

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIOS SOBRE LA EUTANASIA

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARÍA ROSA VINDEL LÓPEZ

celebrada el jueves, 8 de abril de 1999

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- De don Rafael Muñoz Garrido, Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España (Número de expediente 713/000760).
- De don Xavier Gómez Batiste-Alentorn, Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Número de expediente 715/000286).
- Del Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), don Marcelo Palacios Alonso (Número de expediente 715/000287).

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

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

La señora PRESIDENTA: Se abre la sesión. Ahora que ya están casi todos los portavoces vuelvo a saludarles tras las vacaciones y el paréntesis de Semana Santa. Buenos días a todos.

Como todas sus señorías saben, antes de desarrollar la comparecencia del Doctor Muñoz Garrido procede que yo les someta a su consideración la aprobación del acta de la sesión que celebramos el pasado 16 de febrero. ¿Se puede considerar aprobada el acta, señorías? Muchas gracias. Queda aprobada.

— COMPARECENCIA DE DON RAFAEL MUÑOZ GARRIDO, CATEDRÁTICO DE MEDICINA LEGAL DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA (713/000760).)

La señora PRESIDENTA: Vamos a entrar ya en la primera comparecencia de la sesión que hemos previsto para hoy. Quiero dar la bienvenida al Doctor don Rafael Muñoz Garrido, que es Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España.

Doctor Muñoz Garrido, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, le doy la bienvenida a esta Comisión. Le agradezco, como luego harán el resto de los portavoces, muy sinceramente su Comparecencia. Sin duda, su contenido será de gran ayuda para los trabajos de la Comisión y, sin más, le cedo la palabra.

El señor MUÑOZ GARRIDO (Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España): Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenos días a todos y muchas gracias por la amabilidad que han tenido invitándome a comparecer ante ustedes.

Mi intervención tiene un título provisional que es el siguiente: «Algunas Consideraciones Éticas, Jurídicas y Médicas sobre Eutanasia», y voy a vertebrarla de la siguiente manera: Punto 1, Eutanasia; punto 2, Obstinación terapéutica; punto 3, Cuidados Paliativos; y, finalmente, punto 4, Algunas reflexiones.

Creo se puede afirmar que eutanasia es palabra con una significación etimológica y con dos significaciones conceptuales. Etimológicamente, del griego «eu» y «thantos», significa buena muerte. Conceptualmente, en la cultura grecorromana significó muerte tranquila sin dolor ni sufrimiento. Representativa de tal significación conceptual fue la muerte del emperador Augusto, quien, según Suetonio, solía pedir a los dioses para sí y para los suyos, cuando oía que alguien había pedido morir rápidamente y sin dolores, una «euthanasia» o muerte suave.

Nada tiene que ver con esta significación conceptual la afirmación formulada por Platón en su «República» sobre dejar morir a los que no son sanos corporalmente y a los que se pasan la vida entre enfermedades y medicinas. Esta idea podría estar relacionada con la significación conceptual que eutanasia tendrá en la época cultural del Renacimiento con Francis Bacon en su obra «Historia, Vitae et Mortis» y con Tomás Moro en su «Utopía», es decir, poner fin a la vida de la persona enferma. Tal concepto, con el rebrote que en 1920 supuso la publicación de la obra «Autorización para exterminar las vidas sin valor vital» de Binding y Hoche, constituye el precedente directo del concepto actual de eutanasia.

El Diccionario de la Lengua Española la define en sentido estricto como «muerte sin sufrimiento físico provocada voluntariamente». Descriptivamente ha sido definida como la ayuda a una persona completamente desahuciada, víctima de una enfermedad irreversible, a petición de la misma persona interesada o más allá de su propia voluntad por iniciativa de un tercero, familiar o no, y por medio de una acción positiva u omisiva que le quita la vida de forma directa.

Por nuestra parte, proponemos la definición siguiente: conducta propia o ajena, solicitada o ignorada, que origina la muerte de persona portadora de graves e incurable minusvalía, enfermedad o deterioro corporal para terminar con el dolor insoportable o porque se estima que ello no hace posible la pervivencia en condiciones humanas.

Mi exposición continúa haciendo referencia a un asunto que para mí al menos es importante y que expongo bajo el epígrafe de «Revisión Terminológica». No disponemos hoy, en nuestra opinión, de un concepto inequívoco de lo que es eutanasia. Conceptualmente, se hace referencia a muy heterogéneas conductas humanas predicando de ellas que son eutanásicas. Terminológicamente, la existencia de abundantes expresiones es una realidad que fomenta confusión. Tal vez por ello el concepto de eutanasia es actualmente de contenido confuso y de límites difusos. Y ello es así, tal vez, porque el término eutanasia ha sido el resultado de una aportación pluridisciplinar procedente, entre otros, de saberes científicos como la ética, la sociología, el derecho y la medicina.

Algunas de estas disciplinas han creado sus propias expresiones con sus contenidos propios, y se hace necesario establecer, cuando ello es posible y para tratar de entendernos, las equivalencias. A ello se añade que la legislación penal prescinde de la palabra «eutanasia» y sus variedades las reconduce a dos tipos penales: el homicidio y el suicidio, distinguiendo, a su vez, la doctrina jurídico-penal, con propia terminología, distintos tipos de conductas eutanásicas. Todo lo cual me parece, por razones obvias, de extraordinaria importancia para los médicos que atónitos oyen y leen un aluvión de expresiones tales como: eutanasia pura, eutanasia larvada, ortotanasia, distanasia, eutanasia activa, eutanasia pasiva, eutanasia directa, eutanasia indirecta, eutanasia negativa, eutanasia omisiva, eutanasia eugenésica, eutanasia económica, etcétera.

En nuestra opinión, deben ser excluidas del círculo de la eutanasia, por no ser conductas eutanásicas, las expresadas con los siguientes términos:

Eutanasia pura, es decir, en opinión de algunos juristas, aquella praxis médica que se propone el alivio del dolor y no produce acortamiento de la vida.

Estimamos que tal conducta constituye un necesario y obligado acto médico sin significación jurídico penal cuando se realiza según «lex artis». Falta el elemento esencial: la conducta, el acto de matar. Es curioso que algún autor opine que es aplicable la eximente de ejercicio legítimo de un oficio, absolutamente innecesaria por falta de tipicidad.

Eutanasia larvada, es decir, aquella praxis médica encaminada a mitigar el dolor con consentimiento del enfermo, que puede tener efectos secundarios nocivos e incluso anticipar la muerte que se pronostica próxima. La eutanasia larvada se correspondería en la terminología ética con lo que ésta denomina eutanasia activa indirecta o también eutanasia positiva indirecta, por consistir en una conducta que si bien no es de lesión directa para la vida, se estima por algunos autores que podría suponer un riesgo para la vida del paciente y podría tener consecuencias penales.

La doctrina jurídica se inclina por la impunidad pero con gran imprecisión en cuanto a sus causas. Se invoca por algunos juristas el principio de valoración de bienes jurídicos que permite proteger intereses preferentes a costa de otros intereses de menos valor, es decir, un estado de necesidad. Para otros autores, parecería más acertado determinar si la acción es contraria al deber objetivo de cuidado, es decir, si se sobrepasa el riesgo permitido.

El problema surgiría cuando se excede el riesgo tolerable mediante conductas que podrían ser consideradas como imprudencia temeraria, denominada en el nuevo Código Penal imprudencia grave. Es entonces cuando habrán de tenerse en cuenta los elementos valorativos del hecho, como la magnitud del riesgo creado por el acto médico, la proximidad de la muerte, la intensidad del dolor, etcétera, y decidir, siempre de acuerdo con la «lex artis» si ha llegado o no el momento, con el consentimiento del enfermo, de actuaciones médicas audaces en beneficio siempre del mismo.

En nuestra opinión, la administración de analgésicos, según «lex artis», en la enfermedad grave con intenso dolor, más aún si ésta es terminal, no constituye exceso de riesgo tolerable, sino práctica médica correcta, aunque suponga el pretendido efecto secundario, no deseado, de acortar la vida, ya que no es asunto demostrado todavía que los morfínicos tengan tal efecto.

Cuestiones como éstas son a veces el resultado de planteamientos teóricos de quienes desconocen las realidades clínicas. Lo que sí es un hecho probado es que los enfermos a quienes se alivia el dolor viven de forma más confortable que aquellos otros en los que el dolor persistente altera la nutrición y el descanso.

En cualquier caso, cuanto se ha expuesto nada tiene que ver con la conducta consciente y querida que se encamina a acortar deliberadamente la vida por un móvil de compasión que es el elemento esencial del acto eutanásico.

Otro de los términos controvertidos es el de ortotanasia, es decir, aquella praxis médica que deja morir en paz, por-

que la prolongación de la vida del enfermo, abocado ya a la muerte, es irrazonable y desproporcionada.

El término ortotanasia ha introducido más confusión que claridad. Realmente no pertenece al círculo de las conductas eutanásicas. Su auténtica significación está en relación precisamente como antítesis con las situaciones distanásicas, también denominadas por algunos autores encarnizamiento terapéutico, y que quedan más correctamente expresadas en nuestra opinión con el término «obstinación terapéutica».

El término ortotanasia, si no se utiliza con rigor, es un concepto que puede ser confundido con las conductas eutanásicas que se realizan mediante comisión por omisión.

No parece presentar dificultad alguna la comprensión del concepto de eutanasia cometida por acción. Pero existe una cierta confusión en torno al concepto de eutanasia cometida por omisión, como sucede, por ejemplo, con la no aplicación o con la suspensión de cuidados médicos. En efecto, no aplicar o suspender cuidados médicos puede ser unas veces eutanasia, por cuanto mediante una conducta omisiva se mata deliberadamente al enfermo, mientras que en otras ocasiones es el modo correcto de no someter al enfermo incurable y terminal a tratamientos médicos ya ineficaces.

Hemos de decir que la ortotanasia tiene valoración ética y valoración médica positiva porque supone el reconocimiento del derecho que asiste al enfermo a una vida, en sus momentos finales, con dignidad humana. Pero también debemos añadir que la ortotanasia, como concepto relacionado en antítesis con la distanasia, puede participar en la problemática jurídico-penal originada por la suspensión con error médico de los medios instrumentales de reanimación en los enfermos terminales. Naturalmente, la supresión de dichos medios con el deliberado propósito de acortar la vida por un móvil de compasión es eutanasia. Pero entonces esa conducta ya no es ortotanasia, lo cual es de gran trascendencia porque precisamente es en este campo donde los médicos, en aras —como luego explicaré— de determinados principios están arriesgando mucho en su ejercicio profesional.

Eutanasia eugenésico-económica, es decir, aquellas prácticas que nada tienen que ver con la eutanasia y que están encargadas de eliminar por egoístas y utilitarios móviles de carácter eugenésico u económico a los seres humanos cuyas vidas se estima están desprovistas de valor vital, merecedoras en cualquier tiempo y lugar del máximo reproche jurídico-penal.

Por todo lo expuesto, que me parece de una trascendencia importante para el ejercicio de la profesión por los médicos, comprenderán que estimamos adecuada y precisa la afirmación contenida en la Declaración de 1993 de la Comisión Central de Deontología Médica del Consejo General de Colegios de Médicos sobre el significado de la expresión eutanasia pasiva. «No existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Sólo existe eutanasia, una conducta encaminada a matar, por acción o por omisión, a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insoportables».

En la siguiente fase de mi exposición he de referirme a los documentos éticos deontológicos. La Asociación Mé-

dica Mundial, institución de máximo rango en la promulgación de normas de ética médica en el ámbito mundial, además de los principios genéricos contenidos en el código Internacional de Ética Médica, tiene específicamente declarado: «La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de la enfermedad».

La Asociación Médica Mundial también tiene declarado que el suicidio con ayuda médica es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho a rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente; y el médico actúa éticamente incluso si al respetar ese derecho el paciente muere.

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos tiene refrendadas con su aprobación la Declaración sobre la eutanasia, de 1986, y la Declaración sobre el significado de la expresión «eutanasia pasiva», de 1993, ambas realizadas por la Comisión Central de Deontología.

La Declaración de Pamplona de la Organización Médica Colegial sobre la Medicina y el final de la vida, realizada en 1998, ha dispuesto lo siguiente.

Primero. Todo enfermo desahuciado tiene derecho a un exquisito cuidado de su calidad de muerte. El médico, con ciencia, experiencia y conciencia debe sentir el deber y poner los medios para procurar a cada moribundo su mejor muerte. El enfermo desahuciado es aquel en el que ya no existe esperanza alguna de curación.

Segundo. El médico debe evitar toda acción terapéutica fútil en el enfermo desahuciado. Es fútil todo acto médico inútil sin valor real para el enfermo.

Tercero. Todo enfermo desahuciado debe recibir los cuidados paliativos adecuados para obtener la mejor calidad posible de cuidados terminales. La Organización Médica Colegial insta a todos los médicos españoles, a todas las sociedades científicas, y a todas las Facultades de Medicina a potenciar su currícula con la formación de cuidados paliativos.

Cuarto. La asistencia al enfermo desahuciado, la agonía y el trance de morir deben ser afrontados por el médico con la misma profesionalidad, deontología y compromiso personal que emplea en la preservación o en la recuperación de la salud del resto de los pacientes.

Y quinto. La Organización Médica Colegial declara que la asistencia de la muerte debe ser un acto médico tan cuidado ética, deontológica y científicamente como la preservación de la salud y de la vida.

Nuestro vigente Código de Ética y Deontología Médica tiene dispuesto: «El médico nunca provocará intencionalmente la muerte de un paciente ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u homicidio por compasión es contrario a la ética médica».

A continuación, paso a referirme a la obstinación terapéutica, también denominada por algunos ensañamiento terapéutico o encarnizamiento terapéutico. La obstinación terapéutica hace referencia a todo aquel tratamiento médico que resulta inútil por estar demostrado que en una determinada enfermedad es ineficaz. La obstinación terapéutica, sobre todo cuando supone la utilización de tecnologías deshumanizadoras y costosas, merece reproche ético porque separa al enfermo de sus familiares. También merece reproche científico, porque supone un error de indicación terapéutica, ya que el médico no conoce en profundidad el pronóstico de la enfermedad que está tratando y aplica al enfermo tratamientos incapaces de cortar el inevitable curso desfavorable de la misma.

El médico tiene el deber profesional de juzgar con objetividad cuándo un enfermo debe ser ingresado en un servicio de medicina intensiva porque puede ser recuperado del proceso que padece, y cuándo el enfermo no debe ser objeto de atención médica intensiva o de cualquier otra intervención agresiva porque su enfermedad ya no tiene solución médica.

La ética médica impone al médico el deber deontológico de reconocer que la actuación médica tiene límites y que el abuso tecnológico causa en el paciente y entre sus familiares sufrimiento, humillación e indignidad. El respeto por la vida terminal forma parte del mínimo ético que define el núcleo de la profesión médica.

La Declaración sobre eutanasia de la Comisión Central de Deontología Médica, de 1986, manifiesta que el médico dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende porque ya no son útiles.

El vigente Código de Ética y Deontología Médica tiene dispuesto: «En caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre».

En cuanto a la medicina paliativa, tiene un gran valor médico-asistencial. La medicina paliativa en un paciente con una enfermedad terminal es la que cumple y respeta las condiciones de dignidad de la persona humana, proporcionándole unos cuidados paliativos que pueden ser definidos como un cuidado total y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y, en su caso, espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse también al proceso del duelo.

Políticas legislativas y económicas destinadas a la dotación de un mayor número de unidades de tratamiento del dolor, de unidades geriátricas en los hospitales, de equipos de asistencia domiciliaria, de hospitales de día, de más médicos especialistas en geriatría, en hospitales y en centros de salud, etcétera, además de atender necesidades de es-

tricta justicia, permitirían determinar las reales necesidades de eutanasia que sociedad española.

La Asociación Médica Mundial tiene promulgadas la Declaración sobre la enfermedad terminal, de 1983, y la Declaración sobre la atención de los pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales, de 1990.

La Declaración de la Comisión Central de Deontología Médica, de 1986, proclama que «la asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales, y que el médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material, y ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo».

Como reflexiones finales, y desde el punto de vista jurídico, quiero dar lectura a las palabras que sobre la eutanasia nos dejaron escritas dos insignes penalistas españoles, Jiménez de Asúa y Antón Oneca, cuya categoría científica y talla, humana son reconocidas por todos los juristas.

Jiménez de Asúa quedó escrito: «Yo no quisiera ver escrito de manera expresa que el homicidio piadoso debe quedar impune.» Antón Oneca quedó escrito: «Hace algunos años estuvieron de moda los alegatos a favor de la impunidad del homicidio piadoso, o sea, del cometido por móviles de piedad a requerimiento del enfermo incurable que anhela liberarse de sus sufrimientos. Los peligros de esa doctrina se pusieron pronto al descubierto. Del homicidio con consentimiento se pasó a pedir la eliminación de los enajenados incurables; del móvil piadoso a la conveniencia social. Un penalista y un psiquiatra famosos presentaron una propuesta de autorización para exterminar a los seres desprovistos de valor vital; en unos casos con el consentimiento de la víctima, en otros, con el de una comisión oficial. Lo que entonces parecieron elucubraciones sin valor práctico ha sido después realizado. Con razón Jaspers ha reprochado a la ciencia materialista de estos últimos tiempos la creación del ambiente propicio para tales errores políticos y jurídicos.»

Finalmente, desde el punto de vista jurídico, he de añadir, como médico, algo más en relación con la profesión médica. Ésta viene ejerciendo sus actividades clínicas en el ámbito que nos ocupa en una situación que podríamos denominar, permítaseme, «más allá del Derecho Penal», lo cual supone una gran inseguridad jurídica con un alto riesgo de que puedan derivarse para los médicos responsabilidades profesionales. La profesión médica, en aras de sus principios éticos y científicos, viene administrando tratamientos médicos para suprimir o aliviar el dolor, o viene suprimiendo tratamientos médicos cuando éstos son totalmente ineficaces para la curación causal de la enfermedad. Pero ya hemos visto anteriormente que estas conductas clínicas, que los médicos estimamos ética y científicamente correctas, podrían ser origen de tipificaciones penales por imprudencia o por omisión. Lo que quiero decir, señorías, es que no se puede estar ejerciendo la profesión —permítaseme la expresión— con una legislación en negativo, cual es el Código Penal.

Se hace necesario y urgente una legislación —señorías, tal vez tengan la ocasión— en positivo, del mismo rango normativo que el Código Penal, explicitando, por ejemplo, que la administración de analgésicos, de acuerdo con la «lex artis», es conducta clínica correcta, aunque de ello pudiera derivarse indirectamente un acortamiento de la vida, ya que el conocimiento del ordenamiento penal necesita de una formación técnico-jurídica que el médico jamás podrá poseer.

Desde el asunto de vista de la ética médica, la importante investigación llevada a cabo por Gonzalo Herranz, realizada sobre Códigos de Ética y/o Deontología Médica aprobados por las asociaciones médicas nacionales de 39 países —22 de Europa y 17 de las Américas—, ha demostrado que la ética médica institucional ante la vida terminal, a lo largo de los años y por encima de las distintas culturas y geografía, es unánime en la definición del «ethos» profesional ante el hombre moribundo, es decir, la solidez con la que se defiende el respeto a la vida en su fase terminal.

Llama la atención —y voy terminando— la frecuencia con la que se alude a la dignidad del enfermo terminal, afirmándose que ni el deterioro biológico ni la decadencia de la vida de relación merman la calidad intrínseca del ser humano, siendo importante la afirmación de que la vida terminal retiene su dignidad, para refutar la noción de que la dignidad humana se pierde cuando uno deja de valer por sí mismo, y se pasa a depender de los demás. Se hace patente que en los textos normativos de ética médica la idea de calidad de vida nunca adquiere un carácter absoluto de modo que su caída por debajo de un nivel prefijado determine que ciertas vidas son carentes de calidad y que se hacen indignas de ser vividas y, por tanto, susceptibles de ser eliminadas por eutanasia.

Se puede concluir afirmando que la doctrina mayoritaria de la ética médica se puede resumir deontológicamente en lo siguiente: no a la eutanasia, no a la obstinación terapéutica, y sí a la medicina paliativa. En definitiva, lo que siempre proclamó la ética médica de todos los tiempos: curar cuando ello es posible, aliviar siempre y acompañar al enfermo desde el principio hasta el final.

Muchas gracias, señorías.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Muñoz Garrido, por su densa e interesantísima exposición. Yo quiero felicitarle particularmente por la mezcla perfecta que ha hecho de conceptos jurídicos y médicos, y quiero agradecerle especialmente la mención que ha realizado del, para mí, maestro del Derecho Penal, el magistrado Antón Oneca.

Doctor Muñoz Garrido, esta Comisión se nutre fundamentalmente de Senadores procedentes de la Comisión de Sanidad y de la Comisión de Justicia. Tenía usted mucha razón cuando decía del maestro Antón Oneca, que su talla y su figura eran reconocidos por todos los juristas. El Senador Galán y yo, miembros de la Comisión de Justicia desde hace varias legislaturas, nos hemos mirado, hemos asentido y me emociona personalmente poder reivindicar su nombre, una persona que fue un maestro del Derecho

Penal y qué tuvo un tristísimo final, ya que de Magistrado del Tribunal Supremo, por avatares de la vida de este país, acabó picando granito en el Valle de los Caídos.

Muchas gracias, profesor Muñoz Garrido.

Señorías, abrimos turno de portavoces. En ausencia del Grupo Parlamentario Mixto y del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, voy a conceder la palabra al Senador Cardona, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergencia i Unió.

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

Quiero agradecer, en primer lugar, la comparecencia y la exposición del doctor Muñoz Garrido. Aparte de las consideraciones éticas, deontológicas, sociales y médicas que ha hecho alrededor de la eutanasia, quiero agradecerle de forma especial el tiempo que ha dedicado al concepto y a esta terminología tan heterogénea que creo que es uno de los puntos fundamentales para entenderlo. Aquí confundimos y debatimos temas que implican una conducta no sólo médica.

También le agradezco sus reflexiones finales en cuanto que el médico, no en su inconsciencia, sino en su no conocimiento jurídico, va más allá, de forma que podría ser objeto de una tipificación penal. Los médicos estamos expuestos a esto. Porque si en algunos momentos de la historia de la medicina existía esta tendencia a la obstinación terapéutica, estoy convencido de que en la actualidad no es esa situación, y creo que esto tendría que quedar muy claro. Me gustaría someter a su consideración este aspecto desde el punto de vista legal, puesto que en el artículo 143 del Código Penal, apartado 4, el único tipo de eutanasia que está tipificado es precisamente el de eutanasia activa directa. Por lo tanto, en la Comisión tendríamos que solicitar a los comparecientes que expusieran sus consideraciones sobre el término eutanasia, que hoy en día puede representar un litigio penal. Me ha parecido que en la primera definición he dicho: conducta propia o ajena. Entiendo que sin la voluntad del enfermo, manifestada de forma reiterada y fehaciente, no cabe el concepto de eutanasia. Creo que, desde el punto de vista penal, se entraría en el homicidio. Por consiguiente, es condición «sine qua non» la voluntad del paciente, manifestada de una forma reiterada y clara, concreta y fehaciente, que no dé lugar a dudas.

¿En qué circunstancias? No siempre, sino en los casos de enfermedad grave, porque si no ya no sería eutanasia, sino otra cosa sobre la que tendríamos que debatir —y no es que la Comisión no pueda entrar en ello, pero no sería la materia objeto de estudio de la Comisión— o bien en las circunstancias de unas molestias insoportables que afecten a la calidad de vida, y eso ya es más subjetivo porque se tienen que definir. En cualquier caso, el dolor, que se pone siempre como primera consideración, hoy en día, desde el punto de vista médico, desde el punto de vista del arsenal terapéutico que se tiene a mano, no es el principal motivo para pedir la eutanasia.

