspectos de inmenso interés. A raíz de las preguntas que ustedes me formulen podremos hablar de estos aspectos, así como, si ustedes quieren, del testamento vital, un documento de delegación de voluntad para cuando la persona se halla en situación de enfermedad que no le permite manifestarse.

He eludido hablar de los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, principios bioéticos de los que sin duda ustedes tienen conocimiento. Creo que la bioética básicamente nos ha dotado de un lenguaje común, pero que las reflexiones que se efectúan desde ese campo han de acabar en decisiones políticas cuando esos principios se contrastan con la realidad.

He preferido ofrecer una información global y darle a mi intervención un carácter preferentemente testimonial, como queda patente por la documentación que he aportado: la declaración de médicos de Zurich, que verán ustedes a continuación; los escritos de dos enfermos, uno el testamento abierto de Ramón Sampredo, que se publicó en su día en la prensa, y otro la carta del primer enfermo que fue ayudado a morir en Australia, que se llamaba Bob Dent, y podemos hablar sobre ello posteriormente, un manifiesto de conocidas personas de nuestro mundo intelectual y artístico que firmaron en 1993 cuando se discutía sobre la reforma del anterior Código Penal.

Finalmente, quiero decirles y repetir que como Vicepresidenta de la Asociación para el derecho a morir dignamente he conocido que a lo largo de 1998 han llegado a nuestra Asociación consultas sobre 23 casos de enfermos o de sus familiares que no sabían dónde depositar la angustia de sus propios padecimientos o la de los suyos, la de sus allegados.

Acabo aquí, no quiero extenderme más y espero no haber sobrepasado mucho el tiempo. Voy a ponerles a ustedes esa transparencia de la que les he hablado. Traigo fotocopia del original en inglés, que pondré un momento especialmente por una cuestión, las firmas, y después una traducción. (*La señora Betancor Gómez prepara la transparencia.*)

Puesto que hay dificultades para ver el texto de la transparencia se lo leeré yo. Sí quiero hacerles notar que hay firmas de médicos del mundo y aquí, a la derecha, se encuentra la de un médico de origen español, en concreto catalán, Miguel Trías Fargas. A ustedes les sonará el apellido porque es hermano del fallecido político de Convergència i Unió, Ramón Trías Fargas. Es el actual Presidente de la

Asociación homóloga a la que vicepresidente, se llama también Asociación derecho a morir dignamente, y suscribió en Zurich el documento que les voy a leer a continuación:

Declaración de médicos en Zurich sobre la muerte asistida. Somos profesionales de la medicina que asisten al XII Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones pro muerte digna que se celebra en Zurich del 12 al 15 de octubre de 1998.

Creemos que tenemos una especial responsabilidad en lograr que llegue a ser legalmente posible para todo adulto competente que sufra de modo agudo y permanente el recibir ayuda médica para morir si ésta es su petición reiterada, voluntaria y racional. Destacamos que esta asistencia médica ya se permite en Holanda, Suiza y en el Estado de Oregón, Estados Unidos.

Estamos familiarizados con las distintas situaciones que pueden darse al final de la vida. Sabemos que si nosotros mismos nos encontrásemos en tales situaciones muchos de nosotros tendríamos los conocimientos necesarios para lograr la autoliberación y deseamos extender este privilegio a nuestros pacientes.

No debemos abandonar nunca a nuestros pacientes en sus momentos más críticos. La existencia de excelentes cuidados paliativos no debería excluir el derecho a elegir una muerte asistida.

Durante la pasada década, un número cada vez mayor de médicos y enfermeras de diferentes países ha declarado de manera pública y valiente que habían ayudado activamente a morir a sus pacientes en sufrimiento, incluso cuando esta práctica era ilegal. Ahora nosotros, como profesionales de la medicina, debemos manifestar nuestro apoyo a la muerte asistida y nuestro compromiso con dicha atención médica humanitaria.

Por lo tanto, apoyamos el derecho de todo paciente adulto y competente que padezca sufrimientos extremos a buscar nuestra asistencia si ésta es su petición reiterada.

Sabemos que muchos profesionales médicos en todo el mundo comparten nuestro punto de vista y les pedimos declaraciones similares. 14 de octubre de 1998. Firman simbólicamente 18 médicos.

Quedo a su disposición para contestar a todas sus preguntas.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señora Betancor, por su intervención y por ceñirse muy escrupulosamente al tiempo.

Damos comienzo al turno de intervenciones de los señores y señoras portavoces. En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra la Senadora Costa Serra.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señora Presidenta. Doy también las gracias a la señora Betancor por su clarísima exposición, pues aunque es cierto que llevamos unas cuantas comparencias en esta Comisión y poco a poco nosotros mismos vamos aprendiendo —por lo menos yo— a familiarizarnos con una serie de conceptos, es de agradecer la claridad de su exposición.

Como he señalado en diferentes comparecencias que hemos realizado, a pesar de que hemos ido concretando el término de eutanasia cada vez más, se han barajado diferentes posibilidades —no me estoy refiriendo a la diferenciación entre eutanasia pasiva y activa, ya que en nuestro país no está penalizada la eutanasia pasiva y en la práctica se está realizando en nuestros hospitales—, y cuando se ha hablado de eutanasia activa muchos de los comparecientes se han referido a aquellas personas que están ante una enfermedad irreversible, como usted ha manifestado hoy —que por ejemplo sería el caso que usted ha puesto del señor Sampederro,— y otros no solamente a una enfermedad irreversible sino además a que debe existir una muerte inminente.

Señalo esto porque a nosotros nos sería de gran utilidad ir concretando estos aspectos. Estoy totalmente de acuerdo con usted cuando manifestaba que, al final, estamos hablando de decisiones políticas. La bioética probablemente nos dota de este lenguaje común —y muchas veces tampoco nos ponemos de acuerdo en cuál es el significado—, y cuando se intenta concretar el concepto de eutanasia, sobre todo el de la activa, observamos que en algunos casos se incluyen los ejemplos que usted ponía de enfermedades irreversibles, pero en otros se nos dice que tiene que existir una inminencia ante la muerte; efectivamente aquí estamos ante dos conceptos distintos de eutanasia, e incluso yo diría que ante dos ideologías sobre un mismo problema. Me gustaría saber cuál es su opinión respecto a la inclusión —creo que de su exposición ha quedado claro— de estos casos de personas que no están ante una muerte inminente pero sí ante una enfermedad irreversible que, además, les produce un grave sufrimiento.

Por otra parte, también me gustaría saber cómo piensa usted que se podría legislar en nuestro país no sólo en el sentido de despenalizar —si es lo que ustedes proponen— la figura que tenemos actualmente en nuestro Código Penal de una asistencia al suicidio, sino también si estiman conveniente la existencia de una legislación positiva que diera seguridad jurídica no solamente a los médicos y profesionales que intervienen en esta materia, sino incluso a sus familiares y a los propios juristas, que tampoco se ponen de acuerdo.

Asimismo, me gustaría saber, ya que ha hablado usted del caso de Holanda, donde llevan algunos años de experiencia, qué destacaría usted de positivo de su legislación y qué aspectos se podrían mejorar, aspectos que no son tan positivos y que nos podrían ayudar a nosotros si los tuviéramos en cuenta aprendiendo de los errores ajenos, si considera usted que éstos existen.

Por último, otro de los temas que me gustaría comentar y que usted ha mencionado por encima —entiendo que ante una materia tan compleja el tiempo no da para hablar de todo— es el del testamento vital. Considero que tiene muchos aspectos, entre ellos jurídicos, en los que se pone en duda si la voluntad de una persona expresada a través de este testamento vital cuando está todavía consciente o incluso cuando está sana, puede tener prevalencia. ¿Qué sucede en los casos en que esta persona pasa a una situación de inconsciencia? ¿Puede prevalecer? ¿Tenemos que tener

en cuenta este testamento vital o esta decisión de la persona cuando estaba consciente? Se ha manifestado en otras comparecencias que la decisión no es la misma cuando uno está sano y consciente, que a lo mejor esta persona puede cambiar de opinión cuando contrae una enfermedad o está en una situación irreversible, y no podemos saber cuál es su opinión cuando se encuentra en una situación de inconsciencia. Por ello, me gustaría que tuviéramos tiempo para hablar del testamento vital.

Muchísimas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa Serra.

Seguramente tendremos todo el tiempo del mundo si son todos tan concisos como lo ha sido usted en su intervención.

Doy la palabra al Senador Cardona para que, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, manifieste lo que desee a la señora compareciente.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señora Presidenta. Intentaré también ser conciso.

Debo agradecer la exposición de la señora Betancor. Ha hecho referencia al derecho legal de disponer de la propia vida en tanto en cuanto es una decisión del paciente, por lo tanto, ha hecho referencia a lo que podríamos entender como eutanasia activa directa, no a los otros casos. Nadie quiere entrar en las definiciones, es verdad, porque la cuestión se complica, pero es que además después lo complicamos todos. Porque, por ejemplo, ¿morir dignamente no entra también dentro de la eutanasia activa indirecta? Es decir, yo, como médico, puedo administrar un calmante a un enfermo, lo cual puede acarrear inconvenientes, como que quizá acorte su vida, pero que tiene un objetivo fundamental y primario que es aliviar el dolor. ¿Ello no es una muerte digna? Naturalmente, tan digna como puede ser la otra. Repito, nadie quiere entrar en las diferentes acepciones del término eutanasia. En la única que tendríamos que incidir, no porque las otras no debamos debatirlas sino porque es la que hoy en día nos preocupa, pues es la que está penalizada, es en la eutanasia activa directa, que es aquella que busca de una forma directa, como único objetivo, poner fin al sufrimiento de una persona provocándole la muerte.

Desde el punto de vista de los principios de la bioética hay una prevalencia total y absoluta del principio de autonomía. No voy a discutir si uno tiene que estar por encima de los otros o si tiene que haber un ensamblaje entre los otros, ya que, en cualquier caso, se precisa de la participación de una tercera persona, cuyo fundamento profesional principal es, precisamente, luchar por la vida de las personas, las cuales, y admitiendo ese principio de autonomía, le piden de una forma reiterada y fehaciente su ayuda a morir dignamente. Yo no diría morir dignamente, sino dejar dignamente de vivir y desde un punto de vista subjetivo, del sujeto, que tenemos que tener en cuenta, aunque no digo que tenga que prevalecer, ya que surge entonces la pregunta que someto a su consideración. Parece que hay un

conflicto entre los dos principios: el de autonomía y el de no maleficencia.

En cuanto al primero, creo que todos los médicos que hemos tenido la satisfacción de ejercer en un momento determinado hemos aprendido a no perjudicar al sujeto que tenemos en nuestras manos. Yo diría que éste es el principio primero y, tal vez, sea una perversión profesional. Se piensa: Si no le hago daño, por lo menos ya he conseguido algo y buscaré todos los medios para beneficiarle tanto cuanto pueda. Pero qué duda cabe que en esta defensa de la muerte asistida lo que hay es un conflicto entre los principios de autonomía y no maleficencia, dejando aparte ya los de justicia y beneficencia, que creo que tendrían que tener un paralelismo y que, ciertamente, si en un principio lo que prevalecía era el paternalismo del médico, hoy en día se tiene que tener cada vez más en cuenta la opinión del sujeto en un momento determinado. Es una consideración que someto a la compareciente.

La segunda cuestión es que, dado que el nuevo Código Penal es de principios de 1996, ¿considera que ha pasado el tiempo suficiente para poder tener experiencia real y afrontar ya una ley específica de la eutanasia? Creo que hay casos cuyo impacto público se debe a los titulares de los periódicos. Por ejemplo, yo me he referido en mi anterior intervención al III Congreso de la Gente Mayor, celebrado en Barcelona hace quince días, en el que no se pedía el derecho a la eutanasia, sino el derecho a morir dignamente. El morir dignamente no es la eutanasia activa indirecta, no penalizada actualmente —naturalmente que sí, no voy a entrar en confrontaciones—, y es más digna esta eutanasia activa indirecta, a una activa directa a petición, naturalmente, del interesado. Entraríamos ya en muchos debates.

Pero, en cualquier caso, creo que lo fundamental es si surge el conflicto de los dos principios y si es tiempo suficiente para haber adquirido la necesaria experiencia, sobre todo por lo que representa la eutanasia en sus diferentes tipos, que muchas veces se confunde la eutanasia directa, que es la única penalizada, con las otras formas, que son una buena praxis médica, todo lo contrario de eutanasia, y se sitúa en el polo opuesto de lo que sería la distanasia.

Agradezco su comparecencia y su exposición.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenos días y gracias a la señora Betancor por toda la información que nos ha facilitado.

Desde mi Grupo quisiéramos que, en su calidad de Vicepresidenta de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, nos facilitara una serie de datos que consideramos de interés y, si no dispusiera de ellos en este momento, le agradeceríamos que nos los hiciera llegar a través de la Presidencia. Dichos datos nos permitirían conocer la situa-

ción, pero antes quiero decirle que parto de la idea de que a la hora de debatir si está justificado o no moralmente el ayudar a morir a determinados pacientes en determinadas circunstancias no es significativo que las peticiones sean más o menos numerosas.

Dicho esto, nos gustaría saber con cuántos socios cuenta la Asociación y cómo es su perfil, si son mayoritariamente personas enfermas o familiares de las mismas o si son personas que, sin padecer en este momento enfermedad alguna, defienden el reconocimiento de la eutanasia como un derecho.

Una de las actividades de su Asociación consiste en ofrecer asesoramiento jurídico en temas relacionados con la eutanasia y con el morir dignamente. Nos ha hablado de las solicitudes del año 1998 y, si es posible, quisiéramos conocer cuántas tienen desde su constitución y si su mayoría corresponden a enfermos oncológicos o de qué tipo.

Asimismo, desearíamos saber si su experiencia y conocimiento de estas solicitudes de asesoramiento que hayan podido llegar a la Asociación le permiten afirmar que con cuidados paliativos se convertirían en excepcionales y anecdóticas las demandas de eutanasia.

La mayoría de los comparecientes que han intervenido en esta Comisión hasta ahora lo han hecho desde el campo de la medicina paliativa y de unidades de cuidados paliativos y tratan a enfermos oncológicos. Por ello, queremos conocer la situación en otros enfermos y saber si las solicitudes que ustedes reciben corresponden a otro tipo de enfermos, a los que dichos cuidados paliativos no les pudieran resolver la situación.

También quiero preguntarle por el número de testamentos vitales que tienen registrados y si todos siguen el modelo elaborado en la Asociación, documento que se refiere a lo que clásicamente se ha denominado eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta, o si, por el contrario, también tienen testamentos vitales que pidan la eutanasia activa directa.

