

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA

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

celebrada el martes, 20 de abril de 1999

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias:

- De don Henri Caillavet, ex Senador y miembro de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna» de Francia (Número de expediente 715/000285).
- De don Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, Presidente de la Asociación Española de Bioética (Número de expediente 715/000288).
- De don Jaume Padrós i Selma, Coordinador del Estudio de Opinión sobre la Eutanasia del Colegio de Médicos de Barcelona (Número de expediente 715/000289).

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: Señorías, se abre la sesión.

Antes de entrar a desarrollar el orden del día, someto a su consideración la aprobación del acta de la sesión anterior, que al parecer ha sido previamente distribuida a los señores portavoces. ¿Podemos darla por aprobada? (*Pausa.*) Queda aprobada por asentimiento.

COMPARECENCIAS:

— DE DON HENRI CAILLAVET, EX SENADOR Y MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN «DERECHO A UNA MUERTE DIGNA» DE FRANCIA (715/000285).

La señora PRESIDENTA: Seguidamente pasamos ya al desarrollo de las comparecencias previstas para hoy. Sus señorías se preguntarán por qué hemos tenido que abandonar la bellísima Sala de Cuadros del edificio antiguo, y la razón es que el señor Caillavet, nuestro primer compareciente, no habla nuestro idioma, por lo que al ser ésta la única sala del Senado debidamente preparada para la traducción simultánea, hemos tenido que habilitarla para el día de hoy.

Voy a presentarles ya a Henri Caillavet. Ha sido Ministro, ha sido Senador, es miembro de la Comisión de Ética y además es miembro de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna», de Francia.

Señor Caillavet, en nombre de los miembros de esta Mesa y en el mío propio, quiero agradecerle su presencia. Estoy convencida de que su intervención será de gran utilidad para los trabajos que tiene que realizar la Comisión, y, sin más, paso a darle la palabra por un tiempo de veinte minutos.

El señor D. HENRI CAILLAVET (Ex Senador y Miembro de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna», de Francia): Gracias, señora Presidenta.

Queridos colegas, es un gran honor para mí tomar la palabra aquí ante el Senado y ante la Comisión que ustedes han creado. Tengo una larga carrera política en Francia, ya que he sido alcalde, consejero general, diputado europeo, diputado nacional y miembro del Gobierno bajo el mandato de Pierre Mendès France.

Soy un hombre del sur, soy provenzal y gascón de Toulouse, y para mí España es un país amigo. Tengo que decirles que la mayoría de ustedes no habían nacido todavía cuando, en 1937, transportaba armas por la región de Panticosa en favor de los republicanos españoles, porque era estudiante y consideraba que la pérdida de la República española iba a tener consecuencias dramáticas para la libertad en Europa. Por tanto, tengo tras de mí todo un pasado de resistente y políticamente me defino como de centro-izquierda. He formado parte del grupo radical del señor Herriot y del Presidente Pierre Mendès France, por lo que soy un hombre de compromiso, ya que en 1951, cuando era Diputado —y también muy joven—, presenté el primer texto sobre el aborto. En 1971 presenté a votación un texto sobre

trasplante de órganos; posteriormente he defendido el texto sobre la procreación asistida y, en 1976, sobre la eutanasia pasiva con el uso de la morfina.

Hoy ya no soy un niño; tengo 85 años y soy el Presidente de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna», que cuenta con veinticinco mil afiliados, entre los cuales aproximadamente 1.800 son pertenecientes al mundo médico: enfermeros, profesores de medicina, doctores, internistas, etcétera. El Consejo de Administración, que yo presido, tiene a su disposición cuatro médicos, un investigador biológico del CNRS y altos magistrados. Hoy, en Francia, se mantiene una lucha de ideas sobre la eutanasia, problema que está muy exacerbado en mi país, existiendo un gran debate. En la Asamblea Nacional, se ha creado, al igual que aquí, un grupo para estudiar este tema. Soy miembro del Comité Nacional de Ética, formado por cuarenta personas, donde se estudian asimismo estos problemas planteados por la eutanasia, así como los derivados de la clonación, de la genética, etcétera. También en la Tercera Asamblea Parlamentaria, el Consejo Económico y Social me ha pedido que haga una presentación al respecto.