En cuanto a las actuaciones, pueden ser por acción o por omisión. Por omisión se puede dar lugar a situaciones

más intermedias, más conflictivas, pero por acción, no, porque éstas precisan, además, de una intencionalidad, y esa intencionalidad es buscar la muerte del paciente de una forma terapéutica pero no indicada, o diría más, contraindicada. Por ejemplo, si lo adecuado para calmar al enfermo es prescribirle sucedáneos y se le administra otro medicamento que no está indicado para la situación de aquel enfermo terminal o para aliviarle sus molestias, es evidente que no se le va a curar, puesto que la enfermedad es irreversible, ni se le va a aliviar, se busca otra cosa, que es la muerte. En estos casos entraríamos dentro de lo que está tipificado en el Código Penal y, por lo tanto es lo que puede causar problemas. Con la experiencia de esos más de tres años de vigencia del Código Penal —se va cumplir el cuarto— ¿cree que es suficiente el ordenamiento jurídico que le hemos dado o cree que hay situaciones, —y me refiero a estos médicos, que quizá con buena voluntad pueden ir más allá— que pueden ser motivo de tipificación penal? Ésa es la consideración que quería hacer y sobre la que le pido que se pronuncie. Hay muchas formas de eutanasia, pero que estén penadas no hay tantas, porque una buena praxis médica no está penada. Por eso le pregunto si también desde el punto de vista legal esta praxis podría caer dentro de esa tipificación penal, porque hoy en día, desde el punto de vista sanitario, está claro que se está muy lejos de aquella obstinación, salvo algún caso concreto que siempre puede haber.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona. Me dice el compareciente que prefiere responder uno a uno a los señores portavoces.

Tiene la palabra el doctor Muñoz Garrido.

El señor MUÑOZ GARRIDO (Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España): Gracias.

En la revisión terminológica, como ha podido comprobar, he pretendido llevar a cabo una fuerte poda en esta confusión que se produce con ese aluvión de términos que se utilizan. Y también he dicho que esto es el resultado de que sobre eutanasia han intervenido distintos saberes de tipo sociológico, ético, jurídico y médico y, naturalmente, cada uno ha hecho su aportación de términos y de contenidos.

No está tan claro que sea sólo la eutanasia activa directa la que quede en las sociedades actuales. Visto históricamente, por eutanasia se han admitido y se han practicado lo que yo he llamado el círculo de las conductas eutanásicas. Al hacer la transformación de ese círculo de conductas eutanásicas con técnica jurídico-penal para que pueda incorporarse al Código Penal, lo primero que se ha hecho ha sido prescindir de la palabra eutanasia, lo cual tiene su trascendencia, y luego, distribuir las en eso que yo también he llamado el binomio de tipos penales homicidio-suicidio. Pero el Código Penal sigue sin nombrar la palabra eutanasia, y dicha palabra significa lo que ha significado. Por

eso yo he cogido metodológicamente la opción de describir con amplitud el círculo eutanásico, de conductas eutanásicas, y luego hacer la poda para que los médicos sepan con claridad de qué estamos tratando.

Si vamos desde la legislación penal hacia la eutanasia, ésta es otra cuestión. Eso es lo que a mí me preocupa, porque veo preocupada —yo me atrevería a decir que atemorizada— a la profesión, que con saber de Medicina ya tiene ocupación suficiente, sin tener que preocuparse además por estas cuestiones que hoy, dada su complejidad, necesitan una formación jurídico-técnica para ser entendidas. Actualmente, la doctrina jurídica acerca del número 4 del artículo 143 del Código Penal vigente está dividida. Para unos se refiere solamente a las conductas activas, porque el legislador dice «activamente», y activamente supone con acción. Pero es que otro grupo de la doctrina jurídica entiende que se refiere también a la omisión en el sentido jurídico de la cuestión de la omisión, es decir, una determinación de la voluntad a conseguir un objetivo, porque la acción o la omisión luego son el instrumento para la comisión del delito. Por eso he solicitado unas políticas legislativas en positivo en las que se determinen las conductas que son lícitas para que los médicos las puedan practicar con confianza y con abundancia para ayudar a los enfermos. Si estas cuestiones son interpretables, ¿cómo vamos a interpretarlas los médicos? El Senador Cardona ha puesto un magnífico ejemplo, qué es lo que comprende el punto cuatro del artículo 163. Vuelvo a repetir que hay una doctrina jurídica que opina que solamente se prevén las acciones positivas directas, pero hay otra, muy abundante también, que considera que se incluyen las positivas indirectas, es decir, lo que se ha conocido como eutanasia pasiva, de ahí la complejidad. Yo creo que no se puede convivir con lo que es el Derecho Penal, la última ratio. Debemos tener una legislación positiva, y por eso he sometido a su consideración una legislación en positivo, de igual rango jerárquico legislativo del Código Penal, en la que se determinen, se expliquen y ordenen todas estas conductas. Porque no se puede actuar médicamente —y también ocurre en muchas otras profesiones— teniendo como referencia o criterio jurídico ordenativo el Código Penal. Acaba de suceder con otra institución, como el principio constitucional del secreto profesional, y nos lo han regulado también en negativo, recogiendo su protección en el Código Penal vigente de 1995. Pero su señoría conoce muy bien que los médicos, en el ejercicio de la profesión, estamos teniendo muchos problemas, por ejemplo, con el asunto del secreto profesional y la propiedad y disponibilidad de la historia clínica. La sociedad necesita una legislación en positivo acerca de la propiedad y disponibilidad de la historia clínica por parte del enfermo, por parte de la ciencia y por parte de otras instituciones, entre ellas la Administración de Justicia.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Muñoz Garrido.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenos días, Doctor Muñoz Garrido. Quiero agradecerle especialmente su propuesta de clarificación de términos. Creo que todos coincidimos en esta Comisión, y así lo hemos visto a lo largo de las sesiones que hemos tenido hasta ahora, en que la confusión terminológica que existe dificulta mucho el debate, porque es muy difícil si cada uno de los debatientes se está refiriendo a un diferente significado de la misma palabra; sin embargo, con la clarificación de términos que usted nos ha hecho deja claro que no es tan difícil. Si estamos analizando una conducta equis y nos centramos en eso, independientemente de que usted la denomine «a» o yo la denomine «b», podemos llegar a la conclusión de si esa conducta está justificada o no está justificada, si es ética o no es ética. Quizá la solución está en que en vez de decir los nombres sin más, que cada vez que hablamos de ello estemos especificando a qué conducta en concreto nos estamos refiriendo. Creo que eso facilitaría mucho el debate.

Me voy a referir ahora a los códigos deontológicos. En más de una ocasión hemos hablado en esta Comisión de las normas deontológicas médicas. Hemos contado con la presencia del doctor Gonzalo Herranz, que es miembro como usted de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, también ha comparecido el Presidente del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, que nos informó sobre el nuevo código deontológico de los médicos catalanes, etcétera. Hablando de esas normas de deontología médica quisiera preguntarle si conocen el grado de aceptación que la norma deontológica que declara la eutanasia contraria a la ética médica tiene entre el colectivo de los profesionales sanitarios, es decir, si no cree que puede existir un cierto divorcio entre las declaraciones y las normas que se pueden elaborar desde determinados estamentos u órganos de gobierno y las opiniones o incluso las actuaciones de médicos a los que se les han planteado con mayor o menor frecuencia estas cuestiones con algunos de sus pacientes.

Traigo esto a colación porque en la anterior sesión de esta Comisión se nos presentó una declaración sobre la muerte asistida que fue firmada en Zurich en octubre del año pasado por un grupo de profesionales sanitarios y y en esa declaración, que supongo que ya conocerá, manifestaban su apoyo a la muerte asistida y su compromiso con lo que ellos denominaban una atención médica humanitaria, y decían literalmente: Apoyamos el derecho de todo paciente adulto y competente que padezca sufrimientos extremos a buscar nuestra asistencia si ésta es su petición reiterada.

Lo que quisiera conocer es su opinión sobre esta declaración y si no cree que esas reflexiones pueden estar bastante extendidas entre el colectivo médico pero que permanezcan más o menos ocultas debido a la situación de ilegalidad existente.

Asimismo, quería hacerle una breve referencia a la Declaración de Pamplona del año pasado sobre la medicina y el final de la vida. En esa declaración, en el primer punto, ustedes dicen que el médico con ciencia, experiencia y

conciencia debe sentir el deber y poner los medios para procurar a cada moribundo su mejor muerte. Yo creo que esta afirmación, sin duda, es unánimemente compartida y aplaudida, lo que pasa es que, en relación con lo que antes comentábamos sobre la clarificación de términos, me pregunto si al aplaudirla estamos entendiendo todos lo mismo. Me explico. ¿Qué es lo que queremos decir con su mejor muerte? Porque en mi opinión, de la misma manera que sólo cada persona en particular puede determinar si su padecimiento le da o quita dignidad a su existencia o incluso si ese sufrimiento tiene algún sentido, creo que de la misma manera sólo cada persona en particular puede determinar cuál sería su mejor muerte. Por tanto, entiendo que en esa Declaración de Pamplona no queda prohibida como contraria a la ética médica la ayuda a morir a un paciente terminal ante su solicitud firme, reiterada, consciente y libre. Sin embargo, no estoy segura de que ustedes pretendieran decir eso con esa declaración. Por eso, señor Muñoz, quiero conocer qué es lo que entienden ustedes por la mejor muerte. Quiero saber si consideran que es el moribundo quien ha de definir cuál sería para él su mejor muerte y, si esto es así, si entienden que ese deber del médico también se ha de mantener cuando la persona moribunda considera que morir en el momento elegido por ella y asistida médicamente es lo mejor. Quiero saber si al afirmar que el médico debe sentir el deber y poner los medios para procurar a cada moribundo su mejor muerte son conscientes de que hay personas que solicitan ayuda no sólo en el morir, sino también para morir, y que consideran que ésa es su mejor muerte.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el doctor Muñoz Garrido.

El señor MUÑOZ GARRIDO (Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España): Senadora Rodríguez Fouz, a la primera cuestión sobre que despojado el bosque de tanto término ya sabemos de lo que tratamos y, por lo tanto, a lo que nos podemos referir y regular, que es su propuesta, le diré que el problema está en el significado, no en la denominación. Un término puede significar lo mismo para la generalidad de las personas, pero también hay quienes están en desacuerdo con ese significado. Esto lo hemos visto. Cuando el número 4 del artículo 143 del vigente Código Penal establece que en esa situación tiene una culpabilidad mínima y por lo tanto una pena mínima que, naturalmente, según las circunstancias se puede rebajar en uno o en dos grados, yo he hecho referencia a que hay división de opiniones, es decir, «fifty-fifty», ya que unos piensan que se está contemplando sólo la activa directa y otros que piensan que también está la omisiva. Por lo tanto, la cuestión es que no siempre hay acuerdo o, mejor dicho, hay diferencias en la significación.

En cuanto al grado de aceptación de los sanitarios, tengo que decir que entiendo que se refiere exclusivamente

a los médicos, porque sobre el resto de los profesionales no puedo opinar. Ellos tienen también su propia deontología y su propia regulación y algunos de ellos tienen mucha importancia en la intervención de ayudar a los pacientes en estas situaciones. Por ejemplo, el deber de cuidado lo han hecho en el mundo, desde siempre y formidablemente, los profesionales de la enfermería, los que hoy se conocen como diplomados en enfermería.

Por lo que se refiere al grado de aceptación, le diré que yo, de lo que hay fuera, tengo menos datos que de lo que piensan mis propios colegas españoles. Yo he pertenecido como miembro experto a la Comisión de Ética del Comité Permanente de Médicos Europeos, que está integrado por todas las asociaciones nacionales que pertenecen o forman la Unión Europea, y le puedo decir que allí, cuando se han tratado temas de esta naturaleza, el criterio es de defensa de la vida.

Actualmente, desde los años que llevo como asesor técnico de la Comisión de Códigos Deontológicos y de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial —ahí están sus propias declaraciones— quiero decirle que lo que allí se expone, en nombre de las asociaciones que representan, está en esa línea. Pero como más próximo y más importante puedo decirle que, en mi condición de Presidente de la Comisión Central de Deontología, yo he rotado por muchos colegios de médicos, y he tenido la oportunidad de hablar con las correspondientes comisiones deontológicas y con las asambleas de los distintos problemas que toda esta cuestión plantea. Pues bien, lo primero que tengo que decirle, señoría, es que todos ellos están muy preocupados puesto que han captado que se encuentran en una situación de riesgo permanente en el cumplimiento de una tarea profesional que ellos realizan en función de principios éticos y científicos. Lo cierto es que se la están jugando desde el punto de vista de los principios jurídico-penales, lo cual es muy positivo y supone también arriesgar mucho.

El caso es que quienes tienen esa capacidad y ese espíritu para arriesgar tanto ayudando a los enfermos y suprimiendo tratamientos fútiles porque ya no son eficaces causalmente para curar la enfermedad o para suprimir el dolor y administran, por ejemplo, dosis de morfina —de acuerdo, naturalmente, con la «lex artis» siempre en sus niveles superiores— para conseguir que el sufrimiento y la angustia que supone el dolor y que la intranquilidad del enfermo disminuyan no sé qué cifra supondrá en nuestro país, pero lo que es evidente es que no es función del médico ser autor de una acción transitiva en la gestión del cuerpo. Por lo tanto, esas personas no participan de esa sugerencia que ha expuesto la Senadora Rodríguez Fouz.

En la Declaración de Pamplona se dice, efectivamente, «su mejor muerte», siendo ese «su» reflexivo. Por tanto, si hay intervención en la gestión de «su muerte» por agente externo, por agente transitivo, ya no es «su muerte» sino que ya es el otro el que mata. Luego en mi opinión, la Declaración de Pamplona tiene una significación neta en el sentido de que es un acto propio del enfermo.

La señora PRESIDENTA: Gracias.

Finalmente, para cerrar este turno de portavoces, tiene la palabra el Senador Barahona en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

El señor BARAHONA HORTELANO: Gracias señora Presidenta.

Tomo la palabra en nombre del Grupo Popular para dar la bienvenida al Profesor Muñoz Garrido, una bienvenida muy especial y muy afectuosa al darse la circunstancia de que somos compañeros de claustro, expresándole al propio tiempo mi agradecimiento por la documentada exposición que hemos tenido ocasión de escucharle.

Su comparecencia ante esta Comisión es fruto, por supuesto, de su doble condición de médico y jurista, lo que le hace absolutamente idóneo para poder abordar estos problemas, problemas que ha expuesto con una enorme claridad y contundencia y, casi diría, que hasta con un gran compromiso por su parte.

Hemos podido ver el tema de la eutanasia en su doble vertiente médica y jurídica, pero en lo que se refiere concretamente a los profesionales sanitarios tenemos un cierto confusiónismo —que, por cierto, ha sido expresado también por el Profesor Muñoz Garrido— en relación con esa gran confusión terminológica que existe y que posiblemente es fruto de una especulación intelectual o que quizá puede ser también fruto de disquisiciones semánticas, que, indudablemente, hay que desbrozar, como el Profesor ha hecho, para poder llegar al núcleo de la cuestión.

En relación con esto, he de decir que tengo noticias de que, según parece, en Barcelona se hizo una encuesta en la que aparecía un 27 por ciento de médicos, de profesionales, que optaban por una eutanasia pasiva. Quiero preguntarle a este respecto si ese resultado no habrá sido fruto del confusiónismo relacionado con la terminología que se ha utilizado o de un desconocimiento, en definitiva, del problema.

Qué duda cabe que un incremento de los cuidados paliativos vacía de contenido tanto a la eutanasia como a la obstinación terapéutica, cuestión que, por cierto, el Profesor ha expuesto magníficamente. Pero al margen de ello, quisiera preguntarle al Profesor Muñoz Garrido sobre la utilización de la morfina. Quisiera saber si él es partidario de su administración, si la misma entra dentro de la más correcta praxis médica y por qué en muchas ocasiones no se utiliza la morfina con la frecuencia adecuada.

Otra cuestión que ya ha sido abordada en muchas ocasiones y a la que también se ha referido el portavoz del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de *Convergència i Unió* es la de la acción encaminada a matar fruto de la Declaración de Pamplona, es decir, ese término de «acción o comisión de omisión». Me gustaría que abundara más en este concepto el Profesor Muñoz Garrido.

Y, cómo no, también querría que quedara clara esa unanimidad que existe en la Asociación Médica Mundial, Asociación que, indudablemente, también es clara y contundente al igual que lo ha sido la Comisión Central de Deontología Médica española puesto que, efectivamente, el documento que elaboró y que fue aprobado por una asamblea en Pamplona ha dado lugar posteriormente a esa

Declaración a la que se ha hecho referencia en repetidas ocasiones. Y quisiera incidir también en lo que el Profesor ha dicho sobre la legislación en positivo. Quisiera preguntarle qué significado tendría eso sobre la praxis médica cotidiana.

En cualquier caso, quiero agradecer de nuevo la presencia de Rafael Muñoz Garrido hoy aquí.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Barahona.

Tiene la palabra el Profesor Muñoz Garrido.

El señor MUÑOZ GARRIDO (Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España): Gracias, señora Presidenta.

Senador Barahona, colega de claustro de facultad y de universidad, gracias por sus palabras. Pero, señorías, ¿ven ustedes cómo son los afectos a que Jaspers hizo referencia? Los afectos han llevado al Senador Barahona a la exageración acerca de mis virtudes en su exposición, cosa que le agradezco, señoría.

Su señoría acierta plenamente cuando se ha referido a la importante encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona sobre sus colegiados acerca de la eutanasia pasiva. La respuesta de la Comisión Central de Deontología al tremendo error que allí tuvo lugar es la Declaración sobre eutanasia pasiva de 1993 tantas veces citada.

Efectivamente, ese alto porcentaje de médicos entendía lo que hemos expuesto como correcta praxis médica, es decir, conseguir la analgesia o, lo que es lo mismo, suprimir el dolor. En ese sentido, naturalmente, la práctica totalidad dijo ser partidaria de la eutanasia pasiva, si es que eutanasia pasiva significa la administración de tratamientos médicos encaminados a suprimir el dolor que padece el enfermo terminal o crónico.

En cuanto a la utilización de la morfina, para muchas generaciones de médicos educados en las facultades de medicina españolas, según los planes de estudios antiguos, a los que se les ha explicado deontología médica —aunque no se les ha explicado por un médico—, la morfina ha tenido mala prensa. En algunos ambientes se sigue manteniendo que la morfina produce una depresión del sistema nervioso, que lleva a un estado progresivo de asfixia y que produce como consecuencia un acortamiento de la vida, pero esto no se ha conseguido demostrar experimentalmente, y esta influencia que ha ejercido el mundo de la teoría ética en un tiempo determinado respecto a que los tratamientos morfínicos acortaban la vida ha pesado en el campo de la praxis, pero esto no está demostrado. No me he atrevido a decir que, aun en el caso de que los tratamientos morfínicos acortaran un poco la vida —que no está demostrado—, también es cierto que consiguen suprimir el dolor y logran que el enfermo se nutra y descansa, situándole además en un estado confortable en el último tramo de su existencia.

Hay algo que sí está comprobado. En el mundo anglosajón se utiliza mucho la morfina, pero porque no se utilizan otros tratamientos no morfínicos. Sin embargo esto sí es característico de la praxis española, es decir, empezar con analgésicos que consiguen obtener dinteles de analgesia suficiente y que no son de naturaleza morfínica y, cuando éstos ya no son suficientes, pasar a los morfínicos.

Comprendo lo que ha planteado de la acción y la omisión y cómo es posible distinguirlas. Yo les digo a los estudiantes de la facultad, al explicarles la asignatura —porque ellos también tienen dificultades, ya que se trata de conocimientos técnico-jurídicos para los que hace falta una preparación universitaria especial—, que la comisión por acción y la comisión por omisión se comprendían, por ejemplo, cuando el delito de infanticidio estaba tipificado como tal y tenía un tratamiento especial, por los motivos «de honore», dada la situación de la mujer soltera en la sociedad de aquellos años, que le llevaba a veces a una acción homicida con el recién nacido. La madre que daba muerte al recién nacido podía optar por un mecanismo en comisión por acción, estrangulándole, o por un mecanismo por omisión, no nutriéndole. Parece ser que la comisión por acción y la comisión por omisión se dan también en el tema planteado esta mañana. El problema se produce en la comisión por omisión, y en ella están los peligros de responsabilidad penal para los médicos.

La legislación en positivo significaría, en vez de regular la convivencia, advirtiendo o estableciendo que al que incurre en determinadas conductas se le da con la última «ratio», que es el Código Penal, ordenar —que también es función del Derecho—, estableciendo las conductas, los comportamientos y las actividades que forman parte de las profesiones, concretamente de la nuestra, y regular estas situaciones especiales que son objeto de interpretaciones diferentes, unas veces porque existe discrepancia fundamental, pero otras veces porque no se tiene la formación técnico-jurídica necesaria para poder entender esos casos. Es necesaria una legislación en positivo del mismo rango que la referida al Código Penal, que es ley orgánica. Tenemos la Ley General de Sanidad, de 1986, que técnicamente es una ley de bases, con suficientes años, que está bien, pero que hay que desarrollar, porque en ella los profesionales sanitarios no encontramos un desarrollo posterior en este sentido, especificándolo.

También es necesaria una legislación positiva en relación con las políticas legislativas y económicas que potencien y desarrollen más los cuidados intensivos y los cuidados paliativos, que conllevan un aumento considerable de los especialistas en geriatría, porque hay una población española muy significativa que necesita geriatras tanto a nivel de hospitales como a nivel de centros de salud, hospitales de día, etcétera, y merece la pena regular y potenciar su dotación.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Doctor Garrido.

Terminado el turno de portavoces, ¿algún señor Senador desea intervenir o hacer alguna pregunta al compareciente? (*Pausa.*)

En ese caso, solamente me queda darle las gracias al Doctor Muñoz Garrido por su interesantísima comparecencia y asegurarle que, sin duda, nos será de gran utilidad para el informe que elabore esta Comisión.

Vamos a suspender la sesión durante cinco minutos para despedir al Doctor Muñoz Garrido y dar la bienvenida al próximo compareciente, que lleva un ratito acompañándonos, y éste es el motivo por el que se va a adelantar su comparecencia. (*Pausa.*)

Señorías, se reanuda la sesión.

— DE DON XAVIER GÓMEZ BATISTE-ALENTORN, JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA Y VICEPRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (715/000286).

La señora PRESIDENTA: Recibimos al siguiente compareciente, don Xavier Gómez Batiste-Alentorn, Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Es para mí una gran satisfacción recibirle hoy aquí porque ya hemos tenido oportunidad de coincidir en varias jornadas organizadas a propósito de la eutanasia y de las decisiones tomadas al final de la vida. Le doy la bienvenida, tanto en mi nombre como en el de la Mesa, a esta Comisión de estudio sobre la eutanasia.

Sin más, tiene la palabra.

El señor GÓMEZ BATISTE-ALENTORN (Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos): Muchas gracias, señora Presidenta.

Señorías, en primer lugar, quiero agradecerles la oportunidad que me brindan de estar hoy en una Comisión que —como comentábamos hace un momento— lleva tiempo estudiando con profundidad un tema actual que requiere atención social y sanitaria.

Supongo que ustedes ya han tenido oportunidad, realmente tengo la certeza, de oír muchas opiniones —acabamos de escuchar la exposición del Profesor Muñoz Garrido— y, por tanto, soy consciente de que es fácil que se repitan algunos temas. Por ello, he querido hacer un planteamiento pragmático-clínico desde el punto de vista de un médico asistencial de cuidados paliativos. No voy a bombardearles con datos de tipo clínico, sino más bien voy a tratar de explicarles la metodología de la toma de decisiones en cuidados paliativos, las situaciones a las que tenemos que hacer frente y algunas de las cuestiones de riesgo jurídico que el Profesor Muñoz Garrido ha comentado. En definitiva, centraré la primera parte de mi intervención en el desarrollo de los cuidados paliativos.

En segundo lugar, me gustaría hacer una exposición sobre la parte de la eutanasia más relacionada con mi actividad. Quiero informarles aunque la Presidenta y algunas de sus señorías ya lo saben, de la labor de un grupo de trabajo,

constituido por miembros del Consejo General del Poder Judicial, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Comisión que ustedes integran, que ha estado analizando algunos de los temas que suscitan más debate; por ejemplo, cuestiones como la definición terminológica o la identificación de los problemas más comunes. Este grupo de trabajo elaboró un documento que no tardará en llegarles porque el Ministerio estaba ultimando su confección dos o tres semanas antes de iniciarse las vacaciones, y por eso supongo que en breve podrán disponer de él. Tengo la impresión —y aquellos de ustedes que han participado en este grupo estarán de acuerdo conmigo— de que aclarará bastantes conceptos, puesto que en un clima muy confortable se alcanzó un gran consenso terminológico. Por tanto, muchas de las cuestiones que ahora son objeto de debate están bastante bien tratadas en este documento.