En cuanto a estos documentos de voluntades anticipadas quería hacerle otra pregunta en base a que casi todos los médicos que han comparecido en esta Comisión nos han puesto encima de la mesa preocupaciones y problemas que se les plantean casi a diario en la toma de decisiones, por ejemplo a la hora de decidir si se instaura un tratamiento o no, si se limita o no el esfuerzo terapéutico en un determinado paciente en determinadas circunstancias, y nos han dicho que actuaciones de este tipo no cuentan hoy en día con el suficiente respaldo legal. Nos gustaría conocer su opinión y si tienen conocimiento de casos de éstos. Asimismo, querríamos saber si usted cree que el reconocimiento legal de esos documentos de voluntades anticipadas solucionaría esa inseguridad jurídica de la que nos han hablado aquí.

Por otro lado, he leído en algún artículo suyo y también nos lo ha comentado hoy aquí que un respaldo legal de esas manifestaciones de voluntad sobre el final de la propia vida llevaría tranquilidad a los firmantes de estos documentos y que incluso evitaría suicidios precoces que se producen por la inseguridad de un enfermo irreversible respecto a que se atiendan sus peticiones al final de la vida.

Me gustaría saber si ustedes tienen datos sobre esos denominados suicidios precoces.

Por último, en cuanto a los principios de la bioética y de autonomía, que también ha comentado el Senador Cardona y de los que hemos hablado mucho en esta Comisión, considero que no me equivoco si digo que ninguno de los aquí presentes entendemos esa autonomía como un valor absoluto, es decir, no es ilimitada y, sin embargo, el problema nos surge a la hora de establecer cuáles son los límites de esa autonomía. Quería trasladar unas reflexiones sobre el debate de la autonomía para conocer cuál es su opinión. A la hora de hablar de estos principios, de si se han de jerarquizar o no y de cuál ha de tener prevalencia sobre los demás en casos de conflicto, muchos comparecientes han manifestado, así como el Senador Cardona antes que yo, que consideran que el principio de no maleficencia y el de justicia han de prevalecer y se consideran de primer nivel. Autores como, por ejemplo, Diego Gracia, que ha comparecido aquí, han mantenido que son de primer nivel porque son expresión del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y que merecemos igual consideración y respeto. Aceptando esto, no se entiende muy bien por qué la opinión y la voluntad de un individuo ha de contar menos que la del otro. Quisiera conocer su reflexión sobre estas consideraciones.

Nada más y muchas gracias por su comparecencia.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señora Senadora.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Voy a intervenir con brevedad.

Quiero agradecer, por supuesto, a la profesora Betancor el haber comparecido ante esta Comisión y su claridad y rotundidad en la exposición porque, efectivamente, esta Comisión precisa de criterios claros y rotundos en uno u otro sentido a la hora de llevar a cabo su trabajo y sus conclusiones finales.

Ha partido usted de Ramón Sampedro como el caso que actúa de explosivo para poner en marcha la conciencia social en España con respecto a la eutanasia. Hay quien dice —y se ha escrito mucho sobre ello— que Ramón Sampedro no pedía en modo alguno morir, sino que pedía a gritos vivir, que la sociedad le diese respuesta a aquellas demandas, a aquellas carencias que le estaban llevando a una situación de petición de la muerte. Éste sería un tema abierto sobre el que, si lo desea, puede opinar.

De cualquier manera, en el caso de Ramón Sampedro se ha referido a eutanasia y a ayuda al suicidio. No sé si el término se confunde o no lo tienen claro. Ayer noche debatía en una cadena de radio con un compañero de su Asociación, don Josep Arnau, quien decía claramente: asistencia al suicidio. No calificaba el caso de Ramón Sampedro como eutanasia en modo alguno, sino como asistencia al suicidio. Me gustaría si es posible me aclarase cómo conceptúa su Asociación este caso.

Ha comentado la casuística internacional. Tengo que decirle que si pretende que sirva como argumentación para legislar en España, la casuística que nos expone es evidentemente pobre, diría pobrísima. En un contexto internacional de tantos países, muchos de los cuales cuentan con una enorme tradición liberal democrática mucho más importante que la española, que sólo un país en concreto y un Estado de un inmenso país sean los que mantengan esa legislación, posiblemente —lo desconozco— algunas ciudades en concreto, evidentemente, repito, pone de manifiesto que la casuística es pobre, aunque lógicamente todos debemos aprender de los distintos casos que se puedan producir en este contexto.

Usted hablaba de la ayuda médica a morir en países y en ciudades. Pienso que en España también existe —no sé lo que usted pensará— esa ayuda médica a morir. De hecho, en todos nuestros hospitales y también fuera de los mismos, el colectivo sanitario está ayudando a morir a esos enfermos terminales con una buena praxis médica. No sé si estará usted conforme, algo se ha comentado en la anterior comparecencia, en el sentido de que aquella persona que vive dignamente tiene prácticamente garantizada también una muerte digna, y posiblemente la sociedad deba dirigir la mayoría de sus esfuerzos hacia esa dirección, la de conseguir la vida digna. Esto lo uno con mi siguiente pregunta.

Usted ha hablado de libertad de autodeterminación del individuo de cara a escoger el momento de su muerte. Mi pregunta es cómo ve su Asociación el poder garantizar de manera efectiva esta libertad de autodeterminación, conociendo que la propia libertad puede estar condicionada y determinada por muchos otros factores. En ese sentido, como estoy convencido de que su Asociación no es para la muerte sino realmente para la vida, me gustaría conocer las acciones que viene desarrollando en favor de eliminar todos esos factores o condicionantes sociales, económicos, familiares, de todo tipo, que finalmente están determinando de una manera clara y rotunda esa libertad de autodeterminación y estoy seguro de que, eliminando esos factores, la gran mayoría de los casos de petición de eutanasia no se produciría.

Por último, ha finalizado su intervención haciendo mención a las peticiones recibidas por su Asociación y ha introducido un elemento que me parece peligrosísimo, ya que de cara a muchas opiniones hablaría en contra de legalizar la eutanasia. Porque usted ha comentado que estas personas que llamaban pedían soluciones para la angustia de aquellos que estaban muriendo, pero lo que es más peligroso, pedían soluciones —como ha quedado reflejado en el «Diario de Sesiones»— para la propia angustia de los familiares que estaban a su alrededor, lo que nos podría llevar a una situación, en el caso de una despenalización, realmente preocupante, y es que fueran los intereses de los familiares que están, entre comillas, soportando al paciente moribundo los que primasen por encima de los intereses propios del mismo.

Nada más, señora Presidenta. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Senador.

Tiene la palabra la señora Betancor.

La señora BETANCOR GÓMEZ (Profesora de Bioética de la Universidad de Barcelona y Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente): Voy a intentar contestar a sus preguntas y mantener un diálogo con ustedes lo más claro posible.

En primer lugar, contesto a la Senadora Costa Serra sobre la definición de eutanasia. Me he referido antes a la definición holandesa, que previamente he leído, que dice que es el hecho de provocar deliberadamente la muerte de una persona a petición de ésta, claro está que con todas las condiciones de enfermedad irreversible, etcétera. Es muy difícil llegar hoy en día a un acuerdo sobre lo que es la eutanasia. Han pasado muchos años, repito, desde que en 1985 entré en esta Asociación. Recuerdo que en los primeros años, cuando acudía a los medios de comunicación y hablaba de la eutanasia pasiva, una gran cantidad de los oyentes que participan en esas emisiones se manifestaban a favor, entendían lo que significaba pero, especialmente con algunos médicos, era muy difícil que se aceptara lo que hoy aquí se está diciendo y se dice en general, que es una práctica médica aceptada. Me decían aquella frase tan conocida: donde hay vida hay esperanza. No se puede hacer nada. Cuando una persona está enferma hay que mantenerla como sea. Han transcurrido muchos años y hoy hemos llegado a una especie de gran consenso donde sólo en algunos casos, un dos por ciento aproximadamente, quedan sin resolver. Una definición exacta, repito, es muy difícil. Ya he comentado antes que ha habido muchos problemas semánticos, pero para mí existen muchos problemas semánticos que corresponden a una realidad que es difícil dividir. Está el famoso cóctel lítico del que seguramente les habrán hablado aquí, la eutanasia en directo de doble efecto. ¿Cómo establecer claramente la línea entre la administración a una persona de un conjunto de fármacos, un cóctel de fármacos que van a acelerar su muerte en la fase final? Aquí existe una acción claramente activa. También la hay cuando se quita un respirador artificial en una máquina, un ventilador. Existe una acción, aunque a esto se le llame eutanasia pasiva. Por tanto, pienso que se puede decir que hay una ayuda a morir con unas condiciones: que sea una ayuda deliberada; que si es posible sea a petición explícita del paciente y, en caso contrario, que los intereses de éste estén suficientemente protegidos; y que la enfermedad que padece sea irreversible o conduzca a la muerte. Es cuanto puedo decirle con relación a una definición de eutanasia. El mayor acuerdo alcanzado hasta ahora es, repito, el holandés y es el que se utiliza en la actualidad mayoritariamente, especialmente en los foros académicos, comités de bioética, etcétera.

Entro en la segunda cuestión que usted me planteaba, que hace referencia a cuándo puede considerarse que un enfermo debe disponer de esa ayuda porque su enfermedad es terminal o porque su estado lo requiere. Al definir qué es una enfermedad terminal, las legislaciones de distintas partes del mundo que antes he citado han dado respuestas diversas. Por ejemplo, el Estado de Oregón considera como enfermedad terminal aquella en la que el pronóstico de vida del paciente es de seis meses; pero no se tiene la misma concepción en Australia, donde la ley que estuvo

vigente establecía que sería considerada como tal toda enfermedad que condujese a la muerte. Es decir, no existe un acuerdo unánime a la hora de considerar qué es una enfermedad terminal.

Más conflictivo resulta cuando se trata de casos —y si quieren luego puedo explayarme en ello— como los de cuadriplejia, el que sufrió Ramón Sampederro, los de «locked-in» —a los que después me referiré—, los casos en estado vegetativo permanente o los de enfermedades neurológicas degenerativas como la esclerosis lateral amiotrófica. No hay un consenso a la hora de definir lo que es una enfermedad terminal, a pesar de que hoy en día aproximadamente el 95 por ciento de los enfermos claramente terminales, como los oncológicos o similares, están en una fase final gracias a los medios disponibles y a la práctica de los médicos.

En cuanto a si en mi asociación somos partidarios de legislar o despenalizar, le puedo decir que antes de que se publicase el Código Penal vigente hoy en día hicimos una propuesta de despenalización que enviamos a la Comisión de Justicia competente. Curiosamente, el artículo del actual Código Penal que hace referencia a la misma recoge nuestra propuesta de forma casi idéntica y tan sólo cambia el final; mantiene las penalizaciones que ustedes conocen en vez de lo que recogía nuestra propuesta, que establecía que la persona que ayudase en las circunstancias expresadas no fuese considerada como autor de falta ni delito alguno.

Posiblemente, la despenalización sea la vía más fácil, pero considero que deberían estudiarse a fondo casos como el holandés, que quizá sea el más paradigmático. Antes he olvidado comentar que en Colombia, por una sentencia que dictó en 1997 la Corte Constitucional —la única en el mundo, y puedo facilitársela—, se permite la ayuda médica a enfermos terminales y se está elaborando una legislación al respecto que habría que analizar.

Para mí la prudencia sería una especie de puesta a prueba, y sería cuestión de los juristas establecer cómo articularlo; es decir, habría que hacer unos controles periódicos de la legislación vigente y rectificar lo que, en su caso, sea necesario. Hace años el Senador Rodríguez Aguilera —no sé si ustedes le conocieron— presentó una propuesta al respecto, y la mía sería que se tuviera la cautela de revisar la legislación.

Holanda lleva ya veinticinco años de práctica, y fue en la primera sentencia, la de 1971, donde se establecieron las primeras condiciones. En Oregón existe una Comisión que anualmente revisa los casos y estima si se han traspasado los límites establecidos por la ley. En Holanda, como es sabido, los médicos han de rellenar unos completos cuestionarios y entregárselos al «eurocorner», y si éste considera que hay indicios de delito se pone en conocimiento de un fiscal. Conozco algún caso en que un médico, por ayudar a otro que no había practicado nunca la eutanasia, ha estado siendo investigado durante dos años sin que al final se encontrara indicio alguno de delito. Por las referencias que tengo creo que se contempla muy estrictamente, y pienso que los exhaustivos controles son imprescindibles si hay una legislación al respecto.

Voy a volver a referirme a la legislación holandesa; no soy jurista, pero tampoco quiero extenderme mucho en esto para poder responder al resto de cuestiones. Creo que lo más importante que ha aportado Holanda es su transparencia, es decir, todo el mundo tiene acceso a los informes. Cuando he conversado con médicos o juristas holandeses, nunca he tenido dificultad a la hora de recibir información; tienen la información abierta al mundo entero. Cuando en 1993 causó escándalo en ciertos sectores, por ejemplo de la Iglesia Católica, las medidas parlamentarias adoptadas sobre la Ley de disposición de cadáveres de las que hablaba antes Francesc Abel, el Ministro que él ha citado se desplazó al Vaticano para entrevistarse con el Papa, y nunca ha habido una acusación formal por parte del Vaticano declarando que se estuviera produciendo una especie de genocidio de ancianos o enfermos irreversibles; en caso de que sí se hubiera denunciado un cierto abuso, yo siempre me he mostrado a favor de llegar hasta el fondo de la cuestión. Por todo ello creo que a Holanda le debemos, sobre todo, la transparencia informativa.

Por último, ha planteado la cuestión del testamento vital, al que también se ha referido la Senadora Rodríguez Fouz, y voy a hacer un breve comentario al respecto. Traigo una transparencia con el modelo de testamento vital de la Asociación derecho a morir dignamente, aunque como no se ve bien prefiero comentársela. El testamento vital es un documento que puede seguir un modelo, como ha dicho la Senadora Rodríguez Fouz, o puede hacerse hológrafo —en nuestra Asociación contamos con testamentos hológrafos, personalizados, y con esto contesto a otra de sus preguntas— por el cual una persona deja constancia anticipadamente de unas instrucciones para, caso de quedar inconsciente, seguir el procedimiento indicado; es decir, hace una delegación de voluntad. Por eso es muy importante que al documento en el que expresa en qué situaciones desearía o no recibir tratamiento se añada otro en el que designe un representante o tutor. En Estados Unidos ambos documentos van separados y se encuentran en todos los hospitales.

Aprovecho este apunte para contestar a otras preguntas. Es importante comprender que este tutor y los médicos tienen un margen de interpretación de estos documentos, porque a veces al intentar cumplir estrictamente lo manifestado por el enfermo pueden encontrarse ciertas dificultades. Por ejemplo, recuerdo el caso de una enferma de cáncer que había dejado un testamento vital y que en un momento dado tuvo una obstrucción intestinal; como estaba muy sedada y no podía manifestarse, se le operó de la obstrucción intestinal porque le producía unos dolores inmensos; sin embargo, acabó falleciendo con ayuda porque éste había sido su deseo, pero se le evitó el padecimiento intermedio que era absolutamente innecesario.

Otra cuestión importante que también ha salido en su intervención es la posibilidad de que se produzca un cambio en la forma de pensar en la persona que ha dejado un testamento vital. Si alguien entra en situación de inconsciencia y no puede manifestarse, no podemos saber si ha cambiado de opinión. Los estudios realizados en Estados Unidos, que es donde hay una mayor experiencia sobre los

testamentos vitales, revelan que el porcentaje de personas que, habiendo salido de un estado de inconsciencia como el coma, han cambiado de parecer es ínfimo. Firmar un testamento vital, y yo lo he hecho, no es nada fácil, porque significa situarse ante la propia muerte, algo a lo que los médicos, sobre todo los de unidades intensivas, pueden estar más o menos acostumbrados pero el resto no; por eso, la persona que firma un testamento de este tipo se lo piensa mucho.

Se recoge un testimonio interesante en un libro del denominado en Estados Unidos «doctor bueno», Timothy Quill —el malo es Kevorkian—, que ayudó a una enferma y escribió «Death and dignity» («La muerte y la dignidad», libro que creo que ha sido traducido). Cuenta que durante mucho tiempo estuvo convencido de rellenar esta instancia, pero nunca había llegado a firmar su propio testamento vital; comentando esto un día con su mujer llegó a la conclusión de que hacerlo suponía enfrentarse con su propia muerte. Desde luego, cuando uno lo firma no se queda frío porque sabe que está tomando una decisión que en un momento dado puede llegar a ser muy trascendental.

En nuestra asociación contamos con testamentos muy elaborados, como el de la enferma Aurora Pampín, y lo cito porque tengo su autorización para hacerlo; es larguísimo y en él manifiesta el porqué y las causas de su decisión.

Desde el año 1996 en nuestra Asociación existe un registro de testamentos vitales para los socios —de momento es el único que hay en toda España hasta que la Generalitat establezca esas medidas que ellos llaman de voluntad anticipada, aunque creo que es mejor conservar la terminología de testamento vital porque ya se ha hecho muy popular aunque sea imprecisa y aunque sea una manifestación de voluntad sobre el final de la propia vida, pero esto es otra cosa—. Como digo, tenemos un registro de socios desde el año 1996, y la última cifra que me dieron, hace un par de meses, era de unos 274, cerca de 300 testamentos vitales registrados.

Me voy a anticipar a una posible pregunta: es muy difícil saber resultados. La cuestión del testamento vital donde mejor se ha establecido es en Dinamarca, donde existe una ley que obliga a los médicos cuando tienen dudas a consultar —incluso bajo penalización— un registro central de testamentos vitales —se ha hecho por vía informática ya que Dinamarca es un país pequeño y es donde se obtienen mejores resultados—. Una de las dificultades mayores de saber resultados, si no está establecido por vía informática, si no hay una estructura burocrática de conocimiento bien firme, es que muchas personas lo firmamos cuando estamos sanas y, además, es cuando es preferible firmarlo para que no haya dudas sobre la voluntad, que no se diga que firmó en un estado depresivo cuando ya sabía que no tenía solución su caso. Por ejemplo, en mi caso, que lo he firmado, no sé cuándo me voy a morir, no sé si me voy a encontrar en una situación en la que necesite asistencia médica a mi muerte, ya que a lo mejor me muero de un ataque cardíaco o de accidente de avión o de accidente de automóvil. Por tanto, saber resultados es uno de los problemas mundiales con que se encuentran todos los estudiosos de

esta cuestión del testamento vital. Con esto acabo este tema.

A continuación les voy a proyectar la diapositiva con el modelo actual —digo el modelo actual porque hubo otro de 1986—. Hasta el momento, en el Estado español, aparte de los que se hacen en los centros de bioética para el estudio o para la elaboración de los estudiosos y estudiantes, etcétera, está el primero de 1986 de la Asociación, después uno que sacó la Conferencia Episcopal y que, como es lógico, ideológicamente está dirigido a sus fieles, y este segundo de 1996 de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente, y va acompañado —esto es imprescindible— de unas instrucciones útiles, que creo que son tan importantes como el modelo. El modelo se hace porque mucha gente, especialmente en ciertos niveles culturales, tiene mucha dificultad para redactar y lo pide.

Les voy a leer el contenido. Primero se identifica uno: yo, fulano de tal; con Documento Nacional de Identidad; mayor de edad —esto es imprescindible—; con domicilio en...; en plenitud de mis facultades mentales, libremente y tras prolongada reflexión declaro que, si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto cuatro de este documento y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente: uno, que no se prolongue mi vida por medios artificiales tales como técnica de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial. Dos, que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso en que puedan acortar mi vida. Y, tres, que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente y de forma rápida e indolora con los padecimientos expresados en el punto dos de este documento.

Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son: daño cerebral severo e irreversible; tumor maligno diseminado en fase avanzada; enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada con importante limitación en inmovilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere; demencias preseniles, seniles o similares; enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores. Después se deja un apartado en que pone «otras», para que cada persona pueda especificar si se desea.

Designo —hemos puesto en un solo documento muy sencillo también la delegación a representante— como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida, expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin a: nombre del representante, Documento Nacional de Identidad.

Seis, manifiesto asimismo que libero a los médicos que me atienden de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.

Siete, me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento en forma oral o escrita. Fecha, lugar, firma.

Después, se deja espacio para dos testigos y para firma de dos representantes, porque a veces puede suceder que el primer representante fallezca antes que el propio interesado.

En cuanto a las instrucciones que se acompañan —que son de una gran sencillez también para que estén al alcance de persona de cualquier nivel cultural—: se dice que un testamento vital es un documento por el que usted expresa una voluntad sobre las atenciones médicas que desea recibir, caso de padecer una enfermedad irreversible —lo que he expresado antes— y no pueda usted valerse por sí mismo —no lo vuelvo a leer por no alargarme— usted puede realizar su propio testamento vital personalizado con las indicaciones y razonamientos que considere pertinentes. La Asociación Derecho a Morir Dignamente facilita este modelo impreso para su facilidad.

A continuación, le damos unas indicaciones de utilidad para el modelo elaborado por la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Una, la situación legal del testamento vital: los documentos tipo testamento vital no tienen un apoyo legal específico en España, pero como toda declaración personal de voluntad sí que tienen una validez; de hecho se ha demostrado en la práctica que facilitan las decisiones de quienes le rodean en situaciones de enfermedad que en él se expresan e inciden en las actuaciones médicas. Si se tuviera que ir ante un tribunal para defender lo que usted expresa en su testamento vital, éste sería una prueba de inmenso valor.

Número dos, la firma. El testamento conviene firmarlo ante un notario para que éste atestigüe su firma, de no ser así firmar ante dos testigos. Nosotros recomendamos muy expresamente la firma ante notario hasta que no haya una legislación al respecto que esperemos, repito, que al menos en Cataluña sea próxima —creo que ustedes han tenido en esta comisión la presencia del doctor Broggi que les habrá hablado sobre ello—. De hecho hemos tenido bastantes consultas de notarios porque realmente no saben sobre este tema y hay algunos documentos internacionales, como la del Presidente del Colegio Notarial de Bélgica, enormemente interesante sobre la necesidad de los notarios de conocer este tipo de documentos a fondo y lo que en ello se expresa. Hasta el momento la mayoría de los documentos registrados en la Asociación han pasado ante notario.

Representante: en el testamento vital de DMD se incluye la posibilidad de que usted nombre un representante para cuando usted no pueda expresarse por sí mismo; conviene que la persona elegida como representante sea alguien que comprenda lo mejor posible sus deseos, los valores y los motivos personales en que se sustentan sus decisiones sobre el final de su vida; además, ha de ser una persona que se declare dispuesta a luchar para que se cumplan las instrucciones que usted deja en su testamento, caso de que hubiese un incumplimiento por parte de médicos o familiares. Si usted lo desea puede también nombrar un segundo representante, por lo que he dicho anteriormente y no me extendiendo leyendo.

Los puntos uno, dos y tres del testamento vital quizás a ustedes les han podido parecer los más conflictivos, pues son aquellas situaciones en que el enfermo expresa que no desea que se le aplique tratamiento de tipo paliativo, de evitar el dolor.

Los puntos uno, dos y tres contemplan distintas opciones para paliar su sufrimiento y evitar un alargamiento indeseado de su vida, cuando usted considera que la calidad de ésta le puede resultar indeseable por la degradación a la que ha conducido su enfermedad. Si usted no está de acuerdo con lo que se solicita en alguno de estos puntos, táchelo —se dice así de claro.

Enfermedades enumeradas. Puede usted tachar las enfermedades enumeradas en el punto cuarto que no desea que figuren en su testamento vital.

Difusión. Es conveniente para la seguridad de que se cumplirá su voluntad que reparta usted entre personas de su confianza, incluido su médico de cabecera, si le es posible, o el de asistencia primaria, copias de su testamento vital. Es importante que deje usted indicaciones sobre dónde localizarlo por si sufriera un accidente o enfermedad súbitos que le impidieran expresarse —esto está pensado especialmente para casos de accidente—. Puede usted también enviar una copia de su testamento vital al Registro de Testamentos que la Asociación tiene abierto para sus socios. En ese caso, su representante podría contactar con la Asociación para recabar asesoría sobre cómo utilizar el testamento vital que usted ha dejado preparado. (Éste es uno de los servicios que, como socio, ofrece la Asociación DMD, y con ello también contesto alguna de las preguntas que se me han formulado sobre las funciones que realizamos. Asimismo, les dejaré algunos folletos de la Asociación, en los cuales se expresan los servicios que prestamos.)

Anulación. Usted puede anular su testamento vital en cualquier momento. Puede usted simplemente romperlo, ¡no se olvide de las copias que haya entregado!, o declarar su cambio de opinión por escrito u oralmente ante testigos, como se indica en el propio documento.

Sobre este punto quiero recordar que en Israel un tribunal aceptó como testamento vital un vídeo en el que se expresaba un enfermo. E imagínense ustedes la cantidad de vídeos que ha dejado, por ejemplo, el doctor Kevorkian, o piensen si podría constituir un testamento vital el gran número de vídeos que dejó Ramón Sampederro, que no sé si llegó a firmar el suyo.

Para no alargarme más sobre esta cuestión, paso a contestar al Senador Cardona. En cuanto a la diferencia entre eutanasia activa directa y muerte digna, en mi opinión la diferencia fundamental se encuentra en que, ya desde la construcción de los derechos humanos —que data de los siglos XVII y XVIII—, la dignidad se considera un eje axiológico, es decir, de valores de la personalidad. Y muchos enfermos hacen hincapié en que en ciertas situaciones han perdido su dignidad. Por eso he dicho antes que son los fuertes, los que rodean al enfermo —los que no lo están—, los que tienen que ayudar a éste a mantener su dignidad, ese apoyo comunicativo y emocional del que seguramente habrán oído hablar aquí.

Pero hay un pequeño grupo de enfermos que considera que, pese a recibir los mejores cuidados paliativos —como antes he leído al referirme a la declaración de médicos— y contar con apoyo emocional y familiar —algo que Ramón Sampederro, a quien conocí personalmente, y que decidió estar en su casa, tuvo de forma total, como ha ocurrido en otros casos—, es decir, pese a recibir toda esa ayuda, no desea continuar en una situación que considera indigna. Porque, ¿quién puede definir de un modo general lo que es la dignidad? Nadie puede hacerlo; sólo la propia persona sabe lo que considera indigno o no. Sin embargo, me parece triste que ese tipo de personas, que en principio deberían ser altamente valoradas por nuestra sociedad por tener esa lucidez y capacidad para decir: «Hasta aquí quiero llegar; basta ya», son precisamente las que reciben un peor trato en nuestro Código Penal, y quienes les ayudan tienen que hacerlo a escondidas y con temor, si se trata, por ejemplo, de un caso de esclerosis lateral amiotrófica. Y en nuestra Asociación hemos conocido casos de este tipo, o casos «locked-in», de los que hablaré posteriormente.

Por tanto, ese tipo de personas, que son muy autónomas, lo que los americanos conocen como la tipología del «do it yourself», es decir, personas que han tenido durante su vida una gran capacidad de hacer cosas y de valerse por sí mismas, son las que precisamente quedan discriminadas en mayor medida por códigos penales como el nuestro, porque, insisto, no pueden recibir esa ayuda cuando se encuentran en los momentos críticos o peores de su vida.

Ésta sería la diferencia que establecería entre la eutanasia activa directa y la muerte digna, aunque queda claro, como ya he dicho, que las fronteras entre una y otra no son tan nítidas o claras como quizá sería deseable por los médicos. Espero haber contestado a su pregunta.

También me ha hablado usted de la prevalencia del principio de autonomía, principio en el que no creo totalmente. Como acabo de decir, creo en la autonomía de algunas personas, pero también tengo el temor de que se haya hecho un mito de la autonomía. Como saben —y, en concreto, creo que el doctor Lluís Cabré les ha facilitado un estudio al respecto—, en este país, como en otros, un tercio de los fallecimientos en las unidades de cuidados intensivos se produce con ayuda médica y sin conocimiento del enfermo. Se trata de lo que podríamos denominar eutanasia voluntaria, con el adjetivo que ustedes quieran poner a continuación: activa, pasiva, o de no encarnecimiento terapéutico; es decir, el enfermo no se ha manifestado autónomamente. Por eso, insisto, entre los principios de no autonomía y maleficencia hay que hacer una valoración en cada caso. De hecho, la única ética aplicable sería una ética imposible: la ética del caso por caso, porque cada uno es diferente. Pero, como digo, esa ética es imposible, porque entonces no se podría legislar al respecto.