Me gustaría empezar hablando sobre la ética clínica, sobre los principios o sobre los dilemas de valores en la práctica clínica en la atención de enfermos avanzados y terminales. Nosotros tenemos más experiencia en atención de enfermos de cáncer, pero también hemos tenido ocasión de atender casos de sida o de enfermos geriátricos avanzados. Por tanto, intentaré ofrecer una visión general de la toma de decisiones que podría servir como paradigma, sobre cómo podría mejorar la atención.

En la ética clínica y en los cuidados paliativos hay varios grupos temáticos: uno es cómo se toman las decisiones de atención; el otro es el dilema sobre la prolongación o interrupción, que sería más específico del trabajo esta Comisión, esto es, el debate sobre prolongar o no, el debate sobre si interrumpir o no, acelerar la muerte, etcétera, y, finalmente, el de la relación de los equipos y la asignación de recursos, esto es, el debate sobre el balance entre los recursos curativos, paliativos, etcétera. Éste es el marco de los temas que nosotros estamos desarrollando en ética y cuidados paliativos.

En la transparencia figura la definición aceptada ya de cuidados paliativos —en cualquier caso, entregaré a sus señorías las transparencias—, y que se refiere al cuidado activo, integral de personas y familias cuando están en una situación de enfermedad avanzada y terminal, por un equipo interdisciplinar competente o capacitado para hacerlo. No voy a insistir en esta definición, pero sí voy a hacerlo en las medidas concretas del proceso que nos ayudan a tomar decisiones. Creo que éste es un aspecto poco expuesto de los cuidados paliativos y, en cambio, es muy relevante desde el punto de vista metodológico —me parece a mí— para el trabajo de esta Comisión.

En primer lugar, la toma de decisiones óptima en cuidados paliativos para la atención de enfermos avanzados tiene que ser interdisciplinar; la posición del médico convencional, único, tomando decisiones me parece ya relativamente obsoleta y hay suficiente experiencia como para que todos los miembros de un equipo profesional participen. En segundo lugar, y está resaltado en rojo, es que esta toma de decisiones se produzca con enfermo y familia. Y yo creo que aquí está una de las claves conceptuales de la cuestión, es decir, si las decisiones se toman con el enfermo y con la familia, avanzamos en lo que es la toma de

decisión autónoma y la respuesta a la demanda y a las necesidades individuales de un enfermo y su familia. Nosotros tenemos la concepción —sobre todo en el ámbito más mediterráneo-latino— de que no atendemos a enfermos, nosotros atendemos a familias que tienen dentro a alguien que está enfermo, y a veces hay miembros de la familia que sufren más el proceso que el propio enfermo, que sufren mayor impacto emocional o una situación más difícil. Por lo tanto, éste es un elemento clave desde el punto de vista conceptual y también práctico, porque el tiempo que se dedica a la atención de una familia es una gran inversión en calidad de atención, y esto es algo que quiero destacar.

El otro aspecto es qué en la práctica cotidiana casi siempre se producen muchos cambios de situación y muy bruscos cuando atendemos a personas en situación de gran fragilidad —un enfermo avanzado, desnutrido, etcétera—, pues es fácil que haya cambios repentinos en su evolución como, por ejemplo, personas que cuando están en el domicilio están conscientes y dejan de tener conciencia, y ello genera un gran impacto en la familia. Esto requiere que la atención de estas personas y sus familias tenga mucha flexibilidad de adaptación a situaciones difíciles que se presentan a veces de una manera intempestiva. Por tanto, no se trata de hacer esquemas de tratamiento rígidos, sino muy adaptados a necesidades que son muy cambiantes en la situación de enfermedad avanzada.

Hay un cuarto aspecto que en ocasiones es difícil de entender. Nosotros pensamos que se ha avanzado mucho en la toma de decisiones clínicas y cuando hablamos de bipolaridad o de tener un menú de opciones que no sea bipolar nos estamos refiriendo a que muchas veces el planteamiento es eutanasia o sobretratamiento o encarnizamiento, y lo que quiero destacar aquí —para que se comprenda en un lenguaje no médico— es que hay muchas opciones entre éstas dos bipolares y que no siempre hay que escoger entre dos opciones tan extremas, sino que en la práctica cotidiana nosotros tomamos cada día decisiones concretas que no son tan bipolares: por ejemplo, hoy pondremos sueros pero no tantos, o la dosis de analgésico se puede elevar un poco, sin necesidad de que sea todo o nada, etcétera. Esta cuestión también es muy importante para su aplicación al debate sobre la eutanasia, que tampoco tiene por qué ser bipolar —eutanasia sí, eutanasia no—, sino que debería servir para preguntarnos qué podemos hacer para atender mejor a estas personas. Ésta es la aplicación social y de debate a este dilema más clínico o más asistencial.

Otro punto es que nosotros hacemos esto cotidianamente. Personalmente me dedico a los cuidados paliativos desde hace catorce años, he tenido algunas interrupciones al estar en la Administración en el Programa «Vida als anys», pero realmente hace años ya que hay experiencia sobre esto y nuestra metodología es la de la ética clínica, es decir, los dilemas de valores y de decisiones, que tienen muchos actores —equipo, familia, enfermo, etcétera— y que se toman cotidianamente. Es decir, no estamos en una dimensión trascendente, no estamos debatiendo cada día sobre la eutanasia, sino que estamos atendiendo a enfermos, cada día nos dedicamos a tomar decisiones y cada día las cambiamos. Ésta es otra visión también muy impor-

tante para desacralizar un poco esta discusión, puesto que hay mucha experiencia asistencial y clínica de muchos equipos; ruego a la Presidenta que me interrumpa si considera que algún término es muy técnico.

Por tanto, desde el punto de vista del modelo de atención, en lo que se refiere a los cuidados paliativos y a una manera más o menos avanzada de atender a las personas, hemos pasado de un modelo más paternalista basado en la decisión médica individual —que, por supuesto, podía tener en cuenta la decisión y la opinión del enfermo— a un modelo mucho más interdisciplinar que tiene como eje los objetivos del enfermo. A esto yo le llamo, digamos socialmente, la democratización de la toma de decisiones.

En este grupo de trabajo que se constituyó comentábamos que el debate sobre la autonomía de los enfermos es crucial en nuestro país, porque si estamos hablando de la eutanasia y de la autonomía es importante que no olvidemos que la autonomía es una práctica que debe llevarse a cabo no cuando uno está en una situación avanzada, sino en toda toma de decisión que afecte a su salud y a su vida. Por tanto, esto hay que aplicarlo en todas las situaciones de enfermedad, de prevención o de relación con el sistema sanitario, y es muy importante que las personas y los equipos que les atienden practiquen este debate, digamos cotidiano, sobre sus objetivos, cómo resolverlos, etcétera. Esto lo vienen practicando muy bien médicos de cabecera desde hace años, y ahora se ha extendido al trabajo interdisciplinar y es una práctica común que forma parte del conocimiento y la experiencia de la atención médica. Yo siempre digo que los cuidados paliativos recogen lo mejor de la tradición humanitaria de la medicina, pero además le incorporan toda la organización y la tecnología que ahora tenemos para mejorar la calidad de vida, y en la organización esto quiere decir que de médico individual pasamos a un equipo interdisciplinar y de tratar el dolor con mucha dificultad pasamos a tener mucho más poder terapéutico para controlarlo, aunque no siempre lo conseguimos. Este proceso más avanzado y más respetuoso con los enfermos y con los otros miembros del equipo se está dando y hay muchas experiencias en el país con respecto a este cambio de organización y de actitud.

¿Cómo decidimos nosotros, cómo tomamos decisiones en la práctica clínica cuando atendemos, por ejemplo, a un enfermo geriátrico avanzado que tiene demencia, empieza a dejar de comer y está el dilema de cómo nutrirlo, o a un enfermo con cáncer avanzado que tiene dificultades de memoria o dolor intenso y tenemos que dilucidar entre si empezamos con morfina o no, y con los riesgos que comentaba el Doctor Muñoz Garrido sobre si la morfina puede sedar o no puede sedar, etcétera? Los factores que nosotros utilizamos para tomar decisiones son, primero, clarificar bien la situación del enfermo, conocerla bien. Segundo, tener ese menú de opciones a que me refería, y ello porque podemos empezar el tratamiento analgésico con mucha diversidad de opciones. En el caso de una persona que tenga dificultades para ingerir, para tomar alimento, hay muchas opciones terapéuticas: desde darle sueros hasta por vía subcutánea, por vía endovenosa, decidir si se pone o no una sonda, etcétera.

Por tanto, podemos clarificar la situación y elaborar este menú con las diversas opciones de tratamiento que, normalmente, son escalonadas. Como ha dicho el doctor Muñoz Garrido, para el dolor hay escalones analgésicos, de la Organización Mundial de la Salud, que nos permiten en este momento un rango de opciones terapéuticas muy avanzado y muy eficaz.

El tercer punto es la protocolización y la experiencia, por ejemplo, en los casos de situación de agonía. En nuestro hospital, que es universitario, un instituto oncológico, existe un protocolo sobre cómo atender a las personas en situación de agonía en los últimos días de vida. Es un protocolo interdisciplinar elaborado con un grupo de trabajo, que define cuál es la situación de agonía, cuáles son las molestias más importantes de los enfermos en estos casos, qué tenemos que hacer y cuáles son las opciones de tratamiento en cada situación. Es una manera de mejorar de forma importante la calidad de la atención y, a la vez, de dirimir bien este tipo de opciones y dilemas terapéuticos. Por tanto, el hecho de que haya protocolo no sólo para el dolor, sino para situaciones difíciles de atención, es un factor que ayuda a enfermos, familias y profesionales a resolver bien algunos de los dilemas que se han suscitado aquí, por ejemplo, el de si un enfermo está más o menos consciente. Esto se puede protocolizar, se puede prever y se pueden determinar las maneras de responder ante situaciones difíciles.

En cuarto lugar, un método participativo de enfermo, familia y equipo: la prevención de las crisis. Por ejemplo, si una persona tiene un riesgo elevado de entrar en coma y está en el domicilio, se puede prever, es una situación probable. Si se comenta con la familia y se tienen opciones de tratamiento alternativas para cuando esta situación se dé, el impacto en la familia es mucho menor y, además, la respuesta es mucho más eficaz. Si no se ha comentado y no se ha prevenido esta situación, normalmente genera gran impacto emocional en la familia, ingreso inadecuado en urgencias, etcétera. Por tanto, todo lo que sea preventivo y clarificador de posibles opciones y esté escrito y tratado con la familia del enfermo, son factores que reducen la ansiedad y mejoran la calidad de atención.

Finalmente, el consenso, que forma parte del método participativo en la toma de decisiones. Es decir, si hay riesgo de que un enfermo en el domicilio entre en coma, se pueden discutir con la familia estas opciones y ver si ellos preferirían ir al hospital o no. Esto requiere una cama accesible. Se puede preparar, se puede predecir y se puede tratar. Un ejemplo sería la disfagia, es decir, una persona que no puede ingerir, no puede tomar alimento ni líquidos. Para esta persona la opción bipolar sería bien nutrición parenteral —con un enfermo muy avanzado o agónico sería seguramente sobretratamiento— o bien no hacer nada, pero hay más opciones entre esta dos: la decisión de poner o no sueros; poner sueros, si está en el domicilio, por una vía más sencilla, que es la subcutánea; adaptar la dieta, a veces con cambios en la dieta se puede resolver, sobre todo, en enfermos geriátricos, que se atragantan. Por ejemplo, hay expertos en textura de la dieta y hay técnicas para que la dieta sea como un flan con el fin de que no se atra-

ganten. Ésta es una manera de resolver bien situaciones que antes tal vez nos generaban el dilema de si se ponía suero o no; ahora tenemos manera de resolverlo.

La opción a evitar siempre es la de no hacer nada, es decir, lo que hay que hacer es algo que sea apropiado, gradual y flexible y, además, siempre controlar bien los síntomas y dar soporte emocional. El hecho de que un enfermo no pueda tragar no quiere decir que tenga que tener sed, dolor, no tenga que recibir tratamiento para su ansiedad, no duerma bien o no esté confortable. Por tanto, si nosotros tenemos este menú de opciones —estoy poniendo casos muy pragmáticos—, esta bipolaridad desaparece y generamos confort y buena atención en los enfermos. Éste será un ejemplo muy cotidiano de nuestra actividad.

Por otra parte, quería comentar un tema que ha suscitado el profesor Muñoz Garrido; el riesgo jurídico en los equipos de cuidados paliativos cuando se toman decisiones de no tratar, de no poner en este supuesto un suero. Les quiero comentar un caso muy conocido —salió en la prensa— que tuvo mucha repercusión en Cataluña, en Sabadell, en el año 1992, y suscitó un debate muy importante. Era una mujer con un cáncer de cérvix uterino muy avanzado, que tenía una obstrucción intestinal y no podía ingerir. Esta persona, cuidada por dos hijas de una manera muy activa, ingresó en un servicio de cuidados paliativos, por cierto, excelente, la Fundación Albada de Sabadell. Una parte de la familia que había participado menos en la atención a esta persona llegaba aquel día a verla. El equipo de cuidados paliativos había ido trabajando con la enferma, con la familia, y en el caso de que se diera una situación de agonía, no pondrían sueros, harían una hidratación exclusivamente oral, con pequeñas cantidades de líquido, etcétera. Pero la otra parte de la familia cuando no se puso sueroterapia, consideró que había mala atención y presentó en el juzgado de guardia una denuncia urgente. Éste es un caso real, la jueza llamó al centro, envió a un forense, y obligó al equipo a poner sueros a esta enferma a petición de sus familiares. La intervención del forense fue para afirmar que podía haber deshidratación, etcétera. Esto suscitó un gran debate en el ámbito de los equipos de cuidados paliativos en Cataluña sobre cómo podíamos resolverlo y tratar de interaccionar a juristas y equipos sanitarios para dar solución a este tipo de dilemas. Generó una reunión de consenso con juristas, fiscales y expertos en medicina legal, y en la Sociedad Catalano Balear de Cuidados Paliativos elaboramos una serie de criterios para que no hubiera este riesgo jurídico, muy basados en que todos tuviéramos formación en cuidados paliativos y en cómo resolver estos dilemas de fin de vida, porque realmente el forense no había hecho cursos de cuidados paliativos y no sabía que en la situación de agonía la hidratación en sí misma no es un objetivo, porque puede ser que no tenga nada que ver con la calidad de vida y, por tanto, no es un dilema. Si el equipo lo había discutido previamente y en su protocolo funcionaba así, no tenía por qué generar ningún riesgo jurídico.

Por tanto, elaboramos unos criterios en la Academia de Ciencias Médicas para proponer una serie de factores que disminuían este riesgo y que clarifican la situación, por

ejemplo, la protocolización. Este equipo tenía un protocolo de agonía compartido, lo había hecho nuestro equipo del hospital, en el que se señalaba que en la situación de agonía no es imprescindible la hidratación parenteral, lo cual no quiere decir que no esté indicada, a veces, pero no es un objetivo ni un método absolutamente imprescindible. En segundo lugar, que hubiera consenso explícito entre enfermo, familia, por lo menos con la parte de ella con la que había tenido relación, y el equipo terapéutico. En tercer lugar, información reiterada y registrada en la historia clínica, diciendo: hoy comentamos con la familia y con el enfermo la decisión de poner o no sueros y finalmente, el menú de opciones. Por ejemplo, unas órdenes médicas pueden establecer la retirada de sueros o hacerlo, pero con hidratación en pequeñas cantidades, cuidando de la boca para evitar la sensación de sed, poniendo hidratación subcutánea si el enfermo lo pide, etcétera. Si todo esto consta en el registro de la historia clínica, es evidente que demuestra que el equipo ha realizado un proceso de atención y que no ha habido abandono, sino que ha elegido una opción, lo que, prácticamente, disminuye a cero la posibilidad de riesgo jurídico.

Nosotros hicimos este debate precisamente para no adoptar posiciones defensivas porque después de una experiencia así es una tentación que uno decida poner sueros a todos los enfermos que vengan. Yo creo que con los juristas se hizo un proceso muy matizado y maduro sobre cómo evitar el riesgo jurídico y, a la vez, mejorar la calidad de la atención, ya que esto son signos de que un equipo se ha tomado en serio cómo atender a los enfermos. Yo quería hacer esta mención.

Hay maneras de reducir y mejorar este tema. Una de las cosas que yo les quiero transmitir es algo de optimismo porque, ciertamente, la mayor parte de situaciones consideradas como dilemas tienen maneras clínicas de resolverse bastante sensatas, con equipos capacitados. En definitiva, lo que genera esta buena calidad de atención es la generación de un clima de confianza, en el cual, enfermo, familia y equipo toman conjuntamente las decisiones, tienen experiencia para ello, registran por supuesto las cosas para evitar estos riesgos, pero han hecho un proceso terapéutico basado en el clima de confianza. En mi opinión, después de mi experiencia, es muy difícil que sea sustituido con medidas más formales. Después comentaremos la directiva anticipada, con la que estoy totalmente de acuerdo, pero es verdad que solamente he atendido a un enfermo con directiva anticipada en 14 años, aunque también es cierto que no es una práctica común en nuestra cultura, todavía no es una opción. Sin embargo, si realmente hay un clima de confianza, que la directiva anticipada permita tomar decisiones y prevenga las crisis, adelantándose en las decisiones.

A veces es un poco naïf pensar que todos seremos así, pero, de todas formas, la situación de cuidados paliativos en España ha mejorado sustancialmente en los últimos 10 años. Ustedes tienen un directorio de la sociedad, pero la situación a finales de 1998 y a principios de este año es la de que en España hay unos 170 equipos de cuidados paliativos, de los cuales el 50 por ciento son domiciliarios, y el

porcentaje de enfermos que son atendidos por equipos específicos es de alrededor del 20 o del 25 por ciento —es una estimación que hicimos—. Por tanto, en España la cobertura todavía no es alta y su distribución es muy irregular; ya que hay Comunidades Autónomas como Canarias y Cataluña que tienen una cobertura muy elevada de cuidados paliativos y otras que la tienen más variable. Realmente la distribución es irregular, pero también el mensaje positivo es que ya hay muchísima experiencia en cuidados paliativos como para que haya referencias concretas.

En el caso de Cataluña se hizo el Programa «Vida als anys» en el año 1989 con un programa piloto de la OMS, de la Organización Mundial de la Salud, e iniciamos un programa de cuidados paliativos que en este momento está bastante desarrollado: tiene unas 400 camas, unos 48 equipos domiciliarios, 26 equipos hospitalarios, y la cobertura, es decir, el porcentaje de enfermos de cáncer y de sida que son atendidos por equipos específicos de estos cuidados paliativos es, aproximadamente, del 60 por ciento, colocando a Cataluña después de Canadá, en segundo lugar a nivel mundial respecto a este tipo de cuidados.

Los objetivos actuales del programa son que los equipos de cuidados paliativos no intervengan en las últimas semanas, sino que tengan capacidad de intervenir en una fase precoz. La manera más llana de decirlo es que no hace falta que un enfermo sea terminal para que esté bien atendido. Uno, a veces, está en situaciones muy difíciles de impacto emocional o de dolor en fases iniciales de la enfermedad, por lo que no se trata de una cuestión de pronóstico, sino de la complejidad de la situación.

En consecuencia, el objetivo es extenderlo a la atención geriátrica y a otros grupos de enfermos. Hay dos equipos pediátricos de cuidados paliativos, uno en Vall d'Hebron y el otro en San Juan de Dios, y hay unas 70 camas y un equipo domiciliario específico de cuidados paliativos dedicado a enfermos de sida.

Como conclusión, con respecto a los cuidados paliativos, nosotros pensamos que hay experiencia, la cual ha sido positiva. Asimismo, una de las recomendaciones evidentes es que en España se desarrolle la implementación de equipos de cuidados paliativos, para lo que ya hay experiencia e información suficiente y, en segundo lugar, que la formación en cuidados paliativos sea un elemento indispensable de los currículum de todos los profesionales de la salud, porque en este momento todavía es opcional y no reglada.

La segunda parte se dedica más a dilemas que ustedes también han tratado. El primero que me gustaría mencionar es el de la directiva anticipada, denominación que propongo al testamento vital, que es un ejercicio de autonomía positivo y, por tanto, desde mi punto de vista hay que promoverlo. La duda que tenemos es si realmente está insertado o no en nuestra cultura porque la experiencia de directiva anticipada es la de países anglosajones o norteamericanos que ha promovido hechos de autonomía personal en todas las situaciones de salud. El hecho de que todavía no esté insertado en nuestra cultura no exime de que promoverlo sea, en mi opinión, una buena acción porque es un ejercicio más y una manera más de ejercer esta autonomía.

¿Qué dificultades técnicas vemos desde los cuidados paliativos y que se han suscitado en revistas científicas? Les puedo hacer llegar documentación. Si no se actualiza la directiva anticipada es muy difícil que refleje todas las situaciones posibles. Es una dificultad técnica. Uno escribe una directiva, pero es difícil que pueda reflejar todas las situaciones en las que uno se pueda encontrar más adelante.

En segundo lugar, ¿cómo se implementa, cómo se hace llegar a todo el sistema sanitario la existencia de una directiva anticipada individual? Es decir, uno hace un ejercicio de autonomía, pero ¿cómo se lleva a la práctica cotidiana? Son cuestiones que se pueden resolver y yo creo que hay que tenerlas en cuenta, pero también desde el punto de vista de que, en mi opinión, la directiva anticipada es una medida razonable, positiva y recomendable, pero no sustituye a la relación de confianza, el que haya equipos competentes. Desde luego, la medicina defensiva no es la manera de resolver. Es decir, si todos empezamos a protegernos tanto se elimina el clima de confianza.

En conclusión, respecto a la directiva anticipada, a mí me parece que es recomendable, pero que en nuestro ámbito está poco insertada. Yo les comento mi experiencia personal, después de 20 años de oncólogo y 14 de cuidados paliativos, he participado en la atención de miles de enfermos y sólo uno planteó una directiva anticipada, y precisamente hace dos meses. Realmente estaba poco insertado. Es cierto que se puede argumentar que no se practica porque no existe como posibilidad, pero también es sorprendente que haya tan poca experiencia en nuestro ámbito. Por tanto, es recomendable, pero hay que tener en cuenta que es una medida parcial y que no resuelve todos los problemas, ni mucho menos.

Finalmente, entraré en el tema más concreto de la eutanasia y voy a mencionar algunos elementos que el grupo de trabajo trató. El primero es el de la confusión en las definiciones y en la terminología, que es tremenda en este momento y que debe aclararse antes de tomar cualquier decisión en este tema.

Les voy a proporcionar una lista de temas de definiciones, la «sopa de tanasias» que dice el profesor Abel: ortotanasia, cuidados paliativos, suicidio asistido, abandono, dignidad, directiva. Cada uno de estos conceptos son utilizados de una forma poco protocolizada y, a veces, muy sesgada.

Lo que se debe hacer es lo que hizo este grupo de trabajo, que avanzó bastante, es decir, llegar a un consenso terminológico y conceptual claro. En nuestra opinión, la definición de eutanasia sería la que se ha citado antes: a petición reiterada de una persona que está en esta situación, tomar medidas activas de interrupción de la vida —y punto—. El concepto de eutanasia pasiva nos parece que está superado y en gran parte es el de la buena práctica. Algunas de las cuestiones que se han mencionado antes, por ejemplo, el de omisión o acción-omisión, en este grupo de trabajo —en la reunión de Barcelona asistió la Presidenta de esta Comisión— se debatió, desde el punto de vista ético, clínico y jurídico, la dimensión y significación distinta entre no intubar o desintubar, y se llegó a un cierto

consenso. Por ejemplo: llegar un enfermo muy grave a un hospital, se toma la decisión de llevarlo a cuidados intensivos y requiere intubación porque, si no, no podría respirar ya que es un enfermo con muy mal pronóstico. La decisión de desintubar tiene estos dilemas éticos, clínicos, de riesgo jurídico, etcétera. A esta situación le aplicaría la misma metodología que hemos propuesto para estas situaciones en cuidados paliativos, es decir, si esto está protocolizado, si se ha intubado porque había una cierta opción de respuesta, pero —también se ha mencionado con la familia del enfermo— si en unos días no se produce, se puede desintubar, la proporcionalidad del tratamiento y el riesgo disminuyen mucho. En esa reunión de Barcelona se trató con mucha propiedad y muy meticulosamente situaciones como ésta.