Por tanto, creo que basta con saber que existe ese tipo de enfermos discriminados, y que mantener en esa situación, tanto para ellos como para sus familiares y médicos y enfermeras que les rodean, supone seguir manteniendo un sufrimiento que se sabe que existe. Y les puedo asegurar que ese sufrimiento es extremo. Digo que lo puedo asegurar, y voy a hacer una declaración testimonial en ese sen-

tido, algo que no suelo hacer, pero que en este caso quiero que conste. Cuando yo era muy jovencita, a mis veinte años, durante diecinueve meses asistí y cuidé personalmente a mi madre en lo que espero que fuese un estado vegetativo permanente. Era 1968, año en que casualmente Ramón Sampredo tuvo su accidente; desde luego, yo no me enteré de lo que fue el «mayo del 68». Por tanto, he conocido ese estado en el que una persona llega a vivir más el sufrimiento del otro que el propio y a pensar más en lo que el otro está padeciendo que en uno mismo.

Con esto también contesto a una pregunta que se me ha hecho sobre el tipo de personas que se acerca a esta clase de asociaciones. Como digo, yo puedo dar ese testimonio personal. Estaba en una edad en la que, además, la labilidad emocional es muy grande, de forma que mi angustia fue terrible. Pero no sólo la mía, sino también la de mis hermanos; sin embargo, mis hermanos —tengo tres— no forman parte de esta Asociación, y no tienen por qué hacerlo. Por ejemplo, creo que en la propia junta directiva de la Asociación a la que represento solamente dos de nosotros hemos pasado por situaciones de este tipo. Así pues, muchas de las personas que acuden a la Asociación han vivido situaciones de este tipo, pero otras muchas no, y vienen por puro convencimiento. Por tanto, la muestra es muy amplia.

Ahora bien, en cuanto a la no maleficiencia —el famoso «primum non nocere»— y la autonomía, evidentemente, la primera obligación deontológica del médico es la de no perjudicar al enfermo y aliviar sus sufrimientos el máximo posible. El dilema del médico, que es quien al fin y al cabo receta y toma las decisiones —y esto lo he hablado con bastantes enfermeras—, está cuando llega el punto en que ya no existen medidas terapéuticas y el alivio del sufrimiento no tiene sentido, bien porque la persona ya está en la recta final bien porque manifiesta —y sobre este punto no puedo nombrar más que el caso de Ramón Sampredo, por ser conocido, de Bob Dent o de Sue Rodríguez, en Canadá, similares a los tantos otros enfermos que han dejado su testimonio escrito— su rechazo a esas medidas de alivio, a los mejores cuidados paliativos que se le puedan ofrecer.

En concreto, Sampredo rechazó el ingreso en la Asociación PROMI, que le ofreció el padre jesuita Javier Gafo. Sobre ello publicamos ambos un artículo, hemos tenido correspondencia y además estuve presente en una entrevista, en la habitación de Sampredo, en la que estaban los dos: Gafo y Sampredo. Por tanto, hay cierto tipo de enfermo que lo rechaza. Cuando el médico se ve ante esta situación es cuando le surge el dilema entre lo que le han enseñado en la facultad, la deontología, que le dice que ha de aliviar al máximo, y lo que hay que hacer, que es provocar la muerte del enfermo. Lo que tiene el médico básicamente ahí es un «shock» cultural que entiendo perfectamente. Lo que tiene que llevar a su conciencia es que, si se dan todas esas condiciones que he dicho antes: enfermedad irreversible, extrema, incurable, etcétera, tanto si es a petición del enfermo como porque la situación ya no tiene solución, lo que está haciendo no es matar —y no uso un eufemismo, sino que es así—, sino ayudar a bien morir; lo que ocurre

es que el concepto de muerte asistida es nuevo y en toda nuestra cultura, en todo nuestro trasfondo cultural subyace que se ejercita un acto de violencia. Voy a emplear una metáfora. Hay la misma diferencia entre ayudar a morir o matar que entre hacer el amor y la violación. Hacer el amor es algo voluntario —lo que Sampredo pedía era algo voluntario— y para el bien de la otra persona, en cambio violar es algo que va contra la voluntad de la mujer. Por tanto, la diferencia es la misma. Es un paso cultural que poco a poco se va dando y comprendo la dificultad que experimenta el médico, pero la otra solución es que el médico no intervenga, que sería —y yo me lo he planteado muchas veces— deseable. Por eso he explicado el caso de Suiza, donde la intervención es mínima; simplemente facilitan la receta a personas entendidas, incluso la asociación de la Suiza alemana, que cuenta con trescientos médicos, cada año hace ayudas de este tipo, informa a la policía, lleva actuando desde el año 1987 y jamás han tenido un problema legal, porque lo hacen con toda claridad, siguiendo la ley, etcétera, cosa que desde luego nuestra asociación nunca ha hecho; siempre nos hemos mantenido en los márgenes legales.

Conozco la abundante e interesantísima obra del profesor Diego Gracia. Sé que él mantiene que en la eutanasia activa directa hay una acción transitiva. Yo, con todo el respeto, digo que esta explicación es más bien una justificación para comprender la dificultad de los médicos y que casi es una explicación de tipo gramatical, porque transitividad de la acción la hay en todos los tipos de eutanasia, se adjetiven como se adjetiven; es decir, el médico siempre está actuando con respecto al enfermo.

La tercera pregunta era sobre si hay experiencia suficiente a partir del Código Penal de 1996. Aquí la respuesta es muy fácil, muy clara y muy rápida. Como no hay transparencia de cifras, como no hay encuestas anónimas entre los médicos, no se sabe más que por los casos que llegan a asociaciones como las mías, casos que nos han contado personalmente familiares, médicos, y casos consultados por enfermos. Pero es una casuística suelta, no hay una información transparente y global, de manera que no puedo contestarle como sería mi deseo; quizás si existiera ya esa respuesta no estaríamos aquí.

Después, en cuanto a la declaración efectuada en el III Congreso de la Gente Mayor, que se ha producido en Barcelona, lamento decir que no la he leído; me ha cogido en unos días en que, por cuestiones personales y de trabajo, no he podido hacerlo. Sé que se manifestaron a favor de la muerte digna y creo, repito, que ése es el mayor punto de consenso entre las personas que están a favor de la legislación sobre la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido, en las condiciones tantas veces expresadas. El mayor punto es que todos deseamos que se mantenga la dignidad de la persona, y la cuestión está en el cómo; por ello hay que ayudar al débil y, en especial, que no se discrimine al tipo de enfermo del que ya he hablado.

Paso ahora a contestar a la Senadora Rodríguez Fouz. Me pide datos sobre nuestra Asociación. El número de afiliados es vergonzosamente bajo, pero lo es porque el trasfondo cultural siempre tiene una fuerza en todas las aso-

ciaciones del área católica, y en especial en las mediterráneas: es bajo el número de afiliados en Italia y es bajo en España. Contamos con dos mil afiliados de cuota —digamos— y un archivo de tres mil simpatizantes. Al lado, en Francia —y digo al lado porque yo vivo en Barcelona y pasar los Pirineos supone hora y media; en todo caso, hoy en día, el avión en dos horas nos lleva a Centroeuropa, a Suiza, a Francia, en esta globalidad de comunicaciones—, hay 28.000 asociados, y en la Suiza alemana, que tiene siete millones de habitantes —casi como en Cataluña, que tiene una población de seis millones de habitantes— la asociación tiene 65.000 miembros, y otros tantos en la Suiza francesa. En Japón hay unos 85.000 miembros, porque allí es diferente ese trasfondo cultural de la indignidad que suponen ciertas situaciones, como la de los camicaces en la guerra. El que el anterior emperador, Showa, muriera en aquella situación de cáncer alargadísimo, de encarnizamiento terapéutico, ha hecho que la población se conciencie enormemente y considere que esas situaciones provocan un estado de indignidad, y que era indigno que se hubiese mantenido al emperador en esa situación de ignorancia y de encarnizamiento terapéutico. Yo recuerdo con asombro que, en el año 1994, en un congreso, el Presidente de la asociación japonesa, un conocido arquitecto, me dijera que crecían a un ritmo de cien socios por día. Es decir, que el contexto cultural influye muchísimo.

Lo que sí he dado antes son los datos españoles de las encuestas. La última conocida del CIS es del año 1997, que daba un 67 por ciento de apoyo. Conozco también la de la OCU, que es muy interesante, porque entre jóvenes de 18 a 29 años hay un 69 por ciento a favor de que se reconozca legalmente este derecho, que no quiere decir que lo vayan a ejercitar; cuando se hacen las encuestas lo que se hace es decir que, si nuestras Constituciones nos hacen libres, con restricciones, y nos dan la dignidad, que se reconozca.

En efecto, damos asesoramiento jurídico y la tipología de los enfermos es la que he dicho antes. Han venido durante muchos años enfermos de cáncer. Casi todos los casos se han podido solucionar con información, y algunos desconocían —yo no llevo la atención directa a los enfermos, pero he atendido a algunos por amistad— que existían unidades del dolor en el hospital en que eran atendidos. Lo que había era un fallo de comunicación, que se produce con relativa frecuencia. Hemos dado mucha información al respecto, y también sobre centros de cuidados paliativos. También han venido enfermos de sida, que son muy conflictivos, porque un día dicen que sí quieren que se les ayude a morir y al día siguiente dicen que no, sobre todo porque van saliendo nuevas medicaciones. Han venido especialmente enfermos con enfermedades neurológicas degenerativas, tanto de esclerosis múltiple como de esclerosis lateral amiotrófica, y sabemos que algunos han podido solucionar sus casos, con muchísimo sufrimiento de las familias, con ayuda de amigos y familiares y algunos con ayudas médicas.

Igualmente —y es algo que jamás los cuidados paliativos podrán solucionar, aparte de la personalidad del enfermo que pide la ayuda— nos ha llegado algún caso como los que se conocen como «locked-in» que es la peor situa-

ción en que se puede encontrar un ser humano racional. Consiste en que puede producir una lesión en la base del cerebro —no recuerdo ahora el sitio exacto, y seguramente un médico lo pueda explicar mejor— por la cual la persona queda completamente inmovilizada pero consciente, es decir, no queda en estado vegetativo permanente, en el que, como he dicho antes, confío en que la persona afectada no tenga percepción de su realidad, aunque para confirmarlo hace falta que pasen unos cuatro meses, y en ese período puede haber una etapa intermedia, sobre todo si las trombosis se repiten. Lo sé porque fue el caso de mi madre, afectada por una primera trombosis —seguramente se repitieron otras dos o tres más—, tras la cual parecía que sí tuvo una etapa de consciencia tanto por la comunicación a través de los ojos como, sobre todo, por la expresión, aunque también pueden ser movimientos reflejos.

Como he dicho, el caso «locked-in» es terrible porque la persona queda completamente inmovilizada pero consciente, estableciéndose un código —hay ya unos alfabetos— con los ojos a través del cual la persona afectada puede contestar a todas las preguntas. Yo conozco tres de estos casos. Dos de ellos se solucionaron con eutanasia activa, por decirlo directamente, o sea, en un caso un médico y en otro caso los familiares intervinieron directamente, y otro era una persona de edad muy avanzada que admitió su estado y falleció pacíficamente no mucho después. ¿Ustedes han visto la película «Johnny cogió su fusil»? Trataba sobre un soldado que queda, a causa de heridas de guerra, en esta situación y la enfermera le quiere ayudar desconectándole, después interviene un médico y el caso no se resuelve. Es una película antigua e impresionante. El «locked-in», que significa quedar cerrado en sí mismo, es exactamente esto. Imagínense ustedes, por ejemplo —como he sabido, aunque no he conocido directamente—, el caso de una persona de cerca de treinta años que de repente queda en este estado y pide como sea que no se la deje así. ¿Qué harían ustedes si son médicos? ¿Qué harían ustedes si son sus familiares? Dejo la pregunta ahí.

¿Son suficientes las unidades de cuidados paliativos? Las unidades de cuidados paliativos, como ustedes saben, surgieron en España hace unos diez años y tienen su origen en los «hospices» ingleses. Cuantas más mejor y que se dé todo el presupuesto necesario para que existan, para que se aumenten. Cataluña, como otras Comunidades Autónomas que tienen las competencias transferidas, está aplicando el programa «Donar vida als anys» y también en Canarias sé que están muy bien atendidos, especialmente en el hospital del Sabinal, pero repito, hay casos que no se solucionarán. A este respecto tengo una anécdota reciente muy interesante. Hace un mes y medio aproximadamente pidió hablar conmigo una enfermera de cuidados paliativos de un hospital cercano a Barcelona. Yo tenía cierta curiosidad. Tuvimos la entrevista y ella me preguntó sobre el tipo de enfermos que acudían a nosotros. Me explicó que a veces las personas que estaban en cuidados paliativos tenían dificultades para ser comprendidas por ciertos médicos más que por enfermeras, pero que viendo una película que emitió Canal Plus hace unos años basada en un caso real en

que un enfermo de esclerosis lateral amiotrófica es ayudado a morir por un médico comprendió que cuidados paliativos, ni siquiera en los aspectos físicos, podía complementar todos los casos, aparte de la personalidad de ciertos individuos. La película trataba —no sé si la han visto, pero es impresionante— de cómo él pide morir y tiene una muerte pacífica, con su mujer al lado, llorando, pero la actuación del médico no puede ser mejor por el amor que se le da, la suavidad, la delicadeza. Él hace una despedida como puede, escribiéndola con el ordenador, que le cuesta no sé si dos horas porque se comunica ya con mucha dificultad con un dedo señalando en el alfabeto.

Yo quisiera —y dejo aquí esta solicitud— que, si es posible, ante esta Comisión se proyectase el vídeo que emitió Canal Plus sobre el enfermo de esclerosis lateral amiotrófica filmado en Holanda juntamente con el vídeo de la muerte de Ramón Sampredo que en estos momentos está depositado en el Juzgado de Santa Eugenia de Ribeira donde el sumario sigue abierto, porque les aseguro que es como para hacer un eslogan: se puede morir así, siendo ayudado de forma clara y sin trabas, o se puede morir así, en la clandestinidad.

Tuve, tristemente, ocasión de ver la agonía de Ramón Sampredo. Probablemente sufrió muy poco tiempo, porque debió calcular magníficamente —no sé cómo— el efecto del cianuro, pero ustedes pueden imaginar la angustia de las personas que lo vimos cuando nos llegó anónimamente a nuestra Asociación y antes de enviarlo al sumario, como era preceptivo; angustia al poner el vídeo y no saber cuándo iba a acabar aquello, tratándose, además, de una persona a la que has conocido personalmente, aparte de haberle visto en los vídeos y comprobar su lucidez. Casi estoy por no decirles lo que duró, por si pueden ustedes solicitar el vídeo, porque la angustia es espantosa, y no es el único caso, repito, porque hay una eutanasia clandestina y algunos casos se han solucionado de forma realmente dramática.