Una vez más, esta situación de gran riesgo jurídico y ético-clínico, bien tratada, es decir, protocolizada, con información, con participación, puede ser una decisión clínica habitual; buena y que no tenga ningún riesgo ni jurídico ni de otro tipo. He puesto un ejemplo extremo que suscitó mucha discusión en ese grupo de trabajo. Por tanto, la inmensa mayoría de situaciones clínicas tienen respuesta metodológica bastante adecuada.

El debate de la eutanasia debería circunscribirse muy exclusivamente a un grupo de situaciones lícitas y respetables de personas que en situación de enfermedad avanzada, a pesar de todas estas opciones, pidan que se les interrumpa la vida. El documento que les facilitarán desde el Consejo General y el Ministerio aclara bastante todo esto.

Hay situaciones poco prevalentes, poco frecuentes pero muy difíciles, de personas jóvenes en coma de larga duración, etcétera, que nuestra experiencia en cuidados paliativos demuestra que se pueden resolver bien con este menú de opciones escalonando las decisiones en cuanto al tratamiento. Por ejemplo, en un enfermo en coma con meses de evolución se puede decidir no tratar intensivamente una infección —es un tratamiento correcto—, haciéndolo mediante medidas muy sencillas como la norma de los tres días de los ingleses, el menú de opciones, etcétera, siempre dando soporte a la familia, etcétera. Hay que desdramatizar un poco y ver que en la mayor parte de situaciones esto se puede resolver bien. Me remito al documento que se les facilitará.

Sobre el doble efecto quería comentar un punto clave en ética clínica y jurídica: la cuestión de la intención es crucial. Si un equipo toma la decisión de hacer un tratamiento analgésico y ésta es su intención, por el doble efecto, o sea por el efecto diatrógeno, si se produce un coma y el enfermo falleciera por este tratamiento analgésico, esto no es relevante desde el punto de vista ético y jurídico porque la intención terapéutica era la de analgesia. En ética clínica y jurídica la intención es fundamental y, además, si es una intención consensuada, registrada, escrita, pormenorizada esto resuelve la mayor parte de situaciones.

Les voy a poner un ejemplo más extremo que es el de la sedación. En este momento hay un debate en la sociedad europea de cuidados paliativos sobre la sedación en enfermos agónicos y hasta qué punto utilizar la sedación que

disminuye la conciencia. Para evitar el sufrimiento intolerable o la angustia tremenda del enfermo y de la familia es perfectamente lícita la sedación en la práctica clínica cotidiana de cuidados paliativos, aunque, a veces, puede producir situaciones de riesgo, de muerte anticipada. Esto es un debate actual en cuidados paliativos.

La diferencia entre la sedación, practicada como buena práctica, y el cóctel lítico, que es el que se da con intención no sólo de sedar para que no sufra sino para acortar la vida, es vital: en un caso la intención es la de evitar sufrimiento y en el otro la de acelerar la muerte. Una vez más, la intención es un factor clave en la toma de decisiones. La metodología de la sedación es que se hace progresivamente: se pregunta el enfermo si le preocupa no dormir porque tiene mucha angustia o si quiere dormir mejor y unas horas más al día y mañana volver a hablar de ello, «versus» el cóctel lítico que, sin preguntar al enfermo, supone enchufarle un suero que lo duerme irreversiblemente. Hay una diferencia clínica, ética, jurídica y de calidad de atención entre una cosa y la otra.

Como ya he dicho, quiero destacar exclusivamente el tema de la intención.

Un trabajo publicado de un estudio americano trata sobre la pregunta ¿qué frecuencia de demanda de eutanasia tienen los equipos de cuidados paliativos? Nos hicimos esta misma pregunta y revisamos un poco la literatura. En un estudio retrospectivo en Cataluña nos encontramos con una cifra del 0,3 por ciento como resultado de una encuesta realizada a equipos que se le preguntó cuántos enfermos habían solicitado que les acortaran la vida. Como digo, el resultado fue del 0,3 por ciento, que es una cifra muy baja, tiene menos valor técnico porque es una encuesta retrospectiva, pero ésta es nuestra experiencia. También se puede argumentar que en un país donde este tema sigue siendo tabú, el hecho de que la gente no conozca o no tenga esto como opción reduce la demanda. Esto es cierto. Pero lo que quiero destacar es que en nuestra experiencia, que es de miles de enfermos, ésta era la frecuencia y que en todos los casos fue reversible, es decir, todos los equipos nos dijeron: cuando pasó esto, indentificamos factores de mala atención o de angustia, que tratamos, y remitió esta demanda.

En el citado estudio americano la frecuencia de demanda de la eutanasia era del 8,5 por ciento, es decir, unos 17 enfermos de 200. Y en el 58 por ciento de éstos había signos clínicos de depresión severa. Por tanto, había un grupo de enfermos entre los que no se sabía si la demanda de eutanasia era debida a que se encontraban, muchos de ellos por razones sobradas, en una situación de depresión muy intensa o era simplemente una demanda de eutanasia sin depresión, porque se hallaban con más frecuencia de dolor y menor soporte familiar.

Basado en esta encuesta, nuestra valoración sería la siguiente: Según nuestra experiencia, la demanda es poco frecuente o excepcional aunque puedan darse estos factores, porque es posible que exista una diferencia cultural muy importante entre países de una tradición más autonomista y países latinos de tradición más familiar, y existe una discordancia muy intensa entre encuestas de población

general y nuestra relación realidad existencial cotidiana. No hago un juicio de valor. Pero se efectúa una encuesta a la población en general sobre la aceptación o no de la eutanasia, y el 70 por ciento contesta afirmativamente. Sin embargo, en nuestra práctica cotidiana comprobamos que la frecuencia de demanda de eutanasia es muy baja y es una experiencia reversible en todos los casos. Es decir, existe una cierta discordancia debida quizá a que cuando se hace la pregunta con cierto sesgo, por ejemplo, ¿le gustaría ser bien atendido y no sufrir? Todos decimos que sí, pero después, en una situación clínica, si una persona dispone de buena atención tiene un proceso de adaptación. No quiero juzgar. Sólo digo que ésta es nuestra percepción.

¿Qué proponemos nosotros? Ante una demanda de eutanasia, aumentar el soporte, aplicar más principios. Proponemos que el debate no se centre exclusivamente en la eutanasia, sino en las medidas de mejora de la calidad de vida y en el que la eutanasia sea un punto evidente pero no el que afecte a más población ni, desde mi punto de vista, el más relevante.

Con respecto al debate propiamente de la eutanasia, me parece que el actual es mucho más maduro que el que existía hace diez años. En mi opinión profesional, desde nuestro ámbito ha de ser un debate profesional, no moral, porque entonces sería más bipolar; es decir, aplico aquí la misma definición de no bipolaridad. Existen situaciones muy difíciles que hay que comprender y, por tanto, en mi opinión ha de ser un debate más social que médico y sanitario.

Pienso que la cuestión clave es el coste-beneficio. Es decir, en caso de legislación de la eutanasia, ¿qué puede ganar o perder un país? ¿cuáles son los riesgos o los beneficios existentes de poseer una legislación que permitiera o despenalizara la eutanasia? Como dijimos en aquella reunión, es muy raro que existan sentencias condenatorias por casos de eutanasia pasiva, prácticamente son inexistentes. Por tanto, habría que valorar el riesgo-beneficio. En el caso de Holanda, como ustedes conocen, la debilidad que encuentro es que se ha legislado o despenalizado este tema sin haber introducido antes los cuidados paliativos. La pregunta sería si un grupo de estos pacientes no se hubiera beneficiado de dichos cuidados paliativos. La metodología que se aplica en Holanda es que después de practicada la eutanasia, hay una Comisión que valora este hecho. Pienso que la Comisión debería ser previa porque el hecho es irreversible. En cuanto a la fortaleza, pienso que me parece bien que se haya planteado este tema. Pero en Holanda, por lo menos en el sector residencial geriátrico, existe un debate muy intenso entre los profesionales para el desarrollo de los cuidados paliativos, y en la actualidad tienen un convenio con nuestro programa para desarrollar dichos cuidados, por lo que podían haber empezado por este punto.

Por tanto, en conclusión, me parece que el debate debe ser sobre cómo mejorar la atención. Y las medidas que proponemos son: promoción de la autonomía, nos parece excelente que la persona pueda decidir; la información, que no está bien resuelta en nuestro país y debe mejorar no solamente en cuanto a los enfermos terminales, sino en

cuanto a enfermos que han de tomar decisiones, cuya participación, repito es escasa, y en cuanto a los profesionales que tenemos también poca formación sobre la información; ética clínica en todos los hospitales y centros de salud, formación en ética y comités de ética; cuidados paliativos y dolor; mejora del confort; directiva anticipada y consentimiento informado, y el debate de la eutanasia desde una perspectiva social, no médica exclusivamente. Éstas serían nuestras recomendaciones desde la perspectiva de nuestra Sociedad de Cuidados Paliativos.

Muchas gracias. Me disculpo por la extensión de mi intervención.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Gómez Batiste-Alentorn por su interesantísima exposición y por su intento de transmitirnos algo de optimismo que le aseguro que a efectos de trabajo de esta Comisión siempre nos viene muy bien.

Como recuerdo que estuve en aquellas jornadas organizadas por el Consejo General y por el Ministerio de Sanidad, tanto en Madrid como en Barcelona, me dirigiré a ellos a fin de que nos envíen cuanto antes aquellas definiciones que se pudieron alumbrar encerrados en una misma habitación médicos, catedráticos, juristas y aquellos que transitoriamente nos dedicamos a la política.

Vamos a comenzar el turno de portavoces. En primer lugar, quiero dar la bienvenida al Senador Martiarena Lizarazu, nuevo portavoz del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos en esta Comisión. ¿Su señoría desea intervenir? (*Denegación.*)

Corresponde al Senador Cardona iniciar el turno de portavoces, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió. Tiene usted la palabra.

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

Señorías, quiero agradecer al doctor Gómez Batiste-Alentorn su comparecencia y exposición que está, además, basada en la experiencia. Son muchos años tocando estos temas y, por tanto, podremos sacar de su experiencia algunas conclusiones en su momento.

Mi presentación es que los cuidados paliativos han de ser o representan el mejor antídoto a dos posiciones bipolarizadas entre un extremo que pudiera hallarse en la acción de la eutanasia y otro que pudiera ser una situación de obstinación terapéutica que está en nuestro subconsciente, fruto precisamente de posiciones ancestrales y de ese modelo paternalista al que se refería.

En cuanto a la toma de decisiones, ha hecho referencia precisamente a que ha de ser interdisciplinar tanto con el enfermo como con la familia; es más, la importancia de este factor familiar con la relación de confianza que empieza por el diálogo con el equipo médico es muy importante y no solamente por las situaciones del entorno familiar, porque habrá familias que estén a cargo de este enfermo y su posición es diferente no en cuanto a afecto al propio sujeto, sino porque una cosa es la cotidianidad de aquella situación y otra es ir a verlo de vez en cuando. Por

tanto se producen entre las familias disputas o disquisiciones. El caso de Sabadell es un ejemplo clarísimo de esta diferente postura entre los familiares. En esta situación que podríamos llamar de tres patas, entre el enfermo, la familia y el médico, las cosas han cambiado mucho, desde aquel médico paternalista que muchas veces era uno solo, el médico de cabecera.

En este sentido me ha gustado mucho la observación que ha hecho: que desde los cuidados paliativos se ha intentado recoger desde la peculiaridad humanística que representaba aquel antiguo médico de cabecera hasta las atenciones más técnico-sanitarias. En cualquier caso es de destacar la importancia de la confianza en esta relación, y sobre todo de la impronta entre la relación médico-enfermo y la participación de la familia, que naturalmente es fundamental. Por tanto, hay que tener en cuenta que los cuidados paliativos, más que unos equipos meramente sanitarios son sociosanitarios, porque es fundamental la función de ayuda y de soporte a la familia, y no sólo al enfermo, que también y como primera opción, pero también a la familia porque una de las razones más comunes que se presentan en Holanda, entre el sufrimiento insoportable —que cada vez es menor—, las condiciones infrahumanas, la dignidad —que es algo muy subjetivo—, es que el enfermo intenta evitar las molestias a la familia, con lo cual piden la eutanasia. En ese sentido, aparte de esta pregunta en particular —y aunque algo ha contestado ya—, me gustaría que fuera más concreto y conciso, aunque no más valiente, porque lo ha sido, y creo que mucho.

Ha dicho que el debate sobre eutanasia es más profesional que moral, y más social que médico o sanitario. Me queda alguna duda sobre este aspecto: si no es médico, es sanitario, y si es profesional, y no moral, dónde queda lo social. Sabemos que en medicina nada es blanco o negro, sino que hay posiciones intermedias, y como muchas veces no hay enfermedades, sino que hay enfermos, no hay situaciones claras, por mucho que se quieran buscar todas las posibles incidencias en los protocolos, por lo que habría que estudiar caso por caso. La enfermedad no es la misma en uno u otro enfermo y las condiciones familiares o de su entorno pueden variar muchísimo. Por ello, la confianza entre el equipo médico, el enfermo y la familia es fundamental y empieza por el diálogo. En esto tenemos que hacer hincapié siempre que podamos. Muchas situaciones serían mejorables con más diálogo y se evitarían muchos problemas.

También quisiera que profundizara en las manifestaciones que hizo el Director de la Escuela Universitaria Médica, de Nijmegen, en el III Congreso de Bioética, donde decía que tal vez habían equivocado el orden del debate: primero habían optado por la eutanasia y ahora están en la fase de los cuidados paliativos, de forma que ahora el Gobierno holandés dedica muchos recursos a los cuidados paliativos, que por otra parte es la posición del Director de la Escuela Universitaria Médica, y, en cualquier caso, la información que salió en los periódicos profesionales sobre el III Congreso de Bioética iba encaminada a que otros países no incurrieran en el mismo error. En cierta forma ya lo ha dicho al final, aunque me gustaría que lo aclarara más.

Finalmente me gustaría que recalcará algo más el funcionamiento de los PADEs. Por ejemplo, como complemento a los cuidados paliativos en el centro hospitalario, en Cataluña funcionan los programas de atención domiciliaria, que son unos equipos de refuerzo al médico de cabecera o al equipo médico que tiene que atender al enfermo a ser posible, en su casa, y sólo en casos indicados en el centro hospitalario.

Nada más. Le agradezco su aportación y las recomendaciones que nos ha dado, así como la exposición del tema, sobre todo por la experiencia después de catorce años, además de ser el promotor de la prevención: más vida a los años cuando hemos conseguido ya más años a la vida.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona. Tiene la palabra el doctor Gómez Batiste-Alentorn.

El señor GÓMEZ BATISTE-ALENTORN (Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos): Gracias, señora Presidenta.

Cuando usted comentaba esta aparente contradicción entre profesional y social, aquí también hay un menú de opciones posible. Cuando me refiero al debate profesionalizado, se trata de un debate que sea riguroso en las definiciones y los conceptos, porque durante mucho tiempo en España se ha confundido la eutanasia pasiva con la activa, ha habido una gran confusión terminológica, y me refería a eso: a un debate profesionalizado y lo más riguroso posible, desde el punto de vista profesional, no tanto jurídicamente como sanitariamente.

Con respecto a esta ambivalencia social-profesional —y hablo más como médico individual o como miembro de un equipo—, nosotros no queremos ni podemos llevar el peso de un debate que es social —y en esto creo que hay una cierta coherencia con lo que he dicho—; nosotros hemos resuelto una gran parte de las situaciones con ética clínica, cuidados paliativos, tratamiento del dolor, etcétera, y como lo observamos poco yo les pido comprensión con mi posición porque, es verdad, pero nuestra práctica cotidiana resuelve bastante bien los problemas y este debate es también muy social, ya que algunos ponentes identifican más la eutanasia circunscrita a este ámbito que como un derecho individual a veces no relacionado con la enfermedad, aunque el término es muy explícito. Hay una actitud vital que es respetable, pero que también se sitúa fuera del marco estrictamente médico-sanitario, y ésta es una explicación.

En segundo lugar, en cuanto a la confianza y al consenso a que se ha referido, yo creo que usted, como médico de cabecera, lo practica, porque si no no puede funcionar. Yo también quiero reivindicar la experiencia de mi padre, que durante cuarenta años fue médico de cabecera, y cuando yo le llevaba la maletita, contando yo dieciséis años, me decía: tenemos que mejorar el dolor, pero yo voy cada día y les escucho. Es decir, que la tradición humanitaria de Jordi Gol o de otros insignes médicos de cabecera es así y resulta insustituible.

La cuestión de Holanda ya la he comentado. Los dos dilemas de Holanda son por qué no haber empezado por los cuidados paliativos y desarrollarlos activamente, y qué pasa con los enfermos en que no queda claro si han participado en la decisión o no, porque no están registrados —hay cifras anuales—, y que ciertamente es un debate intenso. La experiencia que tengo es que, siendo Director del Programa —y sólo hace tres semanas que no lo soy—, hace unos meses, la Asociación de Residencias, la patronal que agrupa a 150 centros y 65.000 camas residenciales en Holanda, vino para hacer un convenio con el Servicio Catalán de Salud para desarrollar los cuidados paliativos, y una de sus argumentaciones, aparte de este tema de los enfermos mejor atendidos, es que había un gran debate entre los profesionales de centros geriátricos que veían que no tenían formación en cuidados paliativos, y, en cambio, había demandas de eutanasia y las practicaban, lo que había generado muchos dilemas, y la razón de dirigirse a nosotros fue establecer un vínculo formal con el Gobierno de Cataluña para desarrollar los cuidados paliativos en el sector residencial de Holanda.

En consecuencia, el debate de la mejora de calidad de la atención y las medidas para mejorarla es el urgente y el prioritario; mientras que el debate de la eutanasia, como dice la Organización Mundial de la Salud, hay que hacerlo, pero afecta a menos personas y es un debate más social, en el que la prudencia es una buena medida.

Finalmente, respecto a los PADEs, o equipos domiciliarios de cuidados paliativos, sobre los que estoy muy contento de haber participado activamente en su diseño y puesta en marcha —ahora hay 48 y en España existen unos 85 ó 90— entroncan con la tradición de permanecer en el domicilio bien atendido y de equipos de soporte.

Sobre los equipos domiciliarios en España quiero destacar que no sólo mejoran la calidad de atención, sino que han reducido la estancia hospitalaria —éstos son datos oficiales del Programa— de 17 días de media en el último mes de vida a ocho días. Asimismo, el uso de urgencias hospitalarias ha pasado del 48 por ciento en el último mes de vida a menos del 10 por ciento —esto es importante—, y ha cambiado el lugar de muerte del 69 por ciento en el hospital al 60 por ciento en el domicilio. Además, es el equipo que genera más satisfacción de los equipos sanitarios en Cataluña, siendo de los que reciben más felicitaciones en Cataluña y en España, porque en un país latino además, con mucha tradición y presencia familiar, la cuestión del domicilio es absolutamente relevante. En definitiva, es eficaz, eficiente, coste efectivo y genera una gran satisfacción. Es una altísima recomendación que haya equipos de soporte de geriatría y de cuidados paliativos domiciliarios.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al doctor Gómez Batiste-Alentorn en nombre de mi Grupo a esta Co-

misión y agradecerle que sea tan firme defensor —ya lo sabíamos— de los cuidados paliativos y, además, con un entusiasmo contagioso.

Hablamos nuevamente en esta Comisión de los cuidados paliativos y creo que lo hacemos, como ya lo hemos puesto de manifiesto en otras comparencias, partiendo de un consenso, de la convicción de que los cuidados paliativos son la condición previa a pensar en atender una solicitud de una petición de ayuda para morir. Creo que ninguno entendemos la eutanasia como una alternativa a los cuidados paliativos.

Ha hablado usted de establecer unos menús de opciones que no sean bipolares y, dentro de esa bipolaridad, está el sobretatamiento y la eutanasia. Está claro que hay gente que si quisiera ser sobretatado hasta el límite se podría corresponder a esa petición, pero es seguro que dentro de ese menú de opciones no se incluye lo que conocemos como eutanasia. ¿Cree que debería estar también incluida? Porque estamos hablando de que el debate sobre los cuidados paliativos, el debate sobre cómo mejorar la atención es prioritario, pero yo me pregunto qué hacemos o cómo tratamos a aquellos casos, aunque sean muy pocos, a los que se les ha respondido con esos cuidados paliativos y que solicitan la otra ayuda. ¿No debería ser simultáneo el debate y no previo al de cuidados paliativos? Porque está claro que hay gente a la que ya se le está atendiendo.

Dicho esto, creo que es evidente que en nuestro país hay diferentes variedades de dispositivos asistenciales en cuidados paliativos. Nos ha comentado usted que en Cataluña es donde más desarrollado se está, pero me gustaría saber si las diferencias que existen entre los modelos que están desarrollados en unos sitios o en otros, unos que son a partir de equipos de atención primaria, otros con el hospital como centro de referencia, se deben a que existe un debate sobre cuál es el mejor modelo organizativo, el más adecuado, o si se debe más bien a que no existen unas directrices claras sobre cómo se han de organizar esos cuidados paliativos porque, en todo caso, creo que la impresión que todos tenemos es que, hasta el momento, el desarrollo de estos dispositivos asistenciales para enfermos terminales han dependido de la sensibilidad, de la voluntad y de la implicación de los médicos. Por lo tanto, quiero preguntarle si considera que sería fundamental que existiera algún programa específico o de gobierno que regulara cómo han de ser esas unidades de cuidados paliativos, cuántas ha de haber, cuál ha de ser su distribución, con qué profesionales han de contar, etcétera, es decir, si ha de haber un programa que establezca los parámetros que se han de seguir para desarrollar esas unidades de cuidados paliativos.

En cuanto al tratamiento del dolor, es evidente que hace años que se está produciendo una notable mejoría con un importante incremento del consumo de morfina, pero a pesar de ello todavía nos encontramos lejos de lo que la OMS considera como niveles óptimos para cubrir las necesidades de los enfermos terminales. Según tenemos entendido, no existen ya trabas legales que dificulten la prescripción y la dispensación de morfina, por lo que el problema parece que está más bien en la falta de una formación adecuada de los profesionales sanitarios en el tratamiento del dolor. Por

ello, quisiera saber qué medidas considera usted que serían necesarias para mejorar esta situación, si cree que son suficientes campañas como la que desarrolla la sociedad española de cuidados paliativos bajo la denominación «Hacia un hospital sin dolor» o si haría falta algún otro tipo de iniciativas.

Asimismo, también me gustaría conocer si ese incremento en el consumo de morfina se ha producido de forma homogénea o si, por el contrario, se ha producido sólo en aquellas Comunidades Autónomas o en aquellos hospitales en los que se han desarrollado unidades de cuidados paliativos.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Tiene la palabra el doctor Gómez Batiste-Alentorn.

El señor GÓMEZ BATISTE-ALENTORN (Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos): En nuestro menú de opciones no está ni el sobretatamiento ni la eutanasia porque el sobretatamiento intentamos no practicarlo y la eutanasia tampoco; es decir, en nuestro menú de opciones clínico no consta.

Ésta es la explicación de que en la transparencia no esté.

Sobre el hecho de que en el menú de opciones de un ciudadano español estuviera la eutanasia, yo no estoy en contra, lo que pasa es que, como he dicho, la cuestión a valorar por ustedes, fundamentalmente, es la del riesgo-beneficio, es decir, qué podemos ganar por el hecho de que haya legislación sobre la eutanasia y qué podemos perder también. Yo creo que hay algunos elementos que ayudan a esta reflexión. Uno es que sabemos que, con respecto a si el debate tiene que ser simultáneo o no, yo creo que tiene que ser simultáneo, pero otra cosa es la implementación de esas medidas, porque el ejemplo y la experiencia de Holanda yo creo que es interesante desde este punto de vista, por lo menos por lo que yo conozco de estos centros. Por lo tanto, el debate simultáneo me parece que es necesario, pero sobre las medidas de implementación y el riesgo-beneficio —y ahora expreso una opinión exclusivamente personal— me parece que sin que haya un desarrollo adecuado de los cuidados paliativos plantear la incentivación, o sea, insertar en el menú de opciones la eutanasia, es probable que tenga cierto riesgo en este sentido, como el que yo veo que se practica en Holanda.

Es evidente que las cifras, cuando se circunscriben, son muy pequeñas, porque en Holanda, si no recuerdo mal, son 2.500 y 400 las personas que no quedaba claro si lo habían pedido o no, pero 400 que no lo han pedido son muchos, porque además éstos no lo pedirán, porque no están vivos. Por lo tanto, uno tiene que valorar y yo, personalmente, tengo que decir que estos 400 me preocupan mucho. ¿Se reducirían de 2.500 o de 3.000 a 500 si hubiera habido cuidados paliativos? Pues también, y a lo mejor estaríamos en un debate de cien «versus» veinte que no lo habrían pedido, pero estos veinte también me preocupan, porque es evidente que, a pesar de que hay que reconocer —y creo

que todos lo reconocemos— que hay situaciones muy difíciles o incluso situaciones de mala atención, los 20 o los 400 a mí me preocupan, repito.

Por tanto, en este coste-beneficio —que ustedes sabrán valorar mejor que yo porque están en esta Comisión—, que es de carácter social, a mí estos 400 me han preocupado siempre mucho y, por tanto, el hecho de proponer una cierta prudencia en este tema me parece razonable. También lo dice la Organización Mundial de la Salud cuando afirma que hay que tener cuidado porque ésta es una cuestión en la que hay decisiones que son irreversibles y, por lo menos a mí, me preocupa mucho. Por tanto, simultáneo, en mi opinión, sí; el menú de opciones, paliativos, ética, control del dolor, seguro, y sobre el tema de la eutanasia tengo dudas sobre el coste-beneficio y las refiero fundamentalmente a este grupo y al tema de los enfermos geriátricos.

Éstos son los riesgos que yo veo en que hubiera una legislación que lo promoviera. También creo que un equipo o un médico que, con buena intención, pueda facilitar esta situación no tiene que ser encarcelado, porque sería desproporcionado. A mí me parece que la posición de nuestra jurisprudencia ha sido bastante sensata en este tema. Tengo que expresarle que tampoco tengo soluciones para esto y que mi debate es personal, pero dentro de este riesgo-beneficio en este momento me inquieta más el riesgo de estos 400, aunque los redujéramos a 20, porque serían 20 inducidos y me preocuparían mucho.

Respecto a los modelos organizativos de cuidados paliativos, en mi opinión, cada Comunidad Autónoma, incluso cada sector tiene un menú de opciones —será tal vez la frase del día— para desarrollar. Lo que dice la Organización Mundial de la Salud y lo que nosotros recomendamos desde la Sociedad Europea y desde la Sociedad Española de Cuidados Paliativos es que, ciertamente, tiene que haber programas formales de cuidados paliativos; ya hay experiencias en Cataluña, en Canarias, en Castilla y León —se acaba de promover— y en la Comunidad Valenciana. Éste es un requisito imprescindible porque da cuerpo al desarrollo de los cuidados paliativos y del dolor, lo armoniza y lo desarrolla.

En segundo lugar, existe un debate técnico mundial sobre cuál es la cobertura idónea, es decir, cuántos equipos de cuidados paliativos tiene que haber en un determinado sector. Nosotros creemos, a través de las experiencias de Cataluña y Canarias fundamentalmente, que en cada sector sanitario tiene que haber un equipo de cuidados paliativos de referencia, seguro, y que este equipo debe tener capacidad de intervención en el hospital, en la unidad de cuidados paliativos y en el domicilio, de una manera flexible e integral —el sistema integral de atención—, eso sería lo óptimo. La cobertura idónea, es decir, la proporción de enfermos que necesitan ser atendidos por un equipo específico de cuidados paliativos sería del 60 por ciento, si además los demás profesionales tienen formación en este tipo de atención. También es verdad que no es imprescindible que a todos los enfermos terminales los atienda un equipo de cuidados paliativos, porque hay enfermos terminales que, con un buen médico de cabecera o con un buen equipo hospitalario, domiciliario o residencial, están bien atendi-

dos. Por tanto, la combinación de implementación de equipos específicos y formación es la mejor posible.

En cuanto a organización, quiero comentar también que la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos estableció unos estándares, que en este momento la Sociedad española está proponiendo al Ministerio y que definen qué es la organización de cuidados paliativos, qué es un equipo de soporte, qué es una unidad, etcétera. A mí me encantaría que ustedes recomendaran al Ministerio que estos estándares circularan y se aprobaran.

En relación con la formación, nosotros definimos tres niveles de formación: El nivel básico es el de impregnación, de actitud, que, en mi opinión, ustedes deberían recomendar que fuera universal y obligatorio. Es decir, no puede haber enfermeras en España que acaben su formación sin haber hecho un curso de cuidados paliativos, ni médicos, ni asistentes sociales, ni psicólogos. Puede ser un curso de treinta horas, multidisciplinar, de estudiantes de ciencias de la salud, pero obligatorio y con examen. Tenemos muchísima experiencia en esto y hay universidades que ya lo hacen.

El nivel intermedio es el que capacita para atender las situaciones normales en cuidados paliativos, que se resuelve con una estancia en un servicio de cuidados paliativos, que es el que requiere un médico de cabecera, un geriatra, un oncólogo, etcétera. Existen fórmulas excelentes para hacerlo y hay que extenderlas y normativizarlas. Un ejemplo: que en la formación de los médicos residentes de oncología esté inserta una estancia en un servicio de cuidados paliativos, porque esto se hace pero no es universal ni sistemático. Por tanto, es necesario sistematizar la formación.

Finalmente, la avanzada, que es la formación destinada a capacitar para ser especialista en cuidados paliativos. Nuestra posición es que no es necesario que sea una especialidad médica, sino un área de capacitación. La situación idónea es que, en el caso de los médicos, un médico que tenga una especialidad previa haga una capacitación de unos meses en un servicio de cuidados paliativos, con un máster de universidad en cuidados paliativos. Esto nos parece lo idóneo. Sinceramente, creo que no es necesario que haya especialistas formales, vía MIR, en cuidados paliativos, pero sí que haya programas sistemáticos de formación con estos tres niveles. Les puedo hacer llegar lo que estamos haciendo en el grupo de trabajo de la SECPAL, en la Unidad Catalano-Balear de Formación y en el Grupo Europeo de Formación de Cuidados Paliativos, ya que se trata de documentos que definen estos niveles y que son útiles.

Finalmente, me voy a referir al consumo de morfina y otras campañas. El consumo de morfina es uno de los indicadores —no el único— del estado de los cuidados paliativos en el control del dolor. En este momento desconozco la última cifra en España, pero en Cataluña está situada alrededor de los 17 kilos por millón de habitantes, según una estimación que hicimos el año pasado. Es una cifra aceptable —digamos— y muy parecida a la de Inglaterra. Según una publicación del Ministerio, donde más habían prescrito morfina era en Las Palmas y en Barcelona, lo cual tenía coherencia.

En cuanto a la campaña «Hospital sin dolor», en la que participamos muchos de nosotros, su primera fase era descriptiva. Para no extenderme mucho, sólo les digo que el primer dato descriptivo era que el 60 por ciento de las personas que ingresan en un hospital en España tienen una experiencia de dolor, a veces por su enfermedad, a veces porque ya la tenían y a veces por iatrogenia, y sólo el 50 por ciento tenía una pauta analgésica reglada. Por tanto, a partir de estos datos, hay que insistir en los planes de mejora de dolor en los hospitales y en la medida del control del dolor, ya que ambos deberían ser elementos clave para determinar la calidad de un hospital, que no sólo se mide por las estancias medias, sino que también está en función de si tiene protocolos de dolor y si se cumplen, y éste sería un indicador cualitativo.

Por supuesto, supongo que ustedes habrán citado a expertos en dolor y en dolor crónico, pero también son necesarios programas y servicios de dolor; no son antagónicos de los de cuidados paliativos, sino que son absolutamente complementarios y necesarios. La experiencia de Lleida, por ejemplo, es muy buena en este sentido. No existe ningún antagonismo, lo que hay es complementariedad y un grupo de enfermos que se comparten. Es tan razonable desarrollar los servicios de dolor como los de cuidados paliativos, ya que todos son necesarios, con planes nacionales explícitos, con estándares, etcétera. En este momento, en Cataluña el Programa estaba diseñando un plan de dolor, porque habíamos observado que el dolor por cáncer había mejorado sustancialmente, pero, en cambio, existían grandes grupos de población, como la geriátrica o la población con dolor neuropático o con dolor debido a trastornos músculo-esqueléticos, de artrosis, etcétera, que no tenían el privilegio relativo de tener dolor por cáncer, y, por tanto, tenían menos acceso a equipos específicos y menor posibilidad de consumo de analgésicos. Es decir, hay poblaciones diana enormes de dolor crónico, y éste es un tema que España no tiene resuelto y se tiene que resolver. Son necesarias, por tanto, medidas complementarias, planes sistemáticos de implantación y de formación y medidas de evaluación de resultados convencionales.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Finalmente, para concluir el turno de portavoces, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecer al Doctor Gómez Batiste-Alentorn su comparecencia y sus aportaciones.

Tengo que decir que su intervención no me ha generado ningún tipo de duda. Ha sido sumamente riguroso y ha dejado muy claros, al menos para mí, los conceptos.

Debo agradecer la apuesta decidida por las unidades de cuidados paliativos y su reiteración en la demanda que ya han realizado otros comparecientes, que entiendo total y absolutamente justificada, en el sentido de dar protección legal para la adecuada praxis médica que aun hoy, en uni-

dades como las de cuidados paliativos o intensivos, puede interpretarse jurídicamente como un delito. Esa apuesta por los cuidados paliativos y esa protección jurídica o legal deberían representar, desde el punto de vista del Grupo Parlamentario Popular, dos de los objetivos importantes prácticos de esta Comisión Especial, junto con la formación especializada en cuidados paliativos.

Agradezco que se haya introducido en el debate el elemento riesgo-beneficio a la hora de la valoración política y social de la eutanasia. A nosotros también nos genera desasosiego que el respeto legal al derecho sobre la propia vida pueda, de alguna manera, lesionar también ese derecho inviolable a la vida, que hemos visto en algunas ocasiones, como en el caso concreto de Holanda, que sí se ha dado. Es importante introducir la valoración riesgo-beneficio en este debate político.

Quisiera hacer únicamente dos preguntas. Se ha hablado de los equipos interdisciplinares en las unidades de cuidados paliativos y no sé si se ha abordado en la Sociedad de Cuidados Paliativos la introducción de juristas dentro de esos equipos interdisciplinares que, por una parte, apoyen la decisión del médico y, por otra, aconsejen y maten la decisión de los familiares a la hora de esa toma —valga la redundancia— de decisión final.

Es evidente que las unidades de cuidados paliativos no tienen una implantación amplia en el medio rural, fundamentalmente en aquellas comunidades en las que la población está muy dispersa. Sin embargo, me gustaría saber si se ha realizado algún estudio sobre la situación del médico de cabecera, en el medio rural, ante la fase terminal de la vida, incluso la respuesta por parte de los familiares y de los pacientes, si el médico actúa con una menor mediatización social y si hubiese —lo digo entre comillas— una menor impunidad legal a la hora de la toma de decisiones del propio médico de cabecera sobre ese enfermo terminal.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señoría.
Tiene la palabra el Doctor Gómez Batiste.

El señor GÓMEZ BATISTE-ALENTORN (Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología y Vicepresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos): Muchas gracias, señoría, por su intervención.

Ciertamente, la introducción de juristas en equipos sería una excelente idea. A sugerencia de su señoría lo trasladaré a la Sociedad de Cuidados Paliativos porque, repito, es una idea excelente.

Sí hay experiencias de juristas en comités de ética clínica. Este trinomio dolor-paliativos-comité de ética constituiría la trilogía necesaria para responder. En muchos comités de ética hay juristas y, por lo tanto, es bueno que haya una buena cooperación.

Yo, también como optimista, puedo decir que después de las reuniones del grupo de trabajo que ha habido he observado que había una cierta desconexión entre los juristas y los sanitarios. En este grupo hemos constatado que trabajar para aclarar conceptos y para alcanzar consensos so-

bre situaciones, medidas y pautas a desarrollar ha sido una experiencia muy enriquecedora para todos nosotros, que se plasmará en el documento. Considero que el mundo sanitario tiene que abrirse a la presencia de juristas y de la sociedad. Lo ha hecho a través de los comités de ética y la Sociedad de Cuidados Paliativos tuvo contactos con grupos de juristas, por ejemplo, para el caso Sabadell y fue una experiencia muy positiva. Por lo tanto, me parece una excelente idea y propondremos formalmente que haya más expertos juristas relacionados.

Por otra parte, es evidente que los equipos sanitarios que trabajan en el medio rural se tienen que adaptar a una situación demográfica y sociológica específica. Por poner un ejemplo que ustedes conocen bien, Castilla y León o Aragón tienen una población rural envejecida dispersa. Eso es un reto para el desarrollo de los cuidados paliativos, pero también hay experiencias muy excelentes de cómo equipos más centralizados pueden dar respuesta a demandas y necesidades de formación de casos concretos de médicos de cabecera, etcétera.

Yo, como he mencionado anteriormente, admiro la posición del médico de cabecera rural, por razones también familiares, pues vivo en el medio rural, trabajo en el urbano metropolitano y lo conozco bien. Hay que revitalizar esta figura del médico de cabecera en el sentido más tradicional del término con todo el adelanto tecnológico y organizativo. Por ejemplo, en Castilla y León, hace poco, desde Salamanca hay un proyecto de telemática, que es una idea excelente. Como hay dispersión poblacional y de profesionales, el equipo de Salamanca de dolor y cuidados paliativos está preparando con la Junta un sistema telemático para dar información, sugerencias y contestar a preguntas de médicos de cabecera. Esto es poner imaginación, además de que resulta un coste-beneficio excelente y es un ejemplo muy bueno, avanzado y muy reciente, y es una propuesta de la Junta de Castilla y León. Por lo tanto, hay maneras para resolver esta dificultad adicional del médico de familia ante una situación nada fácil.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

¿Algún señor Senador desea intervenir o formularle alguna pregunta al compareciente? (*Pausa.*)

En este caso, no voy a poner más calificativos a su intervención y a su comparecencia, ya se han encargado de hacerlo los propios portavoces.

Sí quiero, en primer lugar, felicitarle por este optimismo que, como muy bien señalaba la Senadora Rodríguez Fouz, nos transmite usted. Debe ser porque al estar al frente de un servicio de cuidados paliativos en un instituto de oncología o se es así o se acaba muy mal. Le felicito y agradezco el optimismo que nos transmite.

También quiero darle las gracias nuevamente, en nombre de la Mesa y en el mío propio, por la claridad de su exposición y por su extensión, incluso por habernos excedido del tiempo reglamentario, porque ello ha permitido que nos haga unas propuestas que sin duda nos van a hacer meditar mucho y nos serán de gran utilidad para el informe final que tengamos que redactar.

Sí querría pedirle, Doctor Gómez Batiste-Alentorn, que nos envíe los criterios de la Sociedad Catalano-Balear en cuanto a cuidados paliativos, ya que será una documentación de gran utilidad para unir al expediente y al informe que hay que realizar, incluso para asumirlo como propias recomendaciones y para hacer futuras propuestas.

Por último, debo decirle que espero que la incorporación de juristas a estos equipos no signifique que ustedes, los médicos, vayan a visitar al paciente del brazo del abogado de cabecera, porque entonces empezaría a preocuparme muy seriamente.

Muchas gracias a todos, suspendemos la sesión y les convoco para las dieciséis treinta.

Eran las trece horas y cincuenta minutos.

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

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

— COMPARECENCIA DE DON MARCELO PALACIOS ALONSO, PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI) (715/000287).

La señora PRESIDENTA: Último punto del orden del día de la convocatoria prevista para hoy, comparecencia del Doctor don Marcelo Palacios Alonso, Presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética.

Doctor Palacios, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, quiero darle la bienvenida; además una bienvenida muy especial, señorías, porque el Doctor Palacios Alonso ha sido durante 14 años miembro de las Cortes Generales y ha frecuentado esta Casa, con lo cual nos sentimos muy honrados y muy satisfechos de volver a verle por aquí.

Sin más, le cedo la palabra para que exponga su intervención.

El señor PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (Palacios Alonso): Muchas gracias, señora Presidenta.

También para mí es una profunda satisfacción volver a reencontrarme con la vieja Casa y con los buenos amigos, muchos de los cuales están aquí presentes.

He leído con muchísimo detenimiento las intervenciones de las importantes personalidades que han comparecido en esta Cámara para tratar un tema de tal delicadeza o complejidad como es el de la eutanasia, sobre el que seguramente dentro de no muchos años hablaremos con mayor serenidad de espíritu y sin las preocupaciones o cargas con que lo hacemos ahora.

En cualquier caso, pienso que hay espacio todavía para comentar algunas cuestiones sobre el asunto. Y permí-

tanme que haga una breve introducción que, aunque no quiere tener en absoluto ningún componente pedagógico, me parece sustancial para ayudar a centrar el tema.

Puesto que vamos a hablar de la eutanasia y ésta se relaciona con la muerte, necesariamente tenemos que hablar de la vida, porque, en definitiva, la muerte no es una cuestión aislada de la vida. Es la etapa final, el punto final de una vida que cursó con un desarrollo determinado. Y, por tanto, tendríamos que comenzar, aunque parezca simplista, por definir qué es la vida. Y voy a rehuir de hacerlo desde otra perspectiva que no sea estrictamente la biológica y la cultural.

La vida es la existencia funcional de un organismo, sin más. Lo que ocurre es que hay organismos, algunos organismos, no la inmensa mayoría de ellos —concretamente, el ser humano—, que, además de tener una existencia funcional, han desarrollado la capacidad para el ejercicio de la razón. Ello no implica necesariamente que sean racionales, puesto que nuestros actos cotidianos reafirman que podemos no serlo, dejar de serlo, incluso, ser irracionales. Por tanto, contentémonos con decir, en principio, que el ser humano es un ser dotado para el ejercicio de la razón. Y con esta razón ha ido acumulando su memoria histórica, que es la cultura. Por tanto —y ya abordando uno de los elementos, a mi modo de ver, sustanciales para reflexionar sobre la eutanasia—, hay que tener en cuenta que el hombre es un ser biológico, es decir, un organismo vivo y, además, un ser histórico. Luego, nuestra vida es una vida orgánica —del género del reino animal— y, además, una vida cultural, una vida histórica.

Como consecuencia de esta razón y de esta acumulación, porque, en definitiva, la memoria histórica es la acumulación de vivencias, el ser humano ha ido desarrollando una serie de capacidades, fundamentalmente vinculadas al cerebro nuevo, por así decir, o al cerebro pensante —el lóbulo frontal, etcétera—, y, a la par que ocurría esto, aumentaba el número de este ser que a sí mismo se denomina ser superior —al menos, eso decimos nosotros—. Y necesitó, evidentemente, elementos de conciliación de la cantidad humana, elementos que, por un lado, han venido del camino de una serie de principios distintos, en muchas y en constantes ocasiones, aquí y allá, en el espacio y en el tiempo, que son los principios morales, vinculados a las costumbres, y otros principios, de raíz más universal, que son los principios éticos. Y con estos principios intentó conciliar, armonizar sus discrepancias. Pero es puente frágil el de la ética. Y el puente frágil en ocasiones obliga a otros recursos más sólidos. En definitiva, el ser racional se dotó también de leyes, con la finalidad de establecer derechos y también deberes y obligar incluso al individuo en determinadas circunstancias a su acatamiento.

Por tanto, creo que ya hemos avanzado bastante para tener algunos puntos de partida en los que centrar la discusión, pero a mi modo de ver, queda uno muy importante que suelo echar de menos en todas las reflexiones o reuniones que se hacen sobre la eutanasia, y es que la vida y el vivir no es lo mismo, y la muerte y el morir tampoco. La vida biológica es un proceso que comienza con la gestación, después de la fertilización, que pasa por un período

intrauterino, después del parto, por el desarrollo que va desde la primera niñez hasta la madurez, y que decae —si efectivamente se cumplen las expectativas normales de la vida de un ser humano— con el paso del tiempo, con la vejez, llegando a la muerte. Pero, el conjunto de todas las vivencias de cada una de esas etapas, o sea, el conjunto del vivir es la vida, y eso es sumamente importante en este debate, porque cuando nos planteamos —y no tomo posición— si realmente alguien le quita la vida a otro a los ochenta años, tenemos que decir taxativamente que le quita el vivir de ese instante, porque la vida no puede quitársela; ya la vivió; y la ha vivido, porque ya tuvo su niñez, ya tuvo su edad madura, ya disfrutó, ya gastó su organismo biológico, ya acumuló su cultura; lo que le quita es ese transcurrir vital que le queda, y en estricto sentido esto es así. Por tanto, cuando hablemos de la muerte también habremos de entender que el morir no es lo mismo que la cesación de la vida. El morir es también un transcurso, es un hecho que se produce en unas circunstancias determinadas.

Yo podría poner cualquier símil que nos viniera a la cabeza, pero voy a comentar uno en concreto. Si se derrama una vasija con esencia, no haríamos un análisis correcto si dijéramos: se ha derramado una vasija con esencia y por lo tanto vamos a sancionar duramente a quien lo haya hecho, porque la vasija podría estar estropeada o podría estar vacía o llena y, evidentemente, nosotros tendremos que tener un juicio lo suficientemente equilibrado como para ajustar la crítica o la sanción al daño que haya producido.

Creo que esto es sustancial y no es un mero hecho de palabras. La vida biológica es el conjunto del vivir biológico; es una realidad objetiva que tiene un desarrollo de principio a fin, y la vida histórica es la acumulación de esas vivencias biográficas, como diría Richard Ramsey —que todos conocen porque he leído que alguien lo citó aquí también—. Por tanto, terminaría esta breve introducción con un apunte más que me parece importante: cuando hablemos de la eutanasia y digamos que alguien le quita la vida a alguien que ha pedido que ultime, que cierre la página de su libro, que ya no tiene más páginas, y que no quiere ver manchado con borrones de su propia autoestima —si ése es el caso—, cuando alguien dice eso, no podemos decir —e insisto en que todavía no tomo posición— que le está quitando la vida, por dos razones: primera, porque le quita sólo una parte, si es que le quita algo; y, segunda, porque lo que nos dan nunca podemos quitarlo. Se la quitaríamos si nosotros se la robáramos sin su consentimiento, pero en tanto que nos la da, no se la quitamos, él nos la ofrece, y naturalmente eso da pie a que hagamos todo tipo de planteamientos éticos, jurídicos, sociales o de la índole que queramos. Pero siendo —como decía el filósofo Kierkegaard— objetivos hasta con lo subjetivo, incluidas nuestras creencias ideológicas o del tipo que fueren, quien da una vida automáticamente hace que quien la toma no la roba, no la quita, simplemente utiliza un mecanismo que puede fallarle al otro para que así se cumpla, y quien al término de su existencia —y me estoy refiriendo concretamente a enfermos terminales— pide que se le elimine la vida que ya no quiere, quien lo haga no le está qui-

tando la vida, le está quitando un fragmento, seguramente el más pequeño, si su vida fue muy larga; un poco más grande si su vida fue muy corta. Esto, como principio, quería someterlo a su consideración.

Nosotros, en ese capítulo de derechos hemos establecido recientemente una serie de mecanismos de autoprotección, que son las legislaciones: la legislación objetiva, la legislación subjetiva, los derechos humanos, todas estas cosas que ustedes conocen, porque son hombres de leyes, muchísimo mejor que yo, y que, en definitiva, se han centrado en presentar una serie de valores que dimanen de algo que nosotros entendemos como intrínseco, como propio del ser humano, que es la dignidad. Personalmente no creo que la dignidad sea esencial al ser humano, sino que es un atributo cultural que nos hemos dado, puesto que tenemos capacidad racional para elaborar esta serie de juicios, porque si la dignidad fuera intrínseca tendría que ser genética, y si fuera genética tendría que traer la carga —no diría el lastre— de todos los seres que nos antecedieron, incluidos los propios reptiles, cuyo tronco cerebral o cuyo cerebro central o encéfalo central todavía tenemos sin modificar; es decir, el área de los afectos, de las emociones, las zonas hipotalámicas, las zonas tronculares apenas se han modificado desde hace muchísimos millones de años hasta hoy. Sí lo ha hecho el cerebro anterior, el cerebro nuevo, que es el que recibe información, reflexiona, delibera, emite juicios, da respuestas, etcétera.