La señora PRESIDENTA: Si puede ir concluyendo se lo agradecería, porque la hora se nos está echando encima.

La señora BETANCOR GÓMEZ (Profesora de Bioética de la Universidad de Barcelona y Vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente): Mi exposición ha sido breve, pero la contestación está siendo larga.

Me ha preguntado también sobre el testamento vital y ya me he extendido sobre ello.

En cuanto al insuficiente respaldo legal de los médicos, estoy completamente de acuerdo. Creo que hay médicos que se ven en situaciones realmente conflictivas y que eso da lugar, tristemente, a la medicina legítima defensiva, porque a veces son los familiares la parte más conflictiva y que más se opone para que ellos puedan actuar con prácticas legales, legítimas.

No me cabe duda de que la despenalización o legalización de la eutanasia evitará suicidios precoces que, desde luego, nuestra asociación ha conocido, porque hay un efecto paliativo —y esto está estudiado y se lo oí por pri-

mera vez a un médico holandés, el doctor Cohen, que escribió una bonita ponencia al respecto en un congreso en Maastricht— al saber que la eutanasia está permitida, es decir, esto quita angustia al enfermo, y alguno nos lo ha expresado así directamente diciendo: Si yo supiera seguro que el médico no iba a tener problemas en ayudarme en mi hora terminal —enfermos, por ejemplo, con esclerosis múltiple—, no tendría esta angustia que tengo, pero nadie me da el sí claro de que me va a ayudar y solamente me dicen que no me preocupe, que no tendré dolor, pero eso me es insuficiente. De manera que en algunos casos se han suicidado y sobre esto ha habido declaraciones expresas de suicidios en Francia, incluso por parte de un dominico que lo ha dicho públicamente, porque no hay una ley que permita estas actuaciones médicas.

Que la autonomía no es un valor absoluto ya lo hemos hablado, así como sobre los principios bioéticos en contraste.

Me parece que ya sólo me queda contestar al señor Bellido, del Partido Popular.

En cuanto al caso Sampredo, él quería morir porque no quería vivir en su situación. Personalmente mi impresión es que se trataba de un hombre de una extrema sensualidad. A los 26 años tuvo el accidente y, por lo tanto, se le había cortado la vida a una persona de una enorme vitalidad, que había conocido 42 países y que, realmente, a pesar del enorme esfuerzo intelectual que hizo, porque la diferencia entre sus familiares y él era enorme en cuanto al desarrollo intelectual que él había tenido que hacer durante tantos años por entretener la vida de alguna manera, su decisión era firme, como lo demostró. De todas maneras, lo que sí le aconsejo a usted, porque yo no tengo que hablar por él, ya ha muerto y además habló en muchos vídeos, es que lea su libro. Allí dejó algo escrito —yo lo he dicho en varias ocasiones— sobre la tecnología y los mejores cuidados, como él los tuvo en su casa y yo pude presenciar —su cuñada es una santa, por decirlo en términos clásicos, por cómo le cambiaba, cómo le mudaba de postura cada dos horas, etcétera—. También había estado internado en el IMSERSO y se fue de allí porque me dijo que se sentía en un «ghetto», que él quería contacto con toda la sociedad. En su libro, «Cartas desde el infierno», cuando recibió estas ofertas, por ejemplo la generosísima de Javier Gafo, escribe: No quiero más tecnología de la que tengo y solicito, porque de esta manera es como se ama y se respeta a una persona. Yo creo que no puede haber testimonio más claro de que la mejor tecnología médica no es suficiente para dar sentido a una existencia en esa condición de inmovilidad mantenida durante casi 30 años por esta persona, por centrarnos en el caso sobre el que usted me ha preguntado.

¿La casuística en España es pobre? Evidentemente, he dicho ya que mientras no haya transparencia no puede saberse la cantidad de casos que hay. Seguramente, en casi todos los países tenemos, junto con Holanda, un dos por ciento de solicitudes.

Preguntaba usted si en España también existía la ayuda médica para morir. Evidentemente, en muchísimas situa-

ciones. Se refería también a que quien vive dignamente tiene garantizada una muerte digna. Desgraciadamente no. Tampoco sabemos lo que es vivir dignamente. Sí que es verdad que el concepto de dignidad —y esto ya desde los estoicos y desde Roma— va unido a una consideración de la persona y a una especie de estatus social en función de sus actuaciones como persona. No tiene que ver con su estatus público o con su cargo, sino con sus actuaciones como persona. Esto ha sido así históricamente. Además, el cristianismo extendió este valor de la dignidad a todos los seres humanos, lo cual es una aportación valiosísima.

Ahora bien, hay personas que consideran que han vivido dignísimamente y que cuando les llega una enfermedad del tipo de las que he nombrado no pueden recibir la ayuda que solicitan y mueren en una situación que ellos consideran indigna. Tienen que recurrir, a lo mejor, a sujetarse o a que alguien les sujete unas bolsas de plástico a la cabeza mientras toman unos sedantes y cosas así, lo cual es algo espantoso. No creo que sea una forma que en nuestra civilización, en nuestra cultura, se considere digna de morir para nadie.

Las acciones de la Asociación —les pasaré a ustedes un folleto— básicamente consisten en dar información que suministramos dentro de la legalidad. Contamos asimismo con asesoría jurídica, con desplazamiento en el área de Barcelona y de Madrid para atender los casos conflictivos, que los ha habido con respecto del testamento vital, para establecer comunicación, cuando ha sido difícil, entre el equipo médico, familiares y enfermo.

Usted ha dicho al final que había mencionado un elemento peligroso. Lo que he dicho —no sé cómo ha quedado registrado, pero sí sé lo que yo he traído escrito; vamos a ver si lo encuentro porque una está llena de papeles—, porque quisiera repetirlo literalmente para no crear confusiones, es que habían venido familiares —usted ha dicho que pedía una selección de enfermos o algo así; perdone pero no he tomado la frase completa— que no sabían dónde depositar la angustia del propio sufrimiento final, o el de los suyos o allegados. «Depositar la angustia» he dicho. Nada más.

La señora PRESIDENTA: Muchísimas gracias, señora Betancor, por el esfuerzo de concreción que ha realizado al intentar responder a todos los portavoces.

Señoras y señores portavoces con mucho temor les pregunto: ¿alguna de sus señorías quiere volver a intervenir? Muchísimas gracias a todos ustedes por su asistencia, su atención y su interés. Muchísimas gracias, señora Betancor, por su comparecencia que será de gran utilidad a la hora de elaborar el informe de esta Comisión.

Suspendemos de momento la sesión y les convoco para las cuatro y media de la tarde. Gracias.

Eran las catorce horas y cinco minutos.

Se reanuda la sesión a las dieciséis horas y cuarenta minutos.

— COMPARECENCIA DE DON ALFREDO ORDÓÑEZ, CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN DE MADRID (715/000275).

La señora PRESIDENTA: Señorías, buenas tardes. Reanudamos la sesión.

Tenemos con nosotros al Doctor don Alfredo Calcedo Ordóñez, Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid.

Doctor Calcedo, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, le doy la bienvenida a esta Comisión y ya le cedo el uso de la palabra para que nos exponga sus consideraciones.

El señor CALCEDO ORDÓÑEZ (Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid): Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, deseo agradecer su llamada, en el sentido de que la Psiquiatría se inserte en este debate, puesto que diría que el trastorno mental está presente en muchísimos casos de eutanasia, o puede estar presente, o, por último, habría que decir que es cierto que algunas veces en las decisiones de muerte solicitada las interferencias provienen de la Psiquiatría, en el sentido de promoverlas y en el sentido de anular otras posibilidades.

Soy médico y soy psiquiatra y, evidentemente, tengo que estar aquí presente en función de lo que son los objetivos clásicos de la Medicina. Y los objetivos clásicos de la Medicina, como vemos en la transparencia, tienen que ver, esencialmente, con preservar la vida, con prevenir y evitar el sufrimiento. Eso es lo que, en líneas generales, hace la Medicina.

No obstante, de un tiempo a esta parte se ha alzado ese concepto de calidad de vida y, sobre todo, eso de no alargar la vida a cualquier precio. Y en Medicina conocemos el encarnizamiento terapéutico. Hay personas a las que se les mantiene vivos hasta extremos verdaderamente discutibles o terribles, por lo que muchas veces uno se plantea que no es necesario llegar hasta tal extremo, si bien cualquier decisión en lo humano implica riesgos. Y esos riesgos tienen que ver con la legitimación o la legalización de la eutanasia. Por tanto, cuando uno quiere profundizar en algo inmediatamente aparecen contrapartidas.

Como acabo de señalar, los objetivos clásicos de la Medicina tienen que ver con preservar la vida, por una parte, y con prevenir y evitar el sufrimiento. Pero todos los médicos trabajamos de una manera; trabajamos, queramos o no queramos, en un marco ético y en un marco legal. Nosotros nos debemos a unos presupuestos éticos. Hay unos valores que los médicos, desde siempre, hemos tenido en cuenta. Naturalmente, estos valores han ido evolucionando con el tiempo. Hemos estado primeramente en una ética naturalista; hoy estamos más en una ética autonomista; hoy, los principios de autonomía, de justicia y de no maleficencia ejercen, por decirlo así, una presencia, en tanto que antes estábamos con el principio de beneficencia. Eso es una parte.

El médico, en el momento actual, se encuentra ante la muerte solicitada. Esas peticiones de muerte solicitada derivan de que estamos inmersos en una cultura, que es la de la autonomía, y definidos por la cultura de la lucha por la muerte, razón por la que nos encontramos ante una contradicción: los médicos promovemos la cultura de la vida, luchamos a favor de la vida, pretendemos conservar la vida, pero, por otra parte, está la cultura de la autonomía y, algunas veces, nos solicitan la muerte. Pero, por otro lado, sucede que como psiquiatras —aquí ya dejo el punto de vista médico y ya me especifico como psiquiatra— tenemos una familiaridad con las conductas suicidas y con la psicopatología que subyace en ellas. Hoy podemos decir que la inmensa mayoría de las conductas suicidas derivan de trastorno mental, al menos un 95 por ciento; hay un 70 por ciento que derivan de depresión; hay otro porcentaje más pequeño relacionado con el alcoholismo y las drogodependencias, y lo hay también con la esquizofrenia. Se dan casos de suicidios relacionados con crisis internas, personales, así como con enfermedades somáticas. Y, desde luego, resulta difícil ese suicidio debido al balance existencial, que sí que puede existir, que podemos aceptar que exista, pero desde luego como excepción.

Pero es que los psiquiatras, de un tiempo a esta parte, de acuerdo con la cultura autonomista, estamos siendo peritos en competencias, peritos en evaluar la capacidad de decisión de las personas. Esto resulta muy claro en el consentimiento informado de los casos difíciles, que muchos médicos definen «per se», pero algunas situaciones son delicadas. La cuestión es: ¿hasta qué punto una persona, realmente, manifiesta de un modo claro ese deseo de morir? Para los psiquiatras esa respuesta se nos hace más complicada, porque sabemos que hay deseos conscientes, pero también sabemos que hay pulsiones inconscientes. Porque si de la muerte se trata, ¿hasta qué punto la está queriendo de verdad, o hasta qué punto puede haber interferencias que provienen de problemas emocionales o de trastornos mentales? El psiquiatra puede arrojar alguna luz sobre las interferencias de los trastornos psíquicos en la capacidad de decisión de las personas, y entonces nos planteamos inmediatamente cómo afrontar este problema.

Pero a mí me gustaría subrayar que hay patologías que se caracterizan por el deseo de morir; hay patologías que pueden subyacer en la muerte solicitada; hay patologías que son acompañantes de esa patología terminal que está conduciendo al individuo a los umbrales de la muerte. De otra manera, yo diría que hay el «me mato», el «quiero morir», el «mátame», el «ayúdeme a morir». Existen muchos matices en todo esto que estoy diciendo.

Lo que sí debe quedar claro es que la muerte solicitada es una conducta que tiene concomitancias, relaciones con el suicidio, y si partimos del hecho de que hay una correlación positiva casi total entre suicidio y enfermedad mental, nos podemos plantear que en algunas muertes solicitadas puede haber una apreciación defectuosa, más o menos razonada —eso lo veremos ahora— de esa muerte solicitada. Ésta es una hipótesis con la que tenemos que trabajar. Ante toda muerte solicitada hay que despejar siempre la posibilidad de patología mental.

Una muerte solicitada implica una enfermedad terminal; la enfermedad terminal se considera habitualmente con expectativas de vida inferiores a seis meses. Como es natural, toda enfermedad terminal tiene un estado clínico, tiene una situación clínica. Hay una sintomatología, una expresividad clínica de lo que ocurre, pero no podemos olvidar que hay además de una personalidad, una mentalidad, un modo de ser. La personalidad es un modo de funcionar. Diríamos que hay una persona, que es esa totalidad, y esa persona se manifiesta como personalidad funcional, y ésta se enfrenta al hecho de la enfermedad terminal. Entonces nos encontramos con que hay un proceso morboso, que puede tener sus exacerbaciones: puede haber dolor, el individuo puede estar deprimido, puede sentirse angustiado, puede estar sometido a una condición de soledad, puede sentirse abandonado. De esto resulta que el psiquiatra muchas veces, cuando le llaman, tiene que recordar la Declaración de Madrid, del año 1996. Me gustaría subrayar que esta Declaración tiene un punto primero que se refiere a la eutanasia, en el que se nos señala cuál es la nuestra misión frente a una solicitud. Quiero subrayar que el psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones del paciente pueden estar distorsionadas por una enfermedad mental tal como la depresión. O sea, que el código de ética vigente hoy para los psiquiatras de todo el mundo, que está configurado en el Congreso Mundial de Psiquiatría que se celebró recientemente en Madrid —por eso se llama Declaración de Madrid—, cita en el punto primero de las normas para situaciones específicas la eutanasia, y dicen al psiquiatra: ¡Ojo! Tenga usted en cuenta que debajo de las decisiones de muerte solicitada puede estar la enfermedad mental, y atención a la depresión. Ésta es una Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Un enfermo terminal tiene padecimientos físicos —me gustaría subrayarlo, y voy a terminar con ello—, y me estoy refiriendo a dolor; discapacidades, pongamos por caso al tetrapléjico Sampedro; situaciones insoportables, en cierto modo. Y luego tiene ese nivel del sufrimiento, que es angustia, que es desesperación, que es miedo, por lo que, ante la muerte solicitada, uno se plantea: ¿hay otros diagnósticos? ¿Pueden aliviarse sus padecimientos? ¿Puede aliviarse el dolor? ¿Puede mejorar el grado de discapacidad? ¿Puede eliminarse o controlarse la angustia? ¿Puede eliminarse o controlarse la desesperación? ¿Puede aclararse el miedo? Y lo importante: ¿hay pérdida de autonomía?

En línea con esto me gustaría subrayar que hay una relación entre enfermedad terminal y depresión. Se ha discutido la cuantía. Las estadísticas nos dan cifras dispares. Hay mucha depresión en las enfermedades terminales. Ahora bien, yo insisto en que hay estadísticas que señalan un 20 por ciento y hay otras que suben al 70 por ciento. Pero en la depresión hay tristeza, hay anergia, esa falta de energía, la adinamia, el abandono, estar caído. Pero es que en la depresión hay una inclinación autodestructiva, una actitud derrotista: predominan los valores negativos. Cualquier persona que haya visto a un depresivo se encuentra con que no solamente está triste, cansado, agobiado, desesperado si hay angustia, sino que, además, ese depresivo

es proclive a valores negativos. Además, cuando discurre respecto a todo esto, razona perfectamente, pero razona en clave de valores negativos, en clave de tristeza, en clave derrotista; razona bien, pero en esa atmósfera. Todo esto es importante por lo que viene a continuación.

Cuando nosotros queremos evaluar la competencia de una persona, manejamos cuatro elementos: cómo elige, cómo comprende, cómo aprecia y cómo razona; esto es lo que se utiliza normalmente en el consentimiento informado y se puede aplicar también a la muerte solicitada. Voy a explicar cada uno de estos pasos para verlo más claramente.

El primer paso es: ¿cómo elige, cómo opta una persona? El primer paso es que opta, decide, expresa una elección. Esa elección ¿cómo la expresa? La expresa de la siguiente manera: yo solicito que retiren todo el soporte vital; pido que aceleren mi muerte; pido que me pongan una inyección y que deje de sufrir; yo pido dejar de existir. Ése es el primer elemento: la elección. Elige, opta, se manifiesta: quiero morirme, pero quiero que me maten ustedes; es decir, lo expresa, y sin esa expresión no se puede ir más allá.

Una vez que una persona nos ha dicho esto, tenemos que plantearnos si comprende. ¿Qué es comprender? Comprender es intuición de las relaciones de sentido de lo que sucede en la vida; comprender es entender su situación; comprender es que con toda la cultura que tiene respecto a aquello que le pasa, respecto a aquello que sufre, la persona entiende su situación, la comprende. Esa comprensión nosotros podemos estudiarla en general: comprende su situación en general, comprende su situación particular referida a la enfermedad terminal que padece. Por ejemplo: yo tengo un cáncer; tengo leucemia; tengo sarcoma; mi expectativa de vida es así. Conoce. Sabe.

Un tercer paso es apreciar, valorar. Y, entonces, nos planteamos inmediatamente qué es eso de valorar. Hemos dicho que la persona ha elegido, ha optado: quiero que ustedes me ayuden a morir. Hemos dicho que comprende lo que quiere decir. Y en este momento tenemos que ponderar su capacidad de apreciar, su capacidad de valorar. El ejercicio de cualquier acto voluntario en una situación importante es la realización de un valor. Cuando nos definimos por algo importante, estamos realizando un valor. ¿Qué es un valor? Valor, en líneas generales, es todo aquello que satisface alguna necesidad o produce delectación, ésa es la definición que viene desde el siglo XIX de los neokantianos. Un sujeto realiza una atribución de valor y satisface una necesidad. Un individuo que padece una enfermedad terminal, que está con grandes dolores, que está sufriendo, considera en ese momento que no le merece la pena vivir, y en esa expresión que él hace de solicitar la muerte atribuye un valor para satisfacer una necesidad que es dejar de sufrir. Así de sencillo.

Luego viene la cuestión de cómo lo razona, y ese razonamiento son las explicaciones lógicas sobre la elección hecha. ¿Qué es lo que ocurre? Pues que cuando tenemos a una persona que está deprimida, opta: me quiero morir; comprende su situación, la situación de enfermo terminal, y, además, tiene una lógica aplastante, ¿quién se la va a dis-

cutir!, pero si está deprimido, si está angustiado, lo que ocurre es que esa lógica está obscurecida por una apreciación que a lo mejor está viniendo del trastorno depresivo —porque, insisto, hay depresión— o del trastorno angustioso.

Como me han explicado el funcionamiento de la Comisión, voy a terminar refiriéndome a Quevedo y haré un comentario.

Ya saben ustedes que hace 200 años o tal vez más Quevedo dejó un memorial debajo de la servilleta de uno de los que mandaban, del conde-duque de Olivares, y que terminó en San Marcos de León en una celda húmeda y fría; allí pasó año y medio, perdió hacienda, tenía tres úlceras canceradas y sufrió mucho. Quevedo escribió «De los remedios de cualquier fortuna», glosando a Séneca. Quevedo nos permite ahondar en el lenguaje castellano a diferencia de los otros lenguajes indoeuropeos. Les voy a explicar esto porque tiene que ver con lo que estamos hablando hoy.

En latín los verbos que derivan de padecer y de sufrir, «patior» y «suffero», son sinónimos, significan lo mismo. Todos los lenguajes indoeuropeos tienen un verbo para lo mismo. Sin embargo, en castellano tenemos padecer y sufrir. Y fueron los clásicos españoles de los siglos XV, XVI, XVII y luego los del XVIII y los del XIX los que ahondaron en esto.

Quevedo dice: Padezco dolor; el dolor milita contra los sentidos del cuerpo; contra él militan las potencias de mi alma; si me vence solamente me muestro cuerpo; si le venzo me muestro hombre.

Esto viene a cuento de esa división que hay entre los elementos que deciden y que definen la petición de muerte, la muerte solicitada —que es el sufrimiento de lo físico, el dolor, las discapacidades—, o bien el sufrimiento de lo emocional, de lo personal. Padece la enfermedad, padecemos los síntomas, nos duele, las incapacidades, lo que queramos pensar de todos los síntomas. Sin embargo, sufrir es otra cuestión; sufrir tiene que ver con la voluntad del que padece, con asumir su destino humano, que sabemos que es morir. Evidentemente, se puede ser más o menos héroe, pero lo que hay que tener claro es de dónde nos viene la llamada: si la llamada nos viene del cuerpo o de la persona. Si no viene del cuerpo, tenemos que reclamar a la Medicina el control de ese padecimiento con las técnicas que sean; pero si nos viene no del padecimiento, sino que nos viene del sufrimiento, entonces ese sufrimiento también tiene sus posibilidades. Ese sufrimiento puede ser la soledad, puede ser el abandono, puede ser la marginación, puede ser el sentirse una carga para otros. Con esto quiero decir que la condición en la que surge todo esto es muy compleja: por un lado, la persona es la que sufre; la enfermedad es la que hace padecer.

A mí me parece —le he dado vueltas a esta cuestión y les aseguro que no es fácil— que lo que tenemos que hacer los médicos respecto a los pacientes es definir claramente las razones que están detrás de la muerte solicitada para responder adecuadamente. A la muerte solicitada no se puede contestar con un sí o un no sin profundizar.

El término de la muerte solicitada surgió, como saben, en el año 1620 del «Novum organum» de Bacon que le dio el sentido de aliviar la agonía, de aliviar los sufrimientos. Durante muchos siglos ha habido el desahucio médico. Ahora se habla del desahucio médico a petición. La cuestión no es médica en sí, desde mi punto de vista, sino jurídica y ética. Los médicos tenemos cada uno de nosotros una postura individual o personal a este respecto, y ya hemos dicho antes que no se puede ser neutral ante esto, pero lo que sí tenemos que hacer nosotros es ser operativos para asumir y escudriñar sobre lo que está pasando porque, conforme más se va profundizando en esa demanda, más se pueden esclarecer los motivos que la originan y más puede actuarse en consecuencia.

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Doctor Calcedo.

A continuación se abre un turno de portavoces. En primer lugar, tiene la palabra la Senadora Costa Serra, portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

La señora COSTA SERRA: Gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias al compareciente, señor Calcedo, por su exposición y por la claridad de la misma.

Me gustaría hacer una reflexión de modo muy breve en relación con lo que usted ha dicho antes: que con estas demandas de muerte solicitada se pone de manifiesto que empieza a haber un predominio de la cultura de la autonomía personal, lo que me lleva a considerar que los médicos en general, y usted, como médico psiquiatra, también podrían ayudar mucho en este sentido para que nos vayan enseñando algo sobre la cultura de la muerte, cultura que hoy aún no existe. Es decir, deberían mentalizarnos ustedes para que vayamos sabiendo de verdad que un día a todos nos va a sobrevenir algo nos guste más o nos guste menos. Quizá este tema se aleje un poco del objeto de esta Comisión, pero lo que es cierto es que todavía no existe en nuestra sociedad una cultura sobre lo que a todos nos llegará en su día.

Por otra parte, usted ha dedicado el mayor tiempo de su exposición a la relación entre la enfermedad terminal y la depresión que puede estar sufriendo un determinado enfermo. Como usted ha manifestado, en esa Declaración de Madrid de 1996 ya se hace una especie de advertencia a los médicos psiquiatras para que tengan en cuenta que la voluntad por parte de un enfermo para solicitar su propia muerte no esté mermada por una depresión de ese enfermo. Lo que pregunto es si concretamente un médico psiquiatra tiene los medios necesarios —yo supongo que sí— para discernir y poder ver hasta qué punto esa persona está sufriendo un trastorno mental o hasta qué punto su voluntad es clara, firme y expresa. Porque, por otra parte, yo también me planteo que cuando una persona se encuentra en una situación extrema, bien por una enfermedad irreversible, bien porque ve venir de manera inminente su muerte, lo extraño sería que en algún momento de su enfermedad no pasara por un estado depresivo, pero si ese estado depresivo es también incurable o se alarga tanto en el

tiempo que esa persona puede estar durante treinta o cuarenta años solicitando de forma consciente, lúcida y tajante —y aquí se han mencionado algunos casos concretos— que se ponga fin a su vida, no sé si un tercero puede estar más legitimado que esa persona, que el interesado, para decidir si ese enfermo está pasando por un estado depresivo, puesto que yo no sé si puede hablarse de que una depresión pueda durar treinta o cuarenta años a no ser que se trate de una depresión crónica.

Es decir, la duda que se me plantea es si después de todo ese tiempo solicitando su propia muerte, podría considerarse que su voluntad está mermada por un trastorno mental. Y, sobre todo —repito—, no sé si una tercera persona podrá estar más legitimada para tomar una decisión que lo que pueda estarlo el propio solicitante, ese enfermo que está pidiendo una solución para su enfermedad o para su problema. Porque si entramos, como usted decía, en las razones que están detrás de esa muerte solicitada, esas razones son siempre muy subjetivas, y si entramos en las razones de lo que es una vida o una muerte digna —de lo que también se ha hablado aquí..., eso de la dignidad es también, efectivamente, algo muy subjetivo, con lo cual, lo que para usted puede ser digno puede no serlo para mí. Entonces, ¿quién mejor que la propia persona que está padeciendo esas situación para determinar si vale la pena o es digna para él la vida que está llevando?

Solamente quería someter a su consideración estas cuestiones y reiterar mi agradecimiento por su exposición.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa.

El señor CALCEDO ORDÓÑEZ (Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid): ¿Contesto ahora, señora Presidenta?

La señora PRESIDENTA: Doctor Calcedo, aunque le parezca mentira, para usted es mucho más fácil agrupar todas las respuestas porque a veces muchas preguntas pueden coincidir. Por tanto, puede contestar de forma global a los portavoces.

Tiene la palabra el Senador Cardona como portavoz del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió.

El señor CARDONA I VILA: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar quiero agradecer la comparecencia del Doctor Calcedo y también su exposición.

Ciertamente, coincido con algunas de las afirmaciones que se han hecho. De lo que usted ha dicho y por su insistencia en la cuestión yo deduciría que ante cualquier petición de muerte solicitada se debe descartar previamente la posibilidad de un cuadro depresivo, aunque se hubiera manifestado anteriormente debido a determinadas circunstancias. Porque la sintomatología de ese cuadro depresivo puede afectar de una forma casi definitiva a la competencia del enfermo en relación con esas cuatro fases que usted

ha diferenciado: elección, opción, decisión y expresión de una elección. Y, por otra parte, es difícil saber hasta qué punto puede afectar ese cuadro depresivo a la decisión final de la persona cuando ésta ha experimentado dicho cuadro, y hay pruebas fehacientes por ejemplo, en el testamento vital o en la manifestación de voluntades.

Por tanto, mi pregunta es ésta: ante cualquier solicitud de muerte, o más concretamente, ante una petición de auxilio de eutanasia, ¿hay que descartar la posibilidad de un cuadro depresivo con las dificultades que ello conlleva?

Quiero reiterar mi agradecimiento por su comparecencia y por su exposición.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el Senador Gibert.

El señor GIBERT I BOSCH: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, señor Calcedo, por su presencia y por su aportación a los trabajos de esta Comisión.

Mi única pregunta tiene que ver en alguna medida con las anteriores, aunque creo que en ella hay un enfoque ligeramente distinto, lo que creo permite pensar que no es absolutamente superflua.

Supongo que está claro que una de las funciones o facetas de la Psiquiatría es valorar la competencia de los individuos, en este caso de los enfermos, que solicitan su muerte. Esta mañana hablábamos de esta cuestión partiendo de una casuística prácticamente infinita —y creo que esto coincide con su intervención—, por lo que cada caso habría de ser valorado individualmente. Lo que ocurre es que si en todos los supuestos hay penalización, podríamos decir que, en cierta medida, esa valoración de la competencia no ha lugar, es decir, esa valoración no se presenta como un problema, aunque en la realidad supongo que sí constituye un problema en ocasiones. Pero lo que quiero decir es que no se presenta como un problema salvo que se den unos determinados casos dentro de esta casuística infinita, dentro de todos esos casos que se producen en los hospitales y que dan lugar a decisiones, podríamos decir, que se toman en la intimidad —no sé cómo denominarlo—, en un marco de tolerancia o en un marco de desconocimiento de datos y, por tanto, en un marco de desconocimiento de lo que realmente ocurre, aunque es poco probable que en la toma de esas decisiones por parte de unos médicos en función de la conciencia o de la valoración ética de cada situación —como se decía esta mañana—, decisiones a veces difíciles, se pida un dictamen psiquiátrico a su vez en función de la no transparencia de las situaciones que se crean. ¿Es esto así?