En este sentido nosotros hemos puesto en la dignidad todo el énfasis de nuestro valor como ser digno, y con esto comprenderán que no tengo el más mínimo interés en entrar en colisión con quien plantee creencias de una índole o de otra; manifiesto el máximo respeto, lo cual me lleva inevitablemente a establecer mi criterio con decencia, con respeto pero con decencia, como así lo estimo. De esta dignidad han emanado una serie de principios que son los que fundamentan los derechos humanos. Entre ellos está el principio de la libertad como la adquisición reciente más importante, seguramente en materia sanitaria la más importante o más destacada que en ningún otro ámbito. Aquella situación en hilera en la que el enfermo estaba detrás del médico, del boticario, del sacerdote, de la familia, en último lugar en situación de opinión, se ha invertido, creo que afortunadamente. Se ha dado un valor razonable, ajustado a los tiempos y a las demandas, que es el valor de la libertad como principio de autonomía, según el cual el ser humano, paciente o padeciente, ya no es un sujeto pasivo, como lo era, que recibe una serie de actuaciones del actor activo, que era generalmente el médico, o del actor sanitario, sino que se ha equilibrado esta cuestión; nuestras leyes así lo demuestran: la Ley General de Sanidad, la Convención de Asturias de Bioética, un sinnúmero de documentos de aquí y de allá establecen esta autonomía que se plasma en el hecho del consentimiento informado. El consentimiento pone de manifiesto un principio, una ganancia, una conquista en la cual el individuo tiene capacidad para orientar y disponer —algunos lo llaman gestionar, a mí no me satisface mucho, pero es gráfico— de su propia existencia, para decidir qué cuestiones son las que él entiende que determinan su imagen real como persona ante sí

mismo y ante la sociedad, y esto es muy importante también en el debate de la eutanasia, porque a última hora lo que yo definiría como eutanasia —que es una sola cosa, sin adjetivaciones— es, no un conflicto, a mi modo de ver, entre la vida y la libertad; no creo que sea ése el conflicto.

El conflicto no existe en esa dirección. Lo que hay es una creación de espacios, de libertades de más de una sola persona, donde el principal protagonista es el que la solicita en relación con unos elementos deducidos, ejemplarizadores pero transitorios que el Estado se plantea en un momento determinado, como puede ser la protección de la vida hasta el último extremo. Cuestión en la que tampoco es el momento de entrar, pero que conviene citar. Esto se plantea muy bien en la sentencia de Nancy Cruzan del año 1995, en Estados Unidos. Como ustedes saben, Nancy Cruzan era una joven de 17 años que tuvo un accidente de tráfico, se quedó en una situación de coma vegetativo sobrepasado o coma vegetativo permanente y sus padres decidieron solicitar que se retirara la asistencia cardiorrespiratoria, a lo que el centro se negó. El caso fue llevado a la corte de Missouri, a una especie de audiencia provincial, donde también se denegó. Después pasó a la Corte Suprema y fue nuevamente denegado. La presión popular fue tal que la Corte Suprema lo reconsideró y adoptó la misma decisión que había adoptado en el caso de Anne Karen Quinland algunos años antes, aquella muchacha adoptiva que había ido a festejar su cumpleaños y, como después hemos ido conociendo, posiblemente bajo la influencia de la droga y el alcohol o de ambas cosas conjuntamente, acabó en una situación similar. Pero en su momento el tribunal de Wisconsin dijo algo muy interesante y que me parece un enjuiciamiento absolutamente humanista porque además es hasta poético. Dijo que retirar —lo que después harían también con Nancy Cruzan— los dispositivos que sustentan técnicamente la vida de Anne Karen Quinland no es un homicidio, es dejar que las energías que se agotan, que el morir irremediable se produzca por sí mismo. Se trata de algo muy importante porque a veces olvidamos estas cosas; es decir, que las energías que le quedan para morir, para llegar a la muerte, que es el lugar final de un morir irreversible, transcurran por sí mismas. En este sentido, tendríamos que tener en cuenta que estas leyes, estas normas, esta libertad —es decir, plantear este hecho en una situación que exige, por supuesto, una definición— deben verse no desde una perspectiva de un conflicto de valores irreconciliables, sí desde espacios de libertad que confluyen, como dice el Juez Stevenson —es aquí donde quería llegar en esa sentencia, para impedir que el Estado tome una actitud ejemplarizadora sobre convicciones mutables y cambiables. Esto no quiere decir que tengamos que cambiar todos los días. Simplemente es lo que dice el Juez Stevenson en la reserva primera, cuando se negó el Tribunal. Me parece muy interesante que se reflexione sobre este asunto.

Hecha esta pequeña introducción, vamos a la definición de eutanasia, que no es más que una, a mi modo de ver. El concepto de eutanasia se está atomizando por razones que soy temeroso de apuntar, pero que en algunos casos sospecho. Es decir, tengo fundadas razones para sospechar por

qué se atomiza tanto el concepto de eutanasia. La eutanasia, evidentemente, no es el homicidio, como señala nuestro artículo 139 del Código Penal, es decir, matar a otro. Tampoco es el asesinato. Pero sí puede serlo el ensañamiento terapéutico. Si miramos detenidamente el artículo 141 veremos que se considera que será reo de asesinato aquel homicida que actúe: a) con alevosía y c) con ensañamiento. Pensamos en ello cuando denominamos falsísima y erróneamente eutanasia a la llamada eutanasia activa indirecta porque se proporciona una medicación, etcétera, o a aquella otra que se puede hacer cuando queremos adoptar por encima de todo una actitud vitalista y mantener a un paciente vivo bajo cualquier circunstancia. Algún orador ha citado aquí ejemplos recientes históricos que hablan por sí mismos: el propio Caudillo en España, etcétera, que de alguna manera fueron casos de ensañamiento terapéutico. En este sentido, si ese ensañamiento se produce, seguramente los juristas dirán que puede caber en el apartado tercero del artículo 141 del Código Penal, y es motivo suficiente para rechazarlo y descalificarlo como elemento de eutanasia.

En este orden de cosas, es fundamental que distingamos lo que es la eutanasia sin adjetivos, ni directa, ni indirecta, ni pasiva, ni activa, ni por omisión ni por acción. Son elementos de adorno para un debate que de esta manera es inacabable, se complica, se atomiza y nunca llegará a resolverse. Soy médico y tengo más de 7.000 intervenciones quirúrgicas a mis espaldas, algunas de médula espinal. Esto es así. He visto morir a mucha gente. Sé cómo se muere. He sentido siempre un pudor enorme ante la muerte, aunque me sorprendiera por inesperada en muchos aspectos. Y puedo decirles que es muy difícil aproximarse al hecho si no se ha tenido tan cerca. No es fácil. Por eso debemos tener la máxima información posible y una disposición de temple que nos permita situarnos en la posición del auténtico protagonista de la eutanasia, porque los demás son espectadores, incluso el médico que aceptará la eutanasia entendida es también un espectador que en un momento presta un auxilio. No hay más que un protagonista que entiende la verdadera dimensión del hecho que demanda; los demás podemos teorizar aun estando tan cerca, pero no comprendemos ni entendemos su situación porque no tenemos ni su vida biológica vivida, ni su vida biográfica o histórica vivida, ni sabemos en qué sentido se ha conformado, porque puede conformarse sin que quien la soporta esté conforme, y puede conformarse de tal modo que quien la haya soportado la considere un cierto tesoro de felicidad, un cierto ámbito, un cierto vivir de compensaciones.

Por tanto, no es eso y tampoco es el «mercy killing» o la llamada eutanasia piadosa. Si entendemos la eutanasia pía o piadosa como la eutanasia de alguien que toma una decisión por sí mismo sin consultar con, tiene un calificativo. Así pues, dejemos esa cuestión de lado porque tampoco es una eutanasia, es un asesinato. Tampoco existe una eutanasia social porque es un genocidio. Ni existe una eutanasia eugenésica porque es absolutamente falso, eso es selección de la raza. Todo esto tiene un nombre ¿Por qué incorporarlo al debate de la eutanasia? Yo, que he ejercido esta profesión durante muchos años y en muchas ocasiones

profesionalmente, porque he sido cualificado para ello, estudié para ello y tengo esa vocación, no digo que haya excepciones, incluso puedo ser yo la excepción y podría estar haciéndoles un discurso falaz, pero no es el caso. Puede haber médicos que no tengan esa vocación, pero estamos formados, estamos preparados, debemos saber tomar decisiones al respecto. Y si en un momento determinado y a la vista de todos los conocimientos, sé que lo que estoy haciendo es un tratamiento inútil, absurdo, lo puedo retirar con absoluta conciencia. Lo he hecho muchas veces, y si estuviera en ejercicio lo volvería a hacer otra vez. Y se hace en todo el mundo. Lo que ustedes digan aquí no es que les importe poco, es que no llegará a su conocimiento, o si llega, no va a solucionar el problema porque continuarán haciéndolo así.

Por tanto, me parece absolutamente impúdico que la llamada eutanasia pasiva o eutanasia por omisión se atribuya a los profesionales de la sanidad. Es un acto, una opción sanitaria, una opción profesional, de la misma manera que existe una opción que se tiende a denominar eutanasia activa indirecta. ¿Qué barbaridad es ésta? Es denominar eutanasia activa indirecta a un movimiento absoluta y dignamente profesional que, comenzando con los «auspices» de Cecile Saunders, los de John Bonick en Estados Unidos, o los del Colegio Real con los cuidados paliativos en América, Italia o Japón, etcétera, han llevado a un tratamiento del dolor reforzado por las instituciones más importantes y de más respeto del mundo sanitario. Me estoy refiriendo a la declaración contra el cáncer de la OMS, en la cual se plantea el tema de la eutanasia y la asistencia a uno de los cuatro puntos del tratamiento de cáncer, que es el dolor con toda claridad.

¿De qué estamos hablando? ¿Cómo es posible que esté difundido por todas las iglesias, concretamente, la asistencia al enfermo terminal sin que esto se califique de eutanasia? La conclusión de la Congregación para la Doctrina de la Fe de las dos últimas ocasiones —la última es del año 1987— y subsiguientemente de la Conferencia Episcopal, me parece perfectamente acertada. Discrepo en una cuestión, en que no admite el término eutanasia como tal, es decir, no cita la eutanasia. No es que no admita la eutanasia, sino que considera —muy dignamente desde su punto de vista— que no debe de hacerse, pero ni la Congregación para la Doctrina de la Fe, ni la Conferencia Episcopal española, ni nadie que tenga sentido común califica como eutanasia una actuación médica por omisión e inutilidad de un tratamiento que conduciría al encarnizamiento terapéutico. ¿Pero adónde vamos a parar? ¿Quiéren que ponga ejemplos que pueden sonar demagógicos? Entonces sería eutanasia los 22 millones de personas que se mueren por falta de alimentación mientras nosotros estamos viendo que se están muriendo. No sigo con ejemplos de este estilo. Lo tienen ustedes a la vista y estos días los tenemos en todos los medios de comunicación. Por lo tanto, por favor, retiren ustedes la denominada eutanasia pasiva o la denominada eutanasia activa indirecta, que no es nada más que cuidados paliativos, medicina intensiva o aplicación de los remedios por el sistema reloj en mano y gradiente o escalón terapéutico del tratamiento del dolor insoportable.

¿Para qué dejamos entonces la eutanasia? Para mí la eutanasia no es, por supuesto, el suicidio asistido y no ha de tener calificativos ni apellidos de ninguna índole si queremos ver con claridad los hechos: llamemos homicidio a lo que es homicidio, imprudente si es imprudente, asesinato si es asesinato, «mercy killing», eugenesia lo que tenga que ser eugenesia y racismo lo que tenga que ser racismo; llamemos a cada cosa por su nombre. La eutanasia es única y exclusivamente el adelanto de la muerte de una persona que se encuentra en situación terminal —si tengo dos segundos me referiré al concepto de enfermo terminal tanto desde una conceptualidad que yo ya tenía asumida como en función de otros planteamientos foráneos—, con una enfermedad incurable, irrecuperable, en uso de su razón para decidir y que lo ha pedido reiterada y lúcidamente. Eso es la eutanasia. Todo lo demás, por favor, si queremos avanzar, quítenlo. No estoy haciendo una defensa a ultranza, sino que me parece ingenuo y absolutamente desajustado hacer aquellos calificativos imputables a un profesional. A mí, que he estado en el quirófano muchísimas horas de mi vida, me llega a un enfermo moribundo porque le han aplastado el cráneo en un accidente de tráfico y en un trabajo con mis colaboradores —o yo cuando era aprendiz, colaborando hasta donde podía— se decide por quien tenga capacidad para decidir que la situación —y aquí han hablado eminentes profesionales de los cuidados intensivos—, según los criterios, exige no dar nada. ¿Que yo he hecho eutanasia? ¿Pero si a mí me ha llegado muriendo! ¿Y me dicen ustedes que yo he hecho una eutanasia por omisión? Por favor, seamos serios. No endilguen ese mochuelo dialéctico ni terminológico a quien realmente está cumpliendo con su obligación y tiene unas limitaciones que son las limitaciones científicas y humanas. En el otro caso, cuando nos situemos ante el dolor, por favor, tengamos en cuenta que hay una serie de elementos que nos permiten enjuiciar este hecho con bastante claridad.

Como decíamos antes, el individuo decae por vejez, pero la vejez natural es, en general, «rara avis». Generalmente el envejecimiento se produce por situaciones concurrentes, entre ellas la contaminación ambiental, las enfermedades, el tabaco, el alcohol, los hábitos nocivos, todas estas cosas que hay en los alimentos para conservarlos y que a la larga pueden tener un efecto acumulativo. Por lo tanto, tenemos que saber que hay 52 millones de personas que se mueren todos los años. Nuestro crecimiento vegetativo, que es de unos 40 millones, está en función de que nacen casi 100 millones de personas pero, ¿quiénes son los que se mueren? ¿De qué se mueren? Veintidós millones se mueren por enfermedades derivadas de la pobreza, unos quince millones por enfermedades —y, sin duda, el profesor Zapatero sabrá de esto muchísimo más que yo— infecciosas provocadas por el agua no potable y cuatro millones por la enfermedad del cáncer. Sepan ustedes que, según el informe de la OMS, y también según nuestro conocimiento, de esos cuatro millones de personas que se mueren todos los años a causa del cáncer, sólo el 90 por ciento —digo sólo porque el 10 por ciento que queda es largo para quien lo sufre— puede vivir sin dolor con un tratamiento eficaz en su período terminal, y con mal trata-

miento sólo el 45 por ciento. De ahí que sea absolutamente sustancial tener en cuenta que, pese a todo, habrá un 10 por ciento de personas solamente con ese tipo de enfermedad —que representa el 15 por ciento del conjunto total de las muertes al año por todas las causas—, es decir, unas 400.000, en las que no tendrán ninguna eficacia los medios utilizables y recomendables para mantenerlos perfectamente sin dolor. Estoy pensando tanto en los que no son opiáceos, empezando por el sistema de gradiente terapéutico, la aspirina, primacepan, como en los morfínicos, empezando por la morfina misma o la etorfina, que es 5.000 veces más activa que diez miligramos de morfina. Podemos seguir hacia arriba, pero nos encontraremos con dos hechos que además están ahí: que los opiáceos se metabolizan en el hígado y se eliminan por el riñón y, con independencia de que haya personas que tengan una sensibilidad a los opiáceos y que no los resistan porque les produzcan una sintomatología determinada, ya tenemos que excluir prácticamente de ese tipo de tratamiento a aquellas personas que padezcan serias enfermedades hepáticas o graves lesiones renales.

Por lo tanto, no es cierto, sépanlo ustedes —que no se lo diga nadie, y la OMS tiene más autoridad que yo, por supuesto, para decirlo, pero también me atrevo a asegurarlo—, que todos los medios actualmente disponibles permiten eliminar el dolor en los enfermos cancerosos. Pueden aliviarlo, pero eso es distinto, porque al hablar de qué se entiende por dignidad para morir, tenemos que plantearnos no solamente el dolor como un hecho físico, el dolor difícil, sino también, y sobre todo, el dolor lacerante, el dolor agobiante, torturante, permanente, insomnizante, desesperante, atroz, ese dolor que es algo más que un dolor físico, es un dolor psicofísico, porque perturba la esfera psicológica, ofusca, confunde a una persona que ya está suficientemente confundida y a veces irritada y, si no, lean ustedes el magnífico libro «La muerte y el morir», de la psiquiatra suizo-americana Elizabeth Kublert-Ross, que dice cómo se muere la gente; léanlo porque es muy interesante y ha hecho una inmensa estadística, numéricamente hablando, con pacientes moribundos y señala cosas que a mí, al leerlas, me situaban en muchos casos.

No hay un protocolo para morir. Todo el mundo muere de forma distinta, incluso espacial y temporalmente de forma cambiante, pero sí es cierto que hay una serie de fases de estupor ante el conocimiento de un hecho que nos sorprende —aunque no siempre, porque hay personas que desean no vivir en las condiciones en que están, hay un deseo de rechazo de la propia enfermedad, hay un deseo de pacto posterior con uno mismo—, pero en el ínterin, aquí y allá, hay toda esa barahúnda de confusiones, sensaciones de la inminencia de la muerte, del dolor que está provocando, etcétera.

Por esa razón, tenemos que tener en cuenta que el dolor es el elemento fundamental que justifica, pero les pediría, por favor, con la modesta autoridad que me dan tantos años de experiencia, que entiendan ustedes que el dolor de estas características y en estas circunstancias nunca es un dolor meramente físico, por tanto, cuando se dice: se le quita el dolor, hay que decir: se le anula, porque es muy distinto.

Para dar dignidad —no sé si la dignidad habría de llegar hasta aquí, al igual que la calidad de vida, porque son dos conceptos que quizá exigen más— o, por lo menos, para que la persona tenga un sentimiento de autoestima, para que esté consciente, para que se sienta rodeado, para que se encuentre en situación de desplegar cierta actividad para que no tenga las consecuencias indeseables que puede traer consigo la aplicación de una medicación fuerte, para que no se encuentre en situación de ofuscación, para que no tenga dolor en ningún momento, se aplica la pauta que la OMS señala, y cuando falla el tratamiento opiáceo, por las razones que fueren, se recurre a sustitutos como pueden ser la metadona, la petidina u otros que tienen otras consecuencias u otros efectos.

Sé que el tiempo es muy limitado y, en consecuencia, pido tolerancia si me excedo un poco, pero no querría dejar de decir un par de cosas.

No sé si el discurso anterior habrá aportado algún elemento que les permita a ustedes construir alguna idea, bien sea para legalizar, bien sea para despenalizar, o bien sea para no hacer nada y pensar en alguna otra cosa, que posibilidades también las hay, pero quisiera aportar algo más que me parece del máximo interés.

Decimos que el consentimiento a la eutanasia que hace una persona determinada, lo hace desde una perspectiva libre y abierta, pero ¿cómo lo hace? ¿cuándo lo hace? Ya he visto que ustedes han tratado de todo; han hablado del testamento vital, del ejemplo de Cataluña y del ejemplo americano, que ahora en Cataluña me parece que se llama directiva anticipada. A mi modo de ver, el asunto no está en que se haga ante el «attorney» o se haga por un escrito ante el notario, el asunto es que funcione con algo tan simple como es el carné de donante o el carné de conducir; que no sea solamente un testamento vital, sino que sea un testamento vital renovable y actualizable. No lo he leído en muchos sitios, pero creo que debe ser así. Es muy sencillo. Generalmente, la complejidad en el tratamiento de los problemas sobre la eutanasia no está en quien la solicita, está en nosotros. Somos nosotros los que aportamos complejidad al debate de la eutanasia, porque el que la solicita lo tiene claro. Seguramente este hecho, sobre el cual nosotros damos vueltas, mascullamos y tenemos un rumiar cerebral permanente acerca de cómo se hace esto o qué pasa con aquello, es tan sencillo como hacer un testamento vital —llámenlo como quieran, eso es secundario—; incluso, en su día, con todos los medios que ahora se utilizan, la informática y todo lo demás, puede que figure en la cartilla sanitaria. Eso es así. ¿Ustedes se acuerdan cuando Farina, aquel médico italiano que, en plena Guerra de 1918, cosió el corazón de un soldado italiano que tenía el tórax abierto, y fue condenado porque el corazón no se podía tocar? Pues eso, permítanme que se lo diga, fue el otro día, en el año 1918 ó 1917. Quiero decir que nosotros estamos un poco después del otro día y que, dentro de poco, todos estos planteamientos los veremos desde perspectivas seguramente bien distintas.

En principio, éstos son los planteamientos que quería presentar como iniciación, aunque hay muchísimos más. Determinar quién es el auténtico protagonista del hecho,

definir qué es la eutanasia, sin más, e ir ligeros de carga, dejar fuera todo lo que no sea necesario, porque no contribuye más que a atomizar, a ser injustos con algunos profesionales, como los de la medicina, y a que éstos no den ninguna importancia a lo que digamos aquí, porque todos los días seguirán muriendo muchas personas en los hospitales y habrá que atenderlas. Unos gritarán, otros rezarán, otros estarán al lado de sus amigos y otros se encontrarán en situaciones más o menos satisfactorias, pero seguirán muriendo todos los días. Nosotros podremos cambiar los métodos, pero lo que no varía nunca es el transcurrir biológico, el nacer, desarrollarse y morir, y ese hecho lleva consigo lo que lleva.

Como ustedes van a preguntar, tendré ocasión de responder y de decir alguna otra cosa sobre la que tengo el máximo interés en incidir.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Palacios Alonso.

Vamos a dar comienzo al turno de portavoces.

En ausencia del Grupo Parlamentario Mixto, por el Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra el Senador Martiarena.

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias, señora Presidenta.

Intervengo solamente para agradecer la presencia del doctor Palacios en esta Comisión.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Martiarena.

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

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

En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia del doctor Palacios, con el cual he tenido la satisfacción de poder compartir toda una legislatura en el Congreso, en el que ya hubo un debate sobre la eutanasia, que se suscitó por una iniciativa parlamentaria que, en aquel momento, se desvió hacia el Código Penal. En cualquier caso, sus primeras palabras se han referido a que quizá en un futuro podamos tratar esta cuestión con mayor serenidad y sosiego, sin las cargas sociales ni el influjo bajo los que estamos aún, tal vez como consecuencia de la misma iniciativa que se presentó en aquel momento.

Quisiera agradecerle muchas cosas, pero, en primer lugar, la forma en la que nos ha expuesto el tema, porque nos ayudará a reflexionar y, seguramente, a través de esas reflexiones, llegaremos a la conclusión —siempre dentro de ciertas dudas— de que los conceptos que nosotros creíamos que teníamos claros, tal vez no lo estén tanto, porque es un tema precisamente que hay que debatir.

En cualquier caso, ha hecho referencia en su introducción a la cultura de la muerte. Es verdad, no estamos pre-

parados para esta cultura. Él ha dicho, comparándolo con la última página de un libro, que la persona que ayuda a otra que le ha pedido cerrar esta última página, ciertamente puede ser que no le quite la vida, sino más bien otra cosa.

En este sentido, quisiera hacer una reflexión que conlleva también alguna pregunta. ¿Entiende que se puede mezclar la eutanasia —después hablaremos del concepto que él nos ha dado— con la muerte digna? Porque son dos términos que muchas veces parece que quieren decir lo mismo. Yo sugiero que sigamos con el silogismo. Quizá sea más lógico hablar de vida digna que de muerte digna o, mejor, de cerrar aquella última página de una vida que se considera no digna; quizá esto sea más propio. Continuando con esa reflexión, ¿dónde está esa dignidad en la vida? Porque esto es muy subjetivo. Y, sobre todo, ¿puede discernir realmente la persona, el propio interesado, sobre los límites de esta dignidad cuando precisa la aportación de otra persona? Ahí está la cuestión, porque si uno tuviera que decidir sólo él, con su acción, y mediante su participación activa se solucionara el problema, tendría conflictos, pero muchos menos de los que tiene ahora mismo, con la participación —quíerese o no— de un sanitario, porque no se concibe otra forma de aportación. ¿Si puede ser un sanitario, por qué no puede ser un familiar, como más allegado? ¿Por qué? ¿El principio ético de autonomía justificaría éticamente esa conducta? Ésta es la pregunta.

Desde su punto de vista, gracias a su experiencia como parlamentario y como profesional de la medicina, con una formación humanística importante y, sobre todo, por sus conocimientos y sus trabajos en el mundo de la bioética, ¿entiende que existe hoy la conveniencia social de tratar la eutanasia con una ley específica de despenalización, una ley específica activa? Sería conveniente que nos ofreciese una consideración sobre las ventajas que supone solucionar algunos problemas de riesgos jurídicos de la praxis médica y los inconvenientes derivados de un incremento de lo que se ha venido en denominar la pendiente resbaladiza.