Pero a esta pregunta yo le añadiría lo siguiente: Usted decía al principio de su intervención que cualquier caso de muerte solicitada puede estar distorsionado por una patología —sin entrar en porcentajes, usted lo decía como un hecho probable o frecuente—, de lo que debe deducirse también que puede no estar distorsionada en un porcentaje a lo mejor ínfimo. Y sigo preguntando. Esta mañana hablaba-

mos del testamento vital y mi pregunta la complementarí con esta última parte —con ello termino—, en el sentido de que en los casos de testamento vital que en principio no se redactan en situaciones límites, más propensas a este tipo de afectaciones, si cree usted que también hay una probabilidad más o menos alta, y si lo es más o menos que en los casos anteriores, de distorsión, por alguna patología, que en los casos en los que se hace un testamento vital.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Gibert.

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

El señor BELLIDO MUÑOZ: Gracias, señora Presidenta.

También con suma brevedad, para dar las gracias al doctor Calcedo. Digo con brevedad porque entiendo que su exposición ha sido lo suficientemente concreta y clara para aportar unos criterios que podemos integrar con facilidad en los trabajos de la Comisión.

En cualquier caso, la propia intervención nos ha suscitado las mismas dudas a todos. En principio yo tenía la intención de que el doctor Calcedo nos señalara si efectivamente varía la etiología de esas conductas suicidas de acuerdo con la edad y, de alguna manera, a lo largo de la intervención lo ha contestado.

No obstante, tengo anotada alguna cuestión más. No sé si tendrá mucha importancia pero espero que pueda contestarla el señor compareciente. ¿Qué opina de aquella persona que, pudiéndose aplicar a sí misma el suicidio, solicita en una situación de enfermedad terminal el homicidio consentido? Desde el punto de vista psiquiátrico, ¿esa persona tiene una auténtica voluntad de suicidarse?

Ha hecho referencia al sufrir y al padecer, que me parece magnífica. También desde el punto de vista psiquiátrico, no sé qué le resulta al hombre más fácil o más difícil superar si el padecer o el propio sufrir. En cualquier caso, me interesaría saber si el hecho de no superar estas dos opciones —fundamentalmente el sufrir— necesariamente tiene que suponer o no la existencia de un trastorno psiquiátrico o psicológico o si, en condiciones de normalidad, cualquier ser humano puede verse abocado a no superar el sufrir.

Efectivamente, nos ha dado unos porcentajes sobre la incidencia de depresiones en enfermos terminales en esos seis últimos meses de vida, y me gustaría saber si se ha hecho algún estudio sobre estos enfermos en situaciones límite, en las que el enfermo pide la eutanasia; es decir, como usted ha comentado, que se ponga fin a su vida.

Nada más, señora Presidenta; gracias, señor Calcedo.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bellido.

Tiene la palabra el señor Calcedo.

El señor CALCEDO ORDÓÑEZ (Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gre-

gorio Marañón de Madrid): Voy a empezar haciendo referencia al Hospital Gregorio Marañón, donde trabajo. Hace poco había allí 11 comas vegetativas. He tenido ocasión de ver algunos, obviamente por procedimientos de incapacitación, de larga duración y uno reflexiona ante aquello desde el punto de vista personal, teológico, económico, político y no tiene respuesta para la persona que tiene que actuar. Cuando he preguntado a algunos de los que están a su cuidado lo fácil que resultaría, las dificultades que tiene a veces con los familiares, tan pronto se personaliza la cuestión entra en crisis. Puede que algunos darían el paso de desenchufar la máquina. Se ve funcionando la máquina día tras día, noche tras noche, año tras año y uno no tiene respuestas. No las tiene porque muchas veces se desconoce lo que pensaría esa persona, ya que no ha dejado un testamento vital y, aunque lo hubiera dejado, seguiría habiendo problemas, posiblemente porque somos herederos de una ética de la lucha por la vida. La medicina imprime un carácter y cambiarlo en otra dirección no es fácil. Digo todo esto de entrada.

A la Senadora Costa Serra, del Grupo Parlamentario Mixto, lo primero que tengo que decirle es que el término depresión nosotros lo utilizamos en sentido médico pero lo es también en sentido vulgar. Hay adolescentes que dicen: estoy con la «depre». Evidentemente, hay depresiones crónicas; la depresión es un trastorno mental, pero estar triste no es un trastorno mental; es decir, hay situaciones existenciales de tristeza.

En psiquiatría nosotros distinguimos las crisis de los trastornos mentales. Una persona pierde a un ser querido y se entristece. Por decirlo de alguna manera, está absolutamente abrumado, hundido. Sabemos que las crisis tienen unas fases. La fase de impacto, en la que el individuo se manifiesta incrédulo. Se pregunta: ¿cómo es posible? y no se cree que la persona haya muerto, sobre todo en las crisis por accidentes, no en las madurativas o situacionales que se ven venir. Si de repente a una persona le dicen que su padre y su madre se han matado en un accidente de coche, lo primero que sienten es incredulidad, perplejidad. Posteriormente viene el repliegue, que es cuando la persona empieza a metabolizar lo sucedido, se angustia, se irrita, se entristece y, al cabo de unos meses, viene la resolución, lo integra y puede hablar de sus padres sin llorar, puede hablar con una emoción controlada. Sin embargo, otras personas entran en la enfermedad mental como consecuencia de ello y se hace crónica.

Toda persona que sufre, como por ejemplo el tetrapléjico, por un accidente, está en una situación de impacto. Llega el momento en el que se repliega, lo metaboliza y posteriormente ya se sitúa, asume y define su situación. El agobio, el desespero, la angustia de verse así son facetas de la condición humana. En sentido jurídico es el arrebato, la obcecación o el miedo insuperable, aspectos emocionales que nos corresponden.

Nosotros, como psiquiatras, ante las muertes solicitadas, cuando restringimos la voluntad de un paciente porque se quiere matar siempre funcionamos con un criterio que se llama moratoria. Luego nosotros valoramos la autonomía y llega un momento en el que a esa persona le da-

mos el alta, asume su vida, y hace con ella lo que estima conveniente; desgraciadamente, algunos se suicidan. Tan malo es que a cualquier depresivo con ideas de suicidio le demos el alta como una vigilancia excesiva: los dos extremos son malos.

Nosotros tenemos tres rasgos para definir a una persona que se quiere suicidar y luchamos contra ellos, que es cuando le pasa algo, un dolor, una situación terrible, lo que queramos, que son: inescapable, interminable e insoportable. Inescapable significa que está atrapado en ella, que no puede salir; interminable, que no tiene horizonte; insoporable, que no tiene tratamiento el dolor o la situación de impotencia. Hay tetrapléjicos que su sufrimiento es que no pueden hacer lo que ellos estarían dispuestos a hacer.

Desgraciadamente, nosotros convivimos con el homicidio por compasión. Puedo decir que los homicidios por compasión que yo conozco forman tal categoría que cuando se mezclan con los homicidios normales distorsiona todo. Los homicidios por compasión los protagonizan como autores las mujeres; frecuentemente son víctimas los niños; no hay problemas mentales muy graves y el porcentaje de los que se terminan suicidando es muy alto. El precio que hay que pagar por el homicidio por compasión es a veces muy alto, y quiero dejar eso muy claro.

Desde el punto de vista ético, y habrá otras personas más autorizadas que yo que se pronunciarán aquí al respecto, se trata de distinguir entre los actos transitivos e intransitivos. Yo creo que los actos intransitivos corresponden a la persona y los transitivos son los que inciden en otra persona a través de mí. Nadie tiene derecho ético a hacer un acto transitivo respecto a otra persona; si lo asume es su decisión, pero desde el punto de vista de la ética no es admisible. Es una cuestión de principios éticos, e independientemente de que se le llame ética liberal, humanista o naturalista se sitúa entre los actos transitivos en los que uno muere por mediación de otro.

Se han buscado artimañas como el suicidio asistido, donde entra en juego el principio de la doble acción que seguramente les han comentado aquí. Se recetan las pastillas, y si quiere tomarse una sobredosis porque quiere acabar con su vida es cuestión suya. Con esto se resuelve un porcentaje de los casos, pero, por ejemplo, el tetrapléjico no puede tomarse las pastillas solo y hay que dárselas, luego en ese caso no es viable.

Se están buscando una serie de estrategias, pero además hay que tener en cuenta algo más. Cualquier decisión que se tome sobre actos transitivos abre la puerta al tratamiento de las personas vulnerables. La postura médica, concretamente la mía, es muy sencilla, y es que hay dimensiones psicosociales y dimensiones con fármacos que pueden resolver esas situaciones, y hay que luchar por ellas porque tan pronto se abre la otra puerta pueden pasar muchas más cosas. En Holanda el homicidio por compasión o piedad está regulado como una excepción, como el aborto en España; está contemplado así en el Código Penal.

Desde mi punto de vista, y hablo como médico y no como legislador, yo, que bebo de las dimensiones éticas con las cuales tengo que convivir porque como médico debo actuar conforme a una ética y a una ley, las que sean,

estoy condicionado por mi profesión y pienso que el homicidio por compasión resuelve mínimamente el problema y genera muchos más de los que soluciona. En otros países el médico se encuentra ante situaciones trágicas de este estilo. Por ejemplo, en Estados Unidos un psiquiatra tiene que evaluar a un individuo y determinar si por su condición mental es procedente la ejecución, y creo que no es poca la responsabilidad del que tiene que hacerlo; otro caso en el que hay implicados es cuando hay que facilitar la inyección letal, tarea que corresponde al personal sanitario competente. Es decir, hay situaciones de dilema y los dilemas no se resuelven con las leyes; los dilemas sobreviven, unos se sitúan en un extremo, otros en el contrario y el resto permanecemos en el dilema y afirmamos que hay situaciones que, aunque sean duras, deben seguir vigentes. Ése es mi punto de vista, y creo que con ello he contestado a su pregunta.

El Senador Cardona, de CIU, ha hablado de la depresión y ha expuesto la valoración clínica que nosotros hacemos, pero he de decirle que hay depresiones que se definen con más claridad y otras con menos. Nosotros no entramos en la cuestión de la retirada de los soportes en las situaciones finales, ni en lo de los testamentos vitales o disposiciones de autoprotección, que precisamente en Cataluña, por aplicación del Derecho Catalán, están más desarrolladas que en otros sitios.

Yo, que dirijo el «máster» de psiquiatría legal y que convivo constantemente con magistrados, he tenido ocasión de encontrarme a personas que quieren asegurar el cuidado de su futuro, sobre todo ahora que estamos entrando en la medicina predictiva, con la que pronto vamos a saber de qué vamos a morir. Al tener conocimiento anticipadamente del grado de nuestra incapacidad, podremos tomar medidas previsoras, y pienso que ahí los psiquiatras también jugamos un papel fundamental. Creo que hay que mejorar la regulación de las disposiciones de autoprotección, lo cual no significa llevarlo al extremo y hacer que yo actúe transitivamente. La persona define, mediante testamento vital, poder notarial o disposiciones de autoprotección, qué es lo que quiere hacer en el supuesto de que haya que tomar decisiones importantes y deja una orden de no resucitación, y yo la respeto siempre que la haya tomado con plena capacidad mental.

En este sentido, quiero añadir algo. Recientemente, en el VIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, celebrado en San Sebastián, tuvo lugar una mesa redonda que llevaba por título «Testamento y psiquiatría» en la que participaron un notario y un psiquiatra, que fui yo. Aporté un decálogo orientado a los notarios, que tienen la facultad de decidir si una persona tiene capacidad suficiente para solicitar la disposición de autoprotección, el testamento vital o similar. El notario tiene esa capacidad y es el que define, aunque en honor a la verdad tengo que decir que tres meses después el notario me dijo que después de utilizar mi decálogo había rechazado tres o cuatro testamentos.

¿Qué es lo que ocurre con todo esto? Lo que tenemos que hacer es afinar allí donde se toman las decisiones importantes, pero la sociedad tiene sus papeles distribuidos y

ha encomendado la tarea de definir a ciertas profesiones. Nosotros abogamos para que haya una legislación que proteja la autonomía indirectamente; de forma que sea la persona la que, en pleno ejercicio de sus facultades, defina su futuro sin comprometer a otros y menos a la profesión médica. Ése es mi punto de vista.

Creo que ya he contestado al Senador Gibert, del PSOE. Pienso que debe darse un mayor desarrollo de los cuidados paliativos y de todo aquello que entra dentro del marco de lo psicosocial para evitar situaciones de marginación y de desespero que conducen a la persona a tomar esa decisión. Desde mi punto de vista, un desarrollo de la dimensión psicosocial y de los fármacos que limitan el dolor colocaría a la persona en situación de querer conservar la vida y no se plantearían casos en los que se solicite la muerte de manera tan punzante como al parecer se dan.

Hay que tomarse el tiempo necesario para valorar todo esto, pero pienso que, con las disposiciones de autoprotección, hay posibilidades más que suficientes para, en caso de que el sujeto reciba el trato que libremente ha elegido, mantener la intransitividad en el acto. Evidentemente, en unos casos se dará una distorsión por la patología y en otros no. Pero, por ejemplo, cuando se estudian los suicidios se analiza la situación y se define la patología. Yo he sido médico forense de Madrid durante años y una de las cosas que hacía cuando tenía que hacer una autopsia era interrogar a los familiares —hasta el punto de que a veces me llegaban a confundir con el juez— y me enteraba de todo en caliente, es decir a las pocas horas. Cuando había pasado el tiempo declaraban otra cosa distinta, porque el ser humano reelabora y de una manera determinada acompasa. ¿Que puede haber distorsiones? Sí. ¿Que puede haber situaciones en las que no hay distorsiones? También. Hay suicidios en los que la patología mental está clara. Hay suicidios que son impulsivos; hay deseos de muerte. Hay otras situaciones que pueden ser más o menos teatrales. Evidentemente, hay suicidios filosóficos.

Yo recuerdo un caso que puedo contar aquí de un profesor que no hace muchos años padecía una poliomielitis, un síndrome de Landry, que le dejó paralizados los músculos respiratorios. Esta persona —también podría mencionar la tragedia de la gente que tiene una fibrosis pulmonar y que de repente su destino es la asfixia— convocó a un médico, a un teólogo y a un jurista y les dijo: yo quiero que paren el pulmón de acero porque estoy acostumbrado a vivir de otra manera y vivir así metido en el pulmón de acero es tremendo. Yo quiero que lo paren.