Concretamente, hoy nos han comentado que de las 2.000 eutanasias practicadas hasta ahora en Holanda, unas 400 son suicidios asistidos. Ante eso, parece que hablar de las ventajas y de los inconvenientes se nos hace un poco grande. Es decir, que se haya podido hacer un suicidio asistido con 400 vidas, sea o no en cumplimiento de su voluntad, hace pensar en la necesidad de sopesarlo mucho antes de elaborar una ley específica.

En cualquier caso, someto a su consideración este argumento; aportación que le hago, no para ponerle en un brete, sino para intentar llegar a conclusiones más concretas.

Finalmente, he de agradecerle la rotundidad y seguridad con que ha hecho la defensa del concepto de eutanasia activa y directa. Esa discusión está presente en cada una de las comparecencias, y siempre por su encuadre conceptual. En su exposición ha venido a apuntarnos, sin divisiones ni calificativos, lo que entendemos hoy por eutanasia activa directa. En ese marco caben unas condiciones indispensables: la voluntad del enfermo, una situación de enfermedad o falta de calidad de vida que es subjetiva y unas actuaciones de acción directa.

De este modo entramos de lleno en la intencionalidad, y es entonces cuando yo pretendo delimitar el concepto de eutanasia para aclarar su significado. Si la intención es ayudar al paciente a soportar sus molestias con una indicación terapéutica adecuada, no se tratará de una eutanasia; en todo caso, será una buena praxis médica. Distinto es cuando no tiene cura y la intención no es aliviar el dolor, sino dar cumplimiento a su última voluntad; es lo que sucede en aquellos casos en los que se le administra un fármaco, no sólo no indicado para su situación, sino contraindicado, que le provoca la muerte. Aquí está el meollo de la cuestión: en la intencionalidad entre la eutanasia activa directa e indirecta.

Desde mi punto de vista, la indirecta no es eutanasia, por mucha morfina que se le suministre para calmarle. Es más, no tendríamos que abordar más el tema si todos coincidiésemos en este punto, porque es entonces cuando nos metemos en consideraciones y en calificativos de las que no logramos salir; a veces parece que se trata de sumir el tema en una nebulosa para hacer más rico el debate, pero realmente no conseguimos conclusiones más concretas. En este sentido, le agradezco la rotundidad y seguridad con que ha manifestado la necesidad de hacer frente al problema de la eutanasia en su sentido básico.

La eutanasia activa directa practicada con la intencionalidad exclusiva de dar satisfacción a la voluntad del sujeto es reflejo de uno de los principios de la bioética: el de autonomía. Pero es entonces cuando entra la participación de un tercero. Desde mi punto de vista, la actuación de aquel personal sanitario que reduce el tiempo de vida de una persona haciendo una buena praxis médica está totalmente justificada ante la ley, ante sí mismo y de quien sea. La duda surge cuando el profesional sanitario procede a la administración de un tratamiento que está contraindicado para la situación del paciente; acción que choca frontalmente con su principio ético y deontológico pero que da satisfacción al enfermo terminal que ha solicitado intervención sanitaria de este tipo.

Finalizo reiterando la satisfacción que me ha producido volver a saludar al Doctor Marcelo Palacios Alonso.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el Senador Galán.

El señor GALÁN PÉREZ: Señora Presidenta, quiero sumarme a las expresiones de felicitación que el resto de los portavoces han dirigido al Doctor Marcelo Palacios, antiguo compañero parlamentario y amigo, en esta Comisión especial de estudio sobre la eutanasia.

Poco tengo que añadir, porque cuando escucho a Marcelo Palacios discutir de temas relacionados con la política legislativa, con proyecciones de futuro a la hora de regular una realidad que, además de ser una novedad, se caracteriza por el hecho de que un sustrato biológico se inserta en el devenir histórico del mundo, me sobreviene un sentimiento de inferioridad. Es decir, Marcelo tiene un conocimiento de una importante rama de la ciencia constituida

por la Biología, la Bioética, etcétera, que a mí me parece fundamental para el trabajo de los juristas que tienen que aplicar el Derecho y de los legisladores que tenemos que legislar y regular la realidad; sobre todo, cuando dicha realidad va más allá de la fijación de un simple plazo para el protesto de una letra de cambio, porque lo que se regula es si existe un agravante a la hora de cometer un homicidio o si una conducta que supone, como decía Marcelo, no quitar la vida sino cerrar la página de la vida de una persona deba quedar totalmente despenalizada y no sancionada desde el punto de vista legal.

Por tanto, abordo este tema influenciado por ese sentimiento que me invade cuando escucho al Doctor Marcelo Palacios reflexionar, divagar y exponer sus conocimientos, porque es entonces cuando me doy cuenta de que él cuenta con una base que yo no poseo por mucho Derecho que haya estudiado, y que no es otra que el conocimiento real de los hechos biológicos más elementales. Recuerdo que cuando discutimos la Ley de reproducción asistida partimos de unos conceptos que no es que me fueran difíciles de entender, sino que quedaban fuera de mi bagaje de conocimiento: todo lo relacionado con el genoma humano, los genes y demás conceptos. He de reconocer que lo poco que sé de ese tema lo he aprendido del Doctor Palacios, con el que compartí trabajos parlamentarios en las Cortes Generales.

Coincido con usted en que es tarea de todos, sobre todo de aquellos que nos preocupamos del estudio de la eutanasia, limpiar el bosque de hojarasca y llamar eutanasia a lo que es eutanasia. Es decir, dejar a un lado ese sinfín de términos que tan sólo ocultan el bosque y, como decía el Doctor Palacios, en muchos casos deliberadamente. Hablemos de eutanasia centrándonos en el concepto.

La definición que él ha dado coincide con lo que los juristas denominamos eutanasia activa directa, y yo considero que ésa es la auténtica eutanasia; lo demás, hablar de si los cuidados paliativos obligan a suministrar un tratamiento contra el dolor a un enfermo terminal que indirectamente pueda adelantarle el momento de la muerte unas horas o unos días, no tiene nada que ver con la eutanasia. La eutanasia es otra cosa, es lo que muy correctamente ha definido el compareciente.

Como jurista, lo que a mí me preocupa es el tema de las garantías para avanzar. Creo que usted ha marcado perfectamente dónde está el espacio y cuál es la importancia del mismo. Ha partido de datos estadísticos absolutamente fríos y reales: 52 millones de personas mueren al año, de los que cuatro millones son enfermos de cáncer; para una minoría de ellos, en torno a un diez por ciento, o sea unas 400.000 personas, es imposible garantizar que las unidades de cuidados paliativos o de lucha contra el dolor logren poner todo el conocimiento médico, psicológico, etcétera, al servicio del mantenimiento de una vida digna. Por lo tanto, él puede entender desde su libre disponibilidad, que esa vida ha perdido su valor vital, ha perdido su dignidad y, en consecuencia, una vida que merezca tal nombre está agotada y le lleva a pedir auxilio para acabar de cerrar esa página.

Es cierto que ese espacio existe pero, por otro lado, y utilizando otros datos estadísticos que anteriormente ha

mencionado el Senador Cardona, también es cierto que siempre que se habla de garantías y se habla de regulación —en su momento fue el Estado americano el que abrió la pauta y después la experiencia de la legislación holandesa—, acabamos diciendo que hay un porcentaje equis en el que, pese a todas las garantías, se entiende que se ha producido —Senador Cardona, yo no diría que un suicidio asistido— sencillamente una muerte desde fuera en la que no ha quedado claro cuál ha sido la última voluntad del enfermo.

El señor compareciente hablaba del testamento vital o directiva anticipada, renovable periódicamente, prácticamente inserta en la cartilla sanitaria. Todo ello me parece muy bien, pero sigo teniendo espacios oscuros. ¿Cada cuánto tiempo hay que renovarla? ¿Anualmente, semestralmente? ¿No es posible que una persona, que en un momento determinado de su situación de enfermo incurable, tenga clarísimo que llegado el caso de que no haya manera de eliminar el dolor físico desea, en su legítima autonomía personal, desaparecer, y varias semanas después cambie esa visión? ¿Puede él modificar o no esa directiva anticipada? ¿Qué garantía jurídica existe?

En todo ese espacio me parecen muy interesantes las aportaciones que han hecho muchos de los comparecientes, especialmente el de esta tarde, para el trabajo de esta Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia. Y ello nos obliga a hacer una reflexión serena antes de dar un paso más, desde el punto de vista de la regulación legal, para avanzar en ese proceso que antes apuntaba el doctor Palacios, en el sentido de que cosas que en el año 1918, parecían de una manera, hoy se ven de manera distinta y estamos seguros de que dentro de unos años la evolución de la sociedad hará que cosas que ahora nos angustian y preocupan estén absolutamente superadas y perfectamente clarificadas.

En ese camino de garantías a adoptar y valores de esas garantías pediría al doctor Palacios que puntualizara un poco más su esquema de pensamiento, con el cual, evidentemente, coincido prácticamente en la totalidad.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Galán.

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

El señor BELLIDO MUÑOZ: Gracias, señora Presidenta.

Por supuesto que también he de agradecer la presencia del doctor Palacios, al que he tenido la oportunidad de conocer y disfrutar de su talante ecuánime y conciliador cuando fue Presidente de la Comisión Mixta Congreso y Senado de Investigación y Desarrollo, de cuya Mesa yo formaba parte.

Siempre he defendido que esta Comisión debería ser más bien para escuchar a los comparecientes y para respetar, como no podía ser de otra manera, sus opiniones, más que para entrar en la exposición de las nuestras, incluso en el debate abierto. En este caso concreto, la intervención del doctor Palacios no es una intervención para comentar en una sala como ésta, con luz y taquígrafos, sino más bien

para charlar en una mesa-camilla, con un café delante, y abrir un debate entre amigos sobre cada una de sus palabras, pues ha sido una exposición con un profundo contenido filosófico.

Ha iniciado su intervención hablando de las preocupaciones y cargas que de alguna manera mediatizan hoy en día el debate sobre la eutanasia en nuestro país. Y aunque entiendo que en algunas ocasiones se han expuesto, quisiera, si es posible, que el doctor Palacios nos comentara qué tipo de preocupaciones, qué tipo de cargas, entiende que se dan hoy en día en la sociedad española para que este debate pueda verse mediatizado en su grandeza.

Por otra parte, frente a aquello que decía creo que era Calderón de la Barca en un verso, «la vida es un largo morir y el morir fin de la muerte», el doctor Palacios ha señalado que la vida es un largo vivir y el morir fin de la vida. Ese largo vivir entiendo que no es el vivir uno solo, el vivir con uno mismo, sino vivir con todas las circunstancias que le rodean. Por ello, dentro de ese planteamiento filosófico que ha realizado el compareciente, quisiera preguntarle hasta qué punto el ser humano tiene derecho a esa vida que no es sólo propia, sino que debe compartir con esa diversidad de elementos que representan el vivir de cada uno de nosotros.

Ha señalado que quien hoy solicita la eutanasia lo tiene muy claro. No sé si realmente lo tienen claro aquellos a los que se les realiza una encuesta de opinión, ya que, efectivamente, en algunos casos hay un porcentaje elevado de defensa de la eutanasia. Pero hoy el Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos mencionaba que en las encuestas que se han realizado entre enfermos terminales —concretamente hablaba de Cataluña—, sólo el 0,3 por ciento de los encuestados pedía la eutanasia y en la totalidad de los casos era una petición siempre reversible cuando se ponían los medios técnicos, médicos y siquiátricos para quitar el dolor y suprimir la depresión que padecen esos enfermos. De ahí el riesgo de que no se tenga tan claro en unas condiciones determinadas y el riesgo que asumimos al legislar en este sentido.

El doctor Palacios ha expuesto el caso del doctor Farina. Efectivamente, en 1918 era un delito coser el corazón, y en los años sesenta y tantos se elevaba a los altares a aquel que era capaz de transplantar el corazón a otra persona y darle vida. Han tenido que transcurrir 50 ó 60 años para que la sociedad lo aceptase, y no sólo la sociedad española sino también la internacional.

Habiéndose dado un paso importante y muy reciente —la redacción del nuevo Código Penal es de 1995— en cuanto a una cierta rebaja en las penas por este tipo de delito, yo le preguntaría al doctor Palacios si considera que hoy es el día cultural, social y político en nuestra sociedad para que quienes tenemos responsabilidad en la materia procedamos a una despenalización total de la eutanasia.

Me quedan más cosas en la cabeza, pero espero tener la oportunidad en algún momento de charlar de ello con el doctor Palacios personalmente.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señoría.

Tiene la palabra el doctor Palacios.

El señor PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA, SIBI (Palacios Alonso): Muchas gracias, señora Presidenta.

Ante todo, quiero expresar mi reconocimiento por sus palabras, tanto las que fueron más extensas como las que no lo fueron, impregnadas de la vieja amistad y el mérito que me atribuyen.

Al tener una gran experiencia parlamentaria, acumulada durante mucho tiempo, he visto que afortunadamente no hay repetición de planteamientos, lo cual facilita mucho mi tarea e iré intentando contestar punto por punto.

Quiero entender que el Senador Martiarena ha aceptado la generalidad del discurso y con su brevedad me doy por satisfecho, pero aunque no fuera así tendría que aceptarlo.

Voy a contestar a una serie de preguntas muy interesantes que ha hecho el Senador Cardona, que además facilitan el que pueda dar salida a lo que dejé pendiente.

Voy a hacer una serie de reflexiones sobre la muerte digna. ¿Qué es la muerte digna? La dignidad, al igual que la ética, están siendo muy manoseadas, se utilizan para todo, son un barniz multiuso y siempre están a mano. En este sentido, los problemas que planteamos son estrictamente bioéticos, porque están relacionados con el bios en cuanto a la aplicación científica o técnica; pero yo entiendo que la autoestima, el respeto de sí mismo como ser individual y social ante la inminencia de la muerte puede definirse por unos parámetros tangibles. El que recuerde su propia historia y haga el análisis de si mereció la pena o no, lo único que está haciendo es plantearnos una demanda en una situación terminal y queremos ofertarle la posibilidad de esa dignidad o de ese sentido de autoestima como ser relacional o social que se acaba.

En primer lugar, la situación consciente es absolutamente indispensable, y no siempre se consigue ese estado de consciencia o de lucidez que se precisa para conseguir —como dice Peter Singer— la felicidad de los últimos momentos. Yo no creo que haya mucha calidad de vida ni mucha felicidad en el momento de la muerte; hay una serie de parámetros de higiene moral, de higiene estética en relación con el individuo como ser social, que nos exigen una presencia, no solamente un bienestar sino también un bien ser en ese momento de la muerte. Por lo tanto, el estar consciente para apercibirse de eso es uno de los elementos que refrendan que se muere desde la autoestima o desde una cierta dignidad.

Evidentemente, el hecho consciente no tiene que ser un hecho consciente en sí mismo —es decir, algo que nos separa del coma o del sueño— ha de ser un hecho consciente vivido y, para ello, necesita estar en conocimiento de una verdad determinada.

Yo he hablado innumerables veces con muchos compañeros sobre si se debe decir todo a todos los pacientes, y pienso que, posiblemente, no. A los pacientes terminales los hemos estereotipado como una persona mayor, en fase terminal y con un proceso irreversible, y tendríamos que añadir unos supuestos: ¿Cuál es su situación emocional?

¿Cómo le afectó este proceso? ¿En qué situación se encuentra para asumirla? ¿Se encuentra en una situación de soledad? ¿Son los acompañantes puramente técnicos, en esa muerte técnica que se está produciendo? En el fondo, es una muerte ayudada por una serie de aparatos y de medios artificiales; una muerte, en definitiva, técnica —término de D. Roy que me parece muy acertado—. En este sentido, ¿ha de ser consciente esa persona hasta el extremo de saber evaluar lo que está ocurriendo, lo que está sucediendo, conocer su verdad y su realidad para tomar conciencia de ella y poder asumirla en su plenitud?

Decía antes que no es posible hacer un protocolo de la muerte; no se puede hacer porque se pueden producir incidentes que alteren completamente el modo de reaccionar de un paciente y aquel que se encontraba en una fase de serenidad importante y de acatamiento del hecho, se desmorona y grita, llora, insulta o se irrita. En el fondo, lo está haciendo alguien que no cuenta con todos los resortes psicológicos para tener una argumentación o una respuesta razonable para lo exigible. Es un hecho que nosotros nunca entenderemos porque quien lo vive es quien lo padece.

Lo que quiere suponer la dignidad, en esta situación, es el escapar de toda la parafernalia técnica de tubos, aparatos, ruidos, relojes, gotas que caen, gente que llega con inyectables, la sonda nasofaríngea... Toda esta parafernalia que lo sitúa ante una barrera de imposible comunicación. En el momento final esto es lo que muchos pacientes consideran que les afecta profundamente y que les hace verse como seres —por así decirlo— muertos insepultos, amarrados a un aparato técnico, a una parafernalia técnica y esto es lo que conviene quitar.

Es muy importante que el enfermo tenga la capacidad para tomar alguna decisión y, por eso, hay que aplicar un procedimiento escalonado contra el dolor, reloj en mano —como dice la OMS— si puede ser con tratamientos de opiáceos que, en ese momento, serán de alto potencial y, fundamentalmente, por vía oral porque será más autónomo, pero siempre haciendo que la dosificación no deje ningún espacio de dolor porque el hecho de plantearnos aquí —como creo haber leído al teólogo catalán Cuyá, en algún artículo muy interesante— da una habituación a los opiáceos de un enfermo terminal resulta fuera de lugar. Se trata de otra cosa y, en consecuencia, es preciso que tenga una fase constante de ritmo sueño-vigilia, que no padezca insomnio, que pueda dormir y descansar, que no tenga dolor durante el día para poder tomar decisiones, entre ellas la de dar el consentimiento —si así lo estima— y que se encuentre rodeado, a ser posible, de un ambiente no paternalista sino de afecto —el de la familia, el de los propios profesionales y de los amigos—. Ésa es la teoría y la formulación deseable de lo que se puede entender por muerte digna, porque entrar en otros recovecos del espíritu es muy complejo.

En cuanto a los sentimientos de otra índole —religiosos, confesionales, etcétera— no sabemos qué es lo que cada persona lleva en sí, pero el decidir si no se quieren los aparatos, no tener dolor o salir durante el día y ver a los amigos sí podemos medirlo y objetivarlo. Yo conocí a un profesor de instituto que en una fase muy terminal reunió a

todos sus compañeros para despedirse. Me llamó por teléfono para decirme que al día siguiente ingresaba en el hospital, y murió a los pocos días. Cuando supo que padecía aquel proceso —que yo diagnosticué pero que trataron los oncólogos porque no era un caso de cirugía— me dijo que había leído mucho sobre el tema porque había visto los análisis y relacionado hechos con diagnósticos. Me preguntó cuáles eran sus perspectivas actuales porque quería ponerse de acuerdo consigo mismo. Este tipo de cosas son muy importantes a la hora de valorar el tema porque ellos son los protagonistas. La persona que está en esta situación es quien siente el hecho en sí, mientras que nosotros somos espectadores, si se quiere, espectadores asistenciales.

Éstos son los parámetros fundamentales. Es decir, el entorno de la familia, de la amistad, de la relación, etcétera, y el período de hospitalización, que ha de ser el menor posible. Sin embargo, éste no es el caso idóneo porque aquella libertad no puede expresarse siempre y porque aquella lucidez exigible tampoco está presente siempre. Es decir, que nos vamos a encontrar al menos con tres bloques de situaciones en las cuales todas esas cautelas que han planteado ustedes tres deben llevarse a la práctica puesto que, además, creo que debemos ser absolutamente rigurosos como Estados democráticos civilizados y de Derecho con la protección de estas situaciones de posible indefensión.

El primero de estos tres bloques concierne a la vejez involutiva, a esas personas que, evidentemente, no han tenido posibilidad de manifestarse de una manera cercana, por así decirlo, o que viven en una determinada y absoluta dependencia de asistencia por parte de los demás. Creo que todos estamos viendo en este momento la imagen de esas personas a que me estoy refiriendo. Pues bien, desde mi punto de vista, todo ese tipo de personas no entran en absoluto en el concepto de eutanasia. Se trata de seres a proteger sin ningún tipo de reservas ni de justificación. La sociedad no puede empezar a hacer elucubraciones ni diti-rambos en relación con esto ni tampoco puede meter la cabeza bajo el ala. Éste es un aspecto que antes de que se iniciara el debate de la eutanasia en los Estados sociales y de Derecho ya gozaba de una atención determinada puesto que se trata de una obligación moral de la propia ciudadanía el legislar para este tipo de protección.

El segundo bloque es el de los incapaces jurídicos, sean éstos de la índole que sean. Por cierto, que la Convención de Bioética de Asturias toca muy bien las circunstancias que deben concurrir en la protección de los incapaces jurídicos. Con este bloque se incorpora un núcleo de cuestiones dispares cuando, por ejemplo, se trata de un menor. Y es que puede darse el caso de un menor solitario, aislado y sin familia que haya sufrido un problema que le produce una determinada situación final. Pues bien, hay que protegerle con el mismo énfasis con se protegía al anciano.

Y el tercer bloque puede estar constituido por el de los malformados congénitos. Hay situaciones en las que, evidentemente, no hay lugar a dudas, y yo he vivido casos de éstos. Me he ido incluso hasta otros servicios diferentes al mío cuando se me comunicaba que había una niña o un niño recién nacido anencéfalo, niños cuya vida será tan sólo de un día o de día y medio. Todo lo que hay que hacer

en casos así es tratar de una forma humanizante a alguien que casi no ha llegado a ser persona puesto que no ha cubierto ni siquiera los requisitos relacionales establecidos —si se quiere ver así— y cuya muerte es inminente. Es decir, estos casos no tienen que ver absolutamente nada con la eutanasia. Es algo que va de suyo.

En estos tres bloques yo englobaría las malformaciones invalidantes y a los incapaces jurídicos, situación esta última que incluso puede afectar, por ejemplo, a una mujer embarazada que vive aislada, que ha perdido el conocimiento, y que se encuentra en una de esas situaciones complicadas de embarazo que hoy todavía se siguen dando a pesar de que nuestro país es el segundo del mundo con menor número de complicaciones en gestaciones —lo que es un gran logro— aunque la verdad es que alguna se da.

Esto me permite hilvanar —y así ahorramos un punto de referencia— con el tema de cuántos hechos de éstos ocurren porque, verdaderamente, eutanasias en sí se van a dar siempre muy pocas. Y es que por el hecho de que se hayan producido unas 1.200 en Holanda —aunque se diga que han sido más—, a pesar de las perspectivas que muestran las encuestas Remmelink 1 y 2 y también a pesar del último informe Van der Meersch, evidentemente es muy difícil sacar en conclusión cuántas eutanasias hay de más o de menos sobre las que han sido declaradas, entre otras cosas, porque el 50 o el 52 por ciento de los médicos no declaran en ese sentido. Creo que estas cuestiones también se pueden hilvanar un poco con lo que su señoría decía y tendré mucho interés en tratar: las situaciones de riesgo.

Dejemos ya claro qué entenderíamos más o menos por asunto dignidad, por asunto autoestima, es decir, por aquello que significa sentirse persona ante uno mismo. La sociedad, llegado ese momento, sí puede aclarar esto puesto que la persona no siempre tendrá esa lucidez ni siempre estará en las mismas circunstancias. Hay muchos enfermos que nos llegan en situación de coma irreversible, pero hay otros que llegan al hospital y cursan por un trámite determinado: porque el enfermo terminal es aquel enfermo incurable que..., según lo que hoy está definido. Cuando se empezó con los cuidados paliativos, la Real Academia Inglesa de Medicina estableció los primeros elementos de partida para definir a un enfermo de este tipo: terminal, incurable, en su último momento, con seis días de tal, que sufre un dolor tal, y precisado de atención continuada. (Lo digo de esta forma por ser esquemático.)

Por tanto, nosotros vamos a procurar que se dé una óptima situación para un enfermo terminal para que éste tenga una situación digna en la que pueda sentir una autoestima, aunque no será siempre así. Y en los demás casos, habrá que establecer todos los mecanismos precisos para salvaguardar la seguridad de esas personas, y para conseguir eso las naciones y los Estados democráticos tienen recursos suficientes. Otra cosa es que hagamos uso de ellos o no, pero eso es así.

A propósito de lo que decía antes el Senador, me gustaría recordar al teólogo católico Karl Rahner relacionándolo con la situación en que podemos encontrarnos cuando alguien tiene que actuar —aunque sea como yo lo entiendo, es decir, con convicción— para hacer algo que otro le pide

y que va a culminar con el fin de la parte terminal de la vida de quien se lo está pidiendo, es decir, con el fin de un vivir terminal. Rahner explica muy bien que quizás el momento en que el ser humano puede expresar —claro está que contando con esas condiciones idóneas de plenitud de consciencia, falta de ausencias perturbadoras condicionadas por el dolor, etcétera— y aportar su mayor madurez y su mayor sentido de libertad es, posiblemente, ante su propia muerte. Y dice Rahner que sería incluso injusto si priváramos a un ser humano que ha tenido muy poca libertad a lo largo de su vida, que la tuvo muy condicionada, o que ni la tuvo para nacer, de ser libre y autónomo en el momento en que va a desaparecer y cierra ese libro del que hablábamos.

Yo también creo que nos pasamos un poco. Por eso decía antes que el conflicto no es exactamente un conflicto de la vida y que la complejidad no está en aquella decisión que toma la persona, decisión que para él es simple porque la ha tomado. Eso es así de claro. La complejidad está en nosotros, que no entendemos o estamos temerosos.

Después daré respuesta a su señoría de lo que yo considero que son las razones por las que existe una presión que muchas veces es interior y no expulsable porque viene de muy atrás puesto que procede de tradiciones y de temores ante ese tabú de la muerte. Pero volvamos a lo que estábamos diciendo.

Rahner dice que el mayor momento de madurez del ser humano y el mayor momento de libertad es aquel en el que se confronta con el último vivir que es la muerte. Y puede pedir ayuda. Por eso decía yo que no se trata de un conflicto entre la vida y la libertad, sino que ahí aparece un escenario de libertades confluyentes, la de quien pide su muerte y la de quien puede llevar a cabo ese hecho, ello unido a unos valores que en un Estado determinado están encarrilados dentro de las leyes que lo cautelan. Ésa parece ser la cuestión también desde mi punto de vista.

Respecto a lo de la ley específica, clarísimamente digo que creo que no. Respecto a la despenalización, posiblemente tampoco. Creo que si habiendo una ley penalizadora como hay en Holanda resulta que diez criterios de la Real Academia de Médicos de la Reina han servido para que no se tenga en cuenta el Código Penal y se pueda realizar la eutanasia, me parece que la cuestión estaría en que nosotros entenderíamos cuáles son los principios y cómo deben perseguirse los incumplimientos. Si nosotros entendemos la eutanasia desde la perspectiva de la definición que yo he dado —que no es mía, yo simplemente considero que es absolutamente impropio echarle cosas dentro—, ya tenemos unos puntos de partida adecuados: definición de enfermo terminal, dolor irreversible y aplicación de los medios habituales.

Fíjense que incluso la Iglesia católica en la Congregación para la doctrina de la Fe en dos ocasiones dice que incluso está autorizada la utilización de medios no muy bien conocidos aunque no se pueda saber su resultado y acorten la vida. Me estoy refiriendo a la Declaración de 1980 e incluso a la Declaración de Juan Pablo II de 1986 dirigiéndose a dos grupos de científicos en la Academia Pontificia de Roma.

Por tanto, incluso la utilización de esos medios con una finalidad está permitida. Lo que no tenemos que quitarnos de la cabeza es el esquema. Es decir, estamos hablando de un enfermo terminal que sufre dolores y cuya muerte es inminente. No habría que remachar esto siempre, pero al hablar de todo esto tenemos que tenerlo siempre presente, y es que otra cosa no sería razonable. Mucho antes que ellos ya lo dijo Pío XII en 1959, en una reunión dirigida a los biólogos y en materia de investigación. Dijo claramente que se podían utilizar medios concretos con una determinada finalidad en pacientes terminales, aun cuando les acortasen la vida. No citó el término «trance», como tampoco lo hizo la Congregación para la Doctrina de la Fe, ni subsidiariamente nuestra Conferencia Episcopal.

Por tanto, tenemos que tener en cuenta estas cuestiones con nitidez y con claridad, porque parece ser que todos estamos de acuerdo, pero no nos atrevemos —y ésa es una presión íntima— a decirlo. Parte un poco de la filosofía del: «yo lo entiendo, pero no lo haría».

No creo que sea necesaria una legislación, como tampoco una despenalización. Creo que hay que elaborar —ustedes están perfectamente en condiciones de hacerlo, como la sociedad misma que derivó en ustedes su legítima representación— un catálogo de situaciones en las cuales este hecho podría autorizarse, sin entrar en otra de las presiones: el dar un carácter sagrado, un carácter santo a la vida. Hoy día, en el debate americano no se habla en absoluto de ello. Considerar la vida como algo sagrado, cuando nos hemos dotado de una Declaración Universal de Derechos Humanos que, al menos, hace tres excepciones es un poco sarcástico. Su valor es sagrado, pero relativamente. La defensa propia es una de ellas, incluso la guerra justa. Pero no vayamos por ese camino, porque no es lo que nos trae aquí realmente.

No sé si con esto doy una contestación suficiente. En todo caso, creo que sí sería interesante ir por esta vía.

¿Por qué tiene que ser un sanitario? Lo dejé en el tintero. No tiene por qué serlo; no necesariamente. El hecho surgió precisamente porque el médico y el enfermo siempre tuvieron una relación directa y parece ser que la muerte está vinculada siempre a un ámbito sanitario. Pero no ha de ser así necesariamente. El método puede ser de cercanía o a distancia, porque no tengo por qué hacerlo yo, sino que puedo decirle cómo se hace. En España no, porque nos pillaría el artículo 143.3) y 4) del Código Penal y nos dejaría tiesos, desde el punto de vista de la penalización, pero en definitiva, sí se puede hacer. Se perfeccionó tanto el aparato Kevorkian que incluso se puede hacer a distancia. Y hoy, con todos los mecanismos cibernéticos y de células fotoeléctricas existentes, quizás incluso pueda lograrse que un parapléjico, a través de la mirada, o por la acción del calor corporal, active un mecanismo que le pueda producir la muerte. Si contamos con aparatos alrededor de la heliopausa cerca del sol y estamos dando vueltas con nuestros apolos por todas partes, lograr un aparato de esas características supongo que no sería muy complejo para las preclaras mentes científico-técnicas.

¿Por qué el médico? —me pregunto—. Cuando el Estado —y nosotros tuvimos reconocida la pena de muerte

hasta el año 1978— mata, no busca un médico, busca un verdugo. En este punto quiero ser un poco provocador, porque creo que es importante que provoquemos la reflexión sobre las incoherencias de algunas de nuestras conductas. También ahí están las presiones: el temor, el no decir que tal cosa no tiene nada que ver con la otra, etcétera. Decíamos que la vida es un desarrollo. Existe una Convención Internacional, la Convención Internacional de Derechos Humanos sobre la Biología y la Biomedicina, que acepta la investigación y la experimentación en los embriones no viables. Y nosotros tenemos una Ley que estamos llevando a término y que ha sido copiada por otros países según la cual las técnicas de reproducción asistida permiten la investigación en preembriones no viables, es decir, moribundos, «morituri», al término de su corta vida, o sea, que están en la última fase del morir. Si buscamos la curva napoleónica y relacionamos embrión con terminal, veríamos que las circunstancias son casi parecidas. En un caso lo hemos aceptado, en otro caso lo estamos discutiendo. Seguramente, cuando pongamos un poco más de nosotros estaremos en condiciones de hacer aproximaciones poco emocionales, porque todavía, como en todas estas cosas nuevas, las cuestiones son emocionales.

No se me quedó en el tintero el tema de la pendiente resbaladiza o el plano inclinado. Permítanme que les diga, con todo respeto, que esto sólo pone de manifiesto una insuficiencia de la propia sociedad, es decir, para definir la necesidad de un acto determinado que la satisfaga o que, en conciencia, permita a los demás actuar desde su libre opción, la sociedad no puede empezar buscando los inconvenientes que tendría, sino la justicia que se haría al hecho. Si, por ejemplo, hacemos analogía con cosas mucho más prosaicas, sabemos que muy pocos se escapan de Hacienda —sin duda, ninguno de los presentes—. Si queremos hacer las cosas bien, el temor a la pendiente resbaladiza es muy acomodaticio. En el fondo, significa una impotencia de la sociedad, o una incompetencia de la misma, o una dejación, que sería más grave, o el no querer coger —lo que se suele decir en nuestros términos hispanos— el toro por los cuernos. Es el problema lo que tenemos que abordar y establecer el balance de riesgos y beneficios individuales y sociales y, después de que lo hayamos delimitado, establecer con qué medida cautelamos que no se produzcan abusos; no al revés, porque entonces no prosperaríamos nunca, puesto que permanentemente estamos rodeados de temores en una sociedad competitiva, agresiva, algo desarraigada, etcétera.

Lo del plano resbaladizo me parece una opción literaria muy interesante, pero intelectualmente pobre. Sinceramente, creo que es pobre. Ustedes me llamaron a comparecer para que les dijera lo que pienso, no para que hiciera acolitismo. Me parece que es pobre y estoy seguro de que ustedes lo entienden perfectamente. Intentar negar un hecho, su legalización o no, su normativización —no tiene por qué ser legal—, o su despenalización, por temor a lo que pueda producirse, nos llevaría a un caos legislativo, a una incapacidad para hacer nada. ¿Por qué Hacienda cobra siempre? ¿Por qué no podemos elaborar una serie de indicaciones o de principios, una norma sin rango de ley, o

como hacen en Estados Unidos, a través de la propia Academia Americana, donde no hay legislación y sus normas se siguen, o como sucede con la Academia Real Francesa? Hagámoslo, pero cumplámoslo y entonces no habrá pendiente resbaladiza. Habrá un poquitín de pendiente, porque todas las leyes tienen sus fallos y siempre en alguna medida se incumplirán. Pero ésta no es una razón para no seguir adelante. Insisto —y sin ser agresivo—, me parece un argumento de incompetencia, de insuficiencia, o, lo que es peor todavía, de falta de voluntad social para querer abordar un tema. Como decimos en Asturias, se trata de colocar el carro delante de los bueyes. El problema hay que tratarlo antes y después ver las consecuencias negativas e impedir las.

En cuanto a la intencionalidad de la eutanasia, eso se puede hacer. En España nunca hemos puesto tratamientos opiáceos, en términos generales, que se acerquen ni mucho menos a los que se llevan a cabo en el Reino Unido. En España el opio tiene una connotación no sé de qué estilo y realmente se prescribe poco, aproximadamente un 20 o 25 por ciento menos que en Gran Bretaña. No obstante, personalmente, cuando tuve que hacerlo lo hice. Me prepararon para eso; humanísticamente, me consideraba en la línea correcta. No estoy para matar, sino para curar, pero no soy un necio que lucha contra todo y contra toda circunstancia irreversible y tengo delante de mí un ser humano que necesita que le preste una ayuda para sufrir lo menos posible. Lo he hecho y lo volvería a hacer mañana. Y si he visto que un tratamiento no es bueno —cuántas veces lo hemos hecho—, se lo he retirado al paciente, porque, si no, se podría entrar en una situación de ensañamiento. Ésos son tratos inhumanos y degradantes.

Si me permiten una pequeña licencia, hablaría del suicidio asistido, porque no estoy muy seguro de si lo que planteaba Sampedro en el año 1995 era realmente un suicidio asistido o una eutanasia. Desde la hipótesis que yo planteo, que más bien es argumentada, podría ser una eutanasia porque yo entiendo la vida como algo biológico e histórico y para él su vida biológica era vegetativa y en cuanto a su vida histórica era él quien tenía que saber si estaba terminada. Por tanto, en ese sentido también podríamos entender que puede tratarse de un enfermo terminal. No voy a insistir en eso.

Sí voy a insistir en algo a lo que también hizo referencia la Congregación para la Doctrina de la Fe. En el Juzgado de Primera Instancia de Barcelona se falló que no podía atenderse la práctica de la eutanasia a don Ramón Sampedro por la sencilla razón de que estaba penalizada y que, por tanto, había que esperar al nuevo Código Penal. Después, en el año 1995 en la Audiencia de Barcelona se pone énfasis en este hecho y se dice algo más, que yo quisiera someter a la consideración de ustedes para que, simplemente, deduzcan en qué posición estoy. La Audiencia de Barcelona también se niega, pero considera que en España no está prohibido el suicidio personal. En la Edad Media sí estuvo penalizado y si alguien se suicidaba podía ser desenterrado, juzgado y condenado si tenía alguna culpa. También ocurrió en Francia y en otros ámbitos. Ahora esto no es así, como tampoco en muchos otros sitios. En los

países con sentido común esto ya no se hace. La Audiencia de Barcelona decía: El suicidio no es punible y como no lo es, evidentemente, este señor puede suicidarse.

Veán ustedes las consecuencias que someto a su reflexión. Si la Audiencia ha dicho que siendo punible el suicidio asistido este señor puede optar por suicidarse por sí mismo, se está cometiendo, desde esa perspectiva, por quien tiene que administrar la ley un acto de discriminación, ya que esa expectativa sólo es válida para quien pueda hacerlo, pero no para un tetrapléjico. Me parece sarcástico que se le pueda decir que él mismo lo haga cuando no puede hacerlo. Es más, si se dice que puede mandar que no le den alimentación, se está haciendo un planteamiento absolutamente anticonstitucional y que va contra la Declaración Universal de Derechos Humanos, en tanto en cuanto que está pidiendo a esa persona que se someta a un trato inhumano y degradante, como lo es la muerte por inanición. Tendríamos que pensar mucho las cosas que escribimos, que decimos y que hacemos.

Muchas gracias al Senador Cardona por las preguntas que dieron lugar a que pudiera dar estas respuestas.

Senador Galán, en cuanto a la reproducción asistida, yo fui ponente y Presidente de la Comisión y en ella nos enriquecimos unos con otros y todos los que debatíamos antes desde perspectivas muy emocionales nos hemos sosegado mucho. Afortunadamente nuestra Ley es imitada en todos los ámbitos. Durante el debate de la Ley de Protección y Embriología del Reino Unido en el año 1991 —no hay que olvidar que la nuestra se aprobó en 1988— la Ley española fue continua referencia, y eso, cuando parecía que el mundo se nos echaba encima porque daba la sensación de que era una Ley prolija, nos honra a todos —hay que decirlo— los que de alguna manera discrepamos y disentimos más con el corazón que con la cabeza, porque hemos visto que es una Ley —no por ser nuestra, sino por ser bastante completa, aunque mejorable como todo en esta vida— muy interesante, muy vanguardista y avanzada en todos los ámbitos de la reproducción asistida.

En cuanto a las garantías, es el Estado el que tiene que cautelarlas a todos los efectos, en todos los bloques, en todos los grupos, fundamentalmente en los más indefensos. Si somos un Estado tan avanzado, con leyes tan prolijas, tan densas, tan amplias y tan específicas, no podemos permitirnos que sean inaccesibles a los más indefensos. Desde esa perspectiva, yo creo que no debe de llevarse un estímulo de temor poniendo la imagen del viejo desamparado para hacer un juicio adecuado sobre lo que ustedes decidirán respecto de la eutanasia, sino que hay que entender que es un apartado que necesita protección propia y que, por supuesto, nunca puede entrar en el ámbito de eutanasia, en tanto en cuanto no haya consentimiento.

Voy a hablar del consentimiento que planteaba el Senador Galán. ¿Cada cuánto tiempo? Siempre que sea preciso. En el ámbito de la donación de órganos hemos visto cómo los distintos países han ido confluyendo en una forma común. Es decir, hay un testamento de donación que es implícito, cuando el Estado ha informado con toda claridad, exhaustivamente y a través de todos los ámbitos y no se dice que no se quiere ser donante. Ésta es una

forma de hacerlo. Puede haber otro modo, que es no fijar plazos, cuando uno lo quiera hacer lo hace ya que es una decisión sobre el propio organismo, y tendría que tener validez.

¿Puede modificarse? Cuando se quiera. Creo que sí, pero, en todo caso, dejando muy claro que cuando una persona no ha dado las garantías precisas y no ha dado su consentimiento explícito sería agredida si alguien se hiciera propietario de su cuerpo para terminarlo. Eso lo tengo perfectamente claro. Es más, incluso creo que en el propio testamento debería hacerse constar que habrían de darse más garantías en el supuesto de que esta persona, habiendo hecho un testamento vital, en un momento determinado pierda la consciencia. Yo creo que aun así debería ser respetado hasta el máximo.

Por ejemplo, el caso de Nancy Cruzan fue muy claro. Los padres querían quitarle el respirador y una amiga dijo que en muchas ocasiones había comentado que si alguna vez tuviera una desgracia no le gustaría que la mantuvieran en vida, pero el Tribunal consideró que eso no estaba demostrado, lo que en buena medida me parece razonable.

No fue así de claro el caso del niño Tony Bland, el que murió en el estadio del Sheffield. La Cámara de los Lores comunicó que podía quitarse el respirador al entender que tampoco era homicidio. Coincidió con lo de Anne Karen Quinland en el sentido de decir que allí la vida estaba agotada y que las energías que quedaban eran terminales irreversibles.

En este sentido, no me atrevo a entrar —creo que tiene que haber todas las garantías— ni creo que sea éste el momento porque las Cámaras son las que tienen la palabra para saber qué camino tomar, quizá buscando consenso por aquí y por allá.

En cuanto a lo que ha dicho el Senador Bellido, me encantaría lo de la mesa-camilla, pero no puedo quedarme aquí, además no tenemos tiempo.

¿Qué cargas hay? Yo no soy sospechoso de infidelidad a las preguntas que me hacen y te voy a contestar con decencia. Yo creo que hay una incultura clarísima respecto de la muerte. Vivimos en un mundo vitalista; la competitividad generalmente no conduce a la ilusión de la muerte, sino del tiempo inacabable; los demás mueren, pero yo no. No hay una cultura de la muerte, es decir, no se nos ha dicho que es algo natural. Se dice mucho, quizás es un lugar común, pero no por eso es menos importante el que lo reiteremos. Creo que hay una desinformación muy importante. Si me permiten introducir un elemento de distensión en una reunión tan seria, les diré que cuando debatíamos lo de la reproducción asistida, un paisano asturiano muy salado me dijo: Oye, ¿qué es eso de tener hijos por teléfono? Yo no sé todavía si me lo dijo en broma, creo que sí, pero pone de manifiesto que hay mucha desinformación. Cuando en un libro muy serio, como «Eutanasia», de Rosangela Barcaro, que acabo de recibir de Italia, se describen muy bien un montón de eutanasias que no lo son, como la eutanasia génica —lo que me parece una auténtica barbaridad terminológica porque no existe la eutanasia génica, hay eugenesia que va dirigida a unas cuestiones concretas, para unos fines concretos— se pone en evidencia

que existe mucha desinformación. Hay que informar, porque de la desinformación surge la inseguridad de no saber de qué se habla, y si como contraposición está la muerte, se piensa: ¡ojo! Aquí debe estar hablándose de algo malo. El proceso de información es muy importante y por esa razón yo insisto en que es absolutamente decisivo que quitemos toda la polvareda que hay alrededor de la eutanasia, que echemos fuera todo ese lastre, porque no ayuda en absoluto, y además es absolutamente inútil definirla, ya que se seguirá haciendo.

El otro tema que se ha tocado es el de la sacralización de la vida; no hablo en términos religiosos. El hecho de considerar la vida como algo absolutamente inviolable va por otros derroteros, porque hoy vemos que no es así: vemos cientos de niños que se mueren en el Cuerno de África; hablábamos de que quince millones de niños mueren de enfermedades de la pobreza; la muerte de los adultos que se lleva la tuberculosis asciende a ocho millones; quince millones se mueren por falta de agua potable, etcétera. Pero todavía hay un planteamiento de situación de la vida en un lugar sacralizado.

Para ser sincero, yo creo que hemos ganado mucho con la conquista de la autonomía, pero en definitiva aún existe un cierto componente retórico; no lo aceptamos del todo. Fíjense ante qué incoherencia nos encontramos: estos documentos que he leído y muchos otros más, como el de la Comisión de Bioética de Médicos Europeos, el del Comité de Bioética de Cataluña, dicen que esto se puede hacer, porque la cuestión de retirar una medicación inútil no es eutanasia; no es eutanasia la activa indirecta, etcétera; hay que ayudar al paciente a morir con dignidad, pero no a la eutanasia. Si decimos que todos los valores que nos hemos dado —y la bioética es una disciplina de valores y de conductas— dimanen de la dignidad, y uno de estos valores es la libertad, ¿cómo me dice usted que sea digno si no me deja ser libre? Me da un caramelo y me lo quita. Déjeme ser digno, y para ser digno quiero ser libre y autónomo, más aún en este hecho. Por eso creo que en lo de la autonomía hay una cierta situación de incoherencia; la sociedad humana es muy incoherente en muchas cosas, pero concretamente en este asunto está claro. Sea usted digno, muera dignamente, queremos ayudarle a que muera dignamente, pero uno de los principales atributos culturales —derechos humanos ganados por la humanidad—, que es el de la libertad y que dimana de esa dignidad intrínseca, no le permitimos a usted ejercerlo, porque nos parece malo. No estamos muy convencidos todavía de la auténtica madurez —que decía el teólogo Karl Rahner— que supone la situación ante la muerte en libertad para poder decidir y para poder auto-determinar.

En lo que se refiere a ese 0,3 por ciento que consideraba que pedirían la eutanasia de una forma irreversible, estoy de acuerdo. No va a ser mucha gente la que solicite eutanasia; toda la humanidad, de repente, no se va a volver deseosa de hacer esto en una situación terminal; no es ésa la cuestión; la cuestión no está en el porcentaje, sino en que nosotros deshilachemos la complejidad con que vemos el problema y dejemos o no a la persona ser autónoma para

cumplir esa última función, y decidamos si le ayudamos o no a hacerlo.

En cuanto al riesgo de no tener clara la petición, creo que ya he contestado. Eso puede ocurrir y de hecho ocurre. Por esa razón creo que es fundamental uno de los requisitos. Que la petición no sólo sea lúcida, sino que sea reiterada, y por supuesto que se produzca en la inminencia del suceso, con independencia de que se haya producido diez años antes, porque la muerte clínica evidentemente no tiene que ver con la autonomía, cronológicamente. Yo puedo desear ser autónomo cuando se produzca mi muerte clínica, que se va a producir dentro de veinte años, pero en cualquier caso, recogiendo aquellos elementos que citábamos antes de que el testamento vital debe de ser actualizado, puede ser modificado y anulado, y que la principal vigencia de ese mandato está en la cercanía del hecho inminente de la muerte, con eso ya hay una gran cantidad de garantías dadas, si a todo lo demás no le damos vía; si no damos vía a cualquier hecho que entrañe duda respecto de la capacidad para elegir, el problema seguramente descenderá de ese 0,3 por ciento. No sé exactamente cuál es la población de Holanda, pero si ha habido anualmente 1.200 muertos, aunque sea un 40 por ciento más, es evidentemente una cantidad pequeña, si lo comparamos con las muertes en la autopista cada fin de semana. No quiero hacer analogías que parezcan fáciles, simplemente constato hechos que están ahí, y al barajar números tiene que hacerse desde perspectivas reales.

¿Debe procederse a una despenalización? Ya lo contesté; creo que no es ése el asunto. El tema es que la sociedad asuma este hecho como el ejercicio de las libertades, controladas, tuteladas, protegidas, y sancionando los desvíos de una manera absolutamente consecuente. Así es como yo lo entiendo.

Creo que en principio no me queda más por contestar. Hay mucho más, pero he seguido el orden de sus preguntas.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Palacios. Seguro que todos nos apuntaríamos a eso que Gabriel García Márquez llamó «el café conversado», y el Senador Bellido añadía «alrededor de una camilla». Solamente hay dos problemas. Uno tiene fácil arreglo, otro, cada vez lo tiene más difícil. El de fácil arreglo es que aunque en el Senado no hay camillas, siempre se puede pedir una. El otro, el de más difícil solución, es el del tiempo, y lamentablemente cada vez tenemos menos tiempo para dedicarnos a lo que verdaderamente sería un auténtico placer. Pero, en cualquier caso, debe ser muy gratificante, doctor Palacios, comprobar que además de que a uno le reconozcan el trabajo que ha realizado durante tantos años, además de eso, haya sido capaz de hacer tan buenos amigos, como hemos podido comprobar a lo largo de esta sesión, por lo cual sinceramente le felicito.

Señorías, muchas gracias por su presencia y por su atención.

Se levanta la sesión.

Eran las dieciocho horas y treinta minutos.