Evidentemente, era razonable su petición porque los argumentos estaban allí. Ninguno se atrevió a pararlo. Supongamos que hay una legislación que lo permite. Entraríamos entonces en la dimensión de la objeción de conciencia. Pero habría que plantearse también el control de una legislación en esta dirección porque la ley no sólo regula puntualmente, sino que abre otras puertas a la vez. Nada es perfecto. No hay ley perfecta. Las leyes son instrumentos crudos. Son referentes muy simples y la vida es muchísimo más rica, muchísimo más.

Al Senador Bellido del Grupo Parlamentario Popular le diría que, evidentemente, en la tercera edad hay más

depresiones. Las enfermedades terminales generan depresión. En la tercera edad hay muchas depresiones. Además, en la tercera edad el deterioro mental que existe está claro. El Alzheimer lo padece un dos y medio por ciento de la gente que tiene 65 años, el cinco por ciento de los que tienen 70, el 10 de los que tienen 75, el 20 de los que tienen 80 y en los que tienen 85 la cifra salta a cerca del cuarenta por ciento. Por eso, muchas veces hay depresión en la tercera edad. Hay un deterioro que es pequeño. La plenitud de elegir, la plenitud para una total trascendencia, pues uno se plantea que el funcionamiento mental, que no es que sea perfecto, sea operativo, plantea problemas.

La idea que yo tengo del padecer y del sufrir, que es sobre lo que usted ha preguntado, es que ambos se superan. Desde el punto de vista técnico, salvo excepciones, la medicina puede cada vez más controlar el dolor. Las discapacidades posiblemente no pero sí que puede, desde el punto de vista psicosocial, mejorar la condición de los discapacitados. El sufrimiento es más difícil. Una de las experiencias más duras que yo he tenido en mi vida fue con una mujer chilena que era esposa de un capitán de navío de la Armada que habían venido para una cuestión de barcos. Yo tuve ocasión de verla y aquella persona estaba en un sufrimiento perpetuo. Había sufrido una crisis importantísima en su vida. Tenía una hija, una hija joven a la que habían asesinado previa violación. Aquella mujer había quedado «enganchada» en aquello. Aquella mujer vivía en una desesperación perpetua.

Todos sabemos que ha habido una sentencia del Tribunal de Holanda favorable a la eutanasia por el sufrimiento psíquico de una persona que había perdido a sus hijos y que era separada. El Tribunal de Holanda dijo que aunque no se tratase de enfermedad física era enfermedad mental y también se le podía aplicar la eutanasia.

Yo querría terminar hablándoles de los mecanismos de defensa. El ser humano se autoengaña con una gran frecuencia. Todos los seres humanos mentimos, pero además nos autoengañamos. Eso lo vemos todos los días. Hay enfermos, por ejemplo el otorrino que tiene un cáncer de garganta y que piensa que no, que tiene una laringitis porque ha fumado mucho, que se autoengañan. Recordemos también el famoso neurocirujano que está en las últimas y que dice que le van a dar el alta dentro de cuatro días. Todo esto lo dicen con lucidez y en plenitud de facultades, en plena consciencia. Y es que el ser humano —esto ya lo dijo Goethe— tiene la capacidad de soportar el grado de desgracia que es capaz de soportar porque si no pierde los límites.

Cada ser humano tiene que penetrar en la realidad, en su realidad, en la realidad de la enfermedad terminal o la que sea. Al penetrar esa realidad algunas veces la asumimos, otras nos engañamos, otras distorsionamos y, en último término, la cuestión que se plantea con la muerte es el grado en que cada uno de nosotros seamos capaces de ser auténticos. Hay gente que puede ser más auténtica que otra porque tiene más capacidad mental, más formación, más fundamentos o porque se agarra a la religión, en fin, mil cosas.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Doctor Calcedo.

¿Alguna señora Senadora o algún señor Senador desean intervenir?

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la Senadora Martínez.

La señora MARTÍNEZ GARCÍA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Gracias doctor por sus reflexiones que sin duda están a la altura y que son un exponente de la complejidad del tema que nos ocupa aquí.

Nosotros, como Senadoras y Senadores, tenemos también que trabajar con una ética personal y además con una dificultad añadida puesto que legislar sobre las condiciones de calidad de vida es difícil, pero muchísimo más complejo es, precisamente, intentar legislar sobre una muerte digna.

Creo que ha hecho usted una exposición magnífica desde mi punto de vista sobre un elemento esencial, que es una de las figuras que estamos estudiando en esta Comisión: la necesidad doctrinalmente explicitada por usted de determinar el grado de capacidad de aquella persona, del paciente, que pide la muerte anticipada en una fase terminal.

El rigor con que ha medido doctrinalmente cómo debe evaluarse esa capacidad para tomar una decisión de esta naturaleza choca —lo digo así por la experiencia y por lo que yo he podido valorar personalmente a raíz de las intervenciones de los distintos expertos que están pasando por aquí— con el grado de privacidad con que se toman esas decisiones, la de pedir la muerte anticipada y la del sujeto activo que es el médico y que es, al final, el que toma o no una decisión, el que asume la transitividad de esa decisión o no.

Ésta es una opinión personal sustentada en lo que yo he oído hasta ahora a lo largo de esta Comisión. Queda mucho por hacer y desde el Legislativo podemos impulsar acciones para hacer que los casos excepcionales sean los mínimos posibles. Queda mucho por mejorar en la gestión hospitalaria haciendo que esas unidades de cuidados paliativos satisfagan la necesidad de estos pacientes terminales.

También hemos visto que es necesario que se mejore el ámbito de formación profesional del médico que debe enfrentarse con esa situación vital. Pero hay una segunda parte, que es el ámbito de lo privado. Reitero que a raíz de estas intervenciones yo he llegado a la conclusión de que hay casos en los que se están tomando decisiones de forma transitiva, que se están tomando decisiones desde el punto de vista médico.

Nos encontramos con que hay dos sujetos, el activo y el pasivo, con su ética correspondiente, uno que toma la decisión de pedir la muerte anticipada con capacidad o no y otro que toma la de ayudarlo o no a darle esa muerte. Si la decisión queda restringida al ámbito privado entre el enfermo y el médico difícilmente podrá evaluarse si hay capacidad o no.

A mí me llama la atención que, precisamente, algunos expertos, médicos de profesión, hayan pedido que por fa-

vor los letrados —yo creo que querían decir los legisladores— no intentemos introducirnos en ese ámbito privado entre médico y paciente porque la práctica médica correcta ya contiene en sí los elementos necesarios para que el médico tome o no su decisión.

Aquí observo dos cuestiones: la primera es la carga y responsabilidad que asume la clase médica en su conjunto al tener que decidir tomar o no esa decisión en el estricto ámbito de su ética profesional. En segundo lugar, se pueden estar vulnerando elementos de la propia autonomía del médico y del paciente al no haber mecanismos reglados, aunque sea para estos casos excepcionales, que hagan posible medir la capacidad de un sujeto para tomar o no esa decisión.

Creo que su exposición ha estado a la altura de la complejidad del tema. Honestamente tengo que decirle que cuanto más oigo y aprendo aquí, más compleja me parece esta cuestión, realmente es difícil situarse en cada caso excepcional. A estas alturas y por lo que he oído hasta ahora, tengo la convicción —a título personal, no como representante de mi grupo parlamentario— de que la eutanasia activa se está practicando, y de que está restringida al ámbito, no ya privado entre médico y paciente, sino algunas veces entre médico y familiares. Creo que por el ámbito, la reflexión, y el tiempo que requiere este tema, veo venir la necesidad de establecer unas normas autorreguladoras, autoprotectoras, no sólo para el médico, sino también para el paciente.

No quisiera comprometer su opinión personal más de lo que usted estime conveniente, pero dada la minuciosidad con que ha diseñado la necesidad de valorar este acto de medir la capacidad para tomar o no una decisión como ésa, me gustaría saber si en este ámbito complejo y difícil cree necesaria para la clase médica y para los pacientes en estas situaciones algún tipo de legislación. Repito que no quiero comprometer su opinión más allá de lo que estime pertinente, pero entiendo que en su exposición existe una contradicción entre este momento y la necesidad de valorar esa voluntad y que, sin embargo, el acto transitivo quede en ese ámbito privado entre el paciente y el médico o el médico y los familiares, ajeno, olvidado y a falta de cualquier tipo de control.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señora Senadora.

Tiene la palabra el doctor Calcedo.

El señor CALCEDO ORDÓÑEZ (Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid): Muchas gracias, señora Presidenta.

Creo que todos aprendemos. Usted ha hablado de muerte digna, Rilke decía que cada uno debía tener su propia muerte, y yo he hablado de la muerte auténtica. Recuerdo una película de Ingmar Bergman, «El séptimo sello», en la que al final, cuando bailan la danza de la muerte, cada uno, desde el caballero al escudero, la esposa, etcétera, tiene una actitud distinta ante la muerte. La muerte es

un acto privado y en este momento estamos en la privacidad. Usted ha hablado de la contradicción en la que puedo haber incurrido; yo vengo aquí en cierto modo como psiquiatra legal. Entonces, nosotros estamos en la definición de la competencia, de la autonomía. Al estar inmersos en la cultura de la autonomía, a la psiquiatría se le ha exigido definir cada vez más los perfiles de la autonomía: en los testamentos, sean vitales o no, en los consentimientos informados, en el secreto médico, etcétera; hoy la autonomía está absolutamente en todo.

Es verdaderamente curioso para mí como psiquiatra —sobre todo hace unos años, ahora esto ya ha pasado— recordar que cuando llevábamos pocos años de vigencia de la Constitución, si uno internaba contra la voluntad —había un 8 por ciento de internamientos contra la voluntad, ahora podemos estar en un 16 ó 17 por ciento con la garantía del juez— a un señor de más de 40 años y le decía que se tenía que quedar allí, ni rechistaba; ahora bien, como se lo dijeras a uno de 20 años, sacaba inmediatamente la Constitución: ¡Eh, que yo soy libre. Usted no me puede dejar aquí! Yo le decía que era el juez el que iba a discutir con él. Y, efectivamente, todas las semanas viene el juez que revisa cada caso, y define. Ello, ahora, por analogía, nos resuelve muchísimos problemas, porque la confrontación con el paciente acerca de si se queda o no internado, y si soy yo el que le controla su voluntad, se resuelve diciendo que yo soy el que le estoy tratando, pero su garante es una persona ajena que viene y define. De hecho, algunas veces llega el juez y decide dejar marchar al paciente, y todos lo aceptamos porque son las reglas del juego. Entonces, ese arbitraje del legislador con la ley y con alguien que ejerce esa ley viene muy bien desde el punto de vista profesional.

Este problema de la muerte solicitada, del desahucio médico a petición, está en la cultura médica y creo que también la eutanasia activa, lo que sucede es que queda en el ámbito disimulado porque está penalizado. Hay un Código Penal igual que el supuesto del auxilio al suicidio, que está penalizado.

¿Hacia dónde vamos? Mi punto de vista es que habría que legislar en el sentido de facilitar la toma de decisión respecto a la muerte de cada uno para que eso operase y funcionase, salvo en lo transitivo, y de la cultura que se genere después los que vengan ya dirán, porque siempre están ahí los principios. Creo que en este momento no se puede ir más allá de actuaciones legislativas indirectas que faciliten el ejercicio de la autonomía en situaciones en las que esa autonomía es imposible porque el individuo no está en sus facultades, por las causas que sean. Esto tiene que configurar actitudes, cultura y desarrollos profesionales, porque cualquier otra situación confronta con los principios. Con los principios que nos gobiernan ahora, y hay casos excepcionales, el homicidio por compasión en algunos países es absolutamente comprendido por los jueces. Igual ha ocurrido en España con determinadas decisiones que parecía que iban contra lo escrito en el Código, porque una cosa es la letra y otra el espíritu de la ley. Entonces, hay momentos en los que la jurisprudencia inicia movimientos de transición, que son como tanteos que luego si-

guen siendo pasos y terminan cristalizando en un giro. Desde mi punto de vista creo que ir más allá sería entrar en lo que se llama la pendiente resbaladiza, de la que les habrán hablado aquí: de lo uno se pasa a lo otro y luego más allá.

En psiquiatría legal hay una cuestión muy delicada cuando valoramos la competencia, que es si la decisión es importante o no tan importante. Nosotros tuvimos el caso de una persona a la que le tuvieron que amputar el dedo gordo del pie por una gangrena diabética. Evidentemente sólo era amputar el dedo gordo del pie, pero aquello podía ir a más y hubo que hacerlo. Esta mujer tenía un delirio, y era que a los médicos no había que hacernos caso porque matábamos microbios. No era ya el clásico dicho de la Edad Media de que el verdugo y los médicos eran los únicos que tenían licencia; esta mujer decía: los médicos matan microbios con los antibióticos y, además, yo tengo derecho a mi cuerpo entero y no me pueden quitar un dedo. Esa decisión parecía sencilla, pero era importante porque podía estar en riesgo la vida. Sin embargo, en otras decisiones que no son tan importantes la exigencia de ese elegir, comprender, apreciar, razonar, no tiene que ser tan exquisita, pero en el caso de la muerte son palabras mayores.

Personalmente creo que el camino es desarrollar la legislación que promueva la autonomía, no en el momento, sino en el futuro. Si con la medicina predictiva definen que

voy a tener Alzheimer, ¿por qué no puedo definir quién va a ser mi cuidador en el futuro? Eso en España hoy no se puede hacer. ¿Por qué no lo puedo definir yo y tiene que ser el juez el que lo defina? Yo he vivido —y acabo con la anécdota— el caso de una persona que en un momento determinado está en una situación de crisis, y la tutorización aparece a cargo de otra persona que no tenía contacto con ella desde hacía mucho tiempo.

Insisto, eso es lo que hay que desarrollar. Ir más allá supondría entrar en una pendiente resbaladiza: ¡cuidado! Y, sobre todo, hay que tener en cuenta los principios. Se discutirán en un momento determinado, pero cuando se vulnera un principio, la venganza del principio termina pasando la cuenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Doctor Calcedo.

¿Alguna otra intervención? (*Pausa.*)

Tan sólo me resta agradecer nuevamente al Doctor Calcedo su interesantísima exposición y su muy esclarecedora, a la vez que comprometida, intervención, y a todos ustedes darles las gracias por su presencia, su atención e interés.

Se levanta la sesión.

Eran las diecisiete horas y cincuenta y cinco minutos.