Con esto quiero decir que existe una toma de conciencia sobre este problema y desde el punto de vista judicial tenemos dificultades hoy en día, ya que ha habido varias eutanasias que han sido objeto de un gran debate ante la opinión pública. Por ejemplo, una joven enfermera, en Mantes-la-Jolie, reconoció practicar treinta eutanasias aunque luego confesó haber hecho sólo cuatro; no fue detenida, aunque sí acusada, y el juez de instrucción —realizó algunas declaraciones en televisión y escribió un libro— la condenó, siendo liberada posteriormente por el Tribunal. También hay otro caso de otra enfermera que ha confesado haber hecho cuarenta eutanasias y está en libertad. Por tanto, ante estas circunstancias esperamos la decisión de los magistrados, ya que el argumento esgrimido es que los crímenes no son tales, y que la ley francesa es demasiado severa con respecto a la eutanasia.

En Francia tenemos una situación paradójica. El suicidio está autorizado desde 1792, es decir, desde hace más de dos siglos: tengo el derecho de darme la muerte, pero si pido a alguien que me ayude a morir, porque no puedo ver o porque soy tetrapléjico y me encuentro en una cama, si una persona escucha mi llamamiento puede tener una pena de reclusión o de trabajos forzados. Por tanto, existe una contradicción moral y jurídica.

Nos gustaría que esta «herejía» jurídica —digámoslo así—, que esta anomalía jurídica pudiera subsanarse. Por esta razón, nosotros, como Asociación de la Eutanasia, hemos presentado un proyecto de ley a través del socialista Pierre Biarnes, uno de sus miembros, y esperamos que este debate se abra en el Senado.

Pero ya que tengo la costumbre de hablar muy claramente, he de decir que mi hermano y yo —él es farmacéutico— hemos ayudado a nuestro padre a morir. Ésta es una situación muy dura para unos hijos. Mi padre era un antiguo combatiente —yo también lo soy, fui condecorado a muerte por los alemanes—, y tenía la voluntad de morir dignamente. En aquel momento tenía casi 90 años.

Discutimos los dos con él sobre la cuestión a lo largo de cuatro o cinco meses, y cuando mi hermano y yo entendimos que efectivamente se iba a suicidar solo, no quisimos dejar ante esa prueba a quien nos había dado la vida. Y entonces le ayudamos. Repito que es un momento muy duro para un hijo. Yo tenía entonces 34 años. Soy parlamentario y abogado, pero cometí una infracción respecto de la ley y el código deontológico. Por lo tanto, he conocido esta situación.

En mi familia hay varios médicos y es cierto que hemos tocado el tema de la eutanasia de un modo muy singular. Por esta razón en nuestra Asociación hemos lanzado una provocación periodística en un diario llamado «France Soir». Ciento ochenta y tres personas han firmado lo siguiente: Nosotros hemos proporcionado a otras personas la eutanasia y volveríamos a hacerlo. ¿Y quién ha firmado este texto que en realidad es provocador? Pues los miembros más ilustres de la Medicina francesa como Pierre-Gilles de Gennes, Premio Nobel de Física; Hubert Reeves, astrofísico; Profesor Baulieu, padre de la píldora anticonceptiva; Profesor Berkhaeur, genetista; además de Madame Giroud, periodista; Mireille Dumas, también periodista, a quien pueden ver en televisión, etcétera. Nosotros hemos querido provocar y de hecho el periódico ha recibido 140.000 respuestas todas favorables.

Es verdad que en Francia hay gente que no está de acuerdo con la eutanasia y yo lo comprendo perfectamente. Se trata de una libertad individual, pero es la misma libertad que tuvimos en mi país cuando en el año 1951 presenté el texto sobre la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Y qué se decía en ese texto? Se decía que era la mujer la que llevaba ese fruto y que ella era la única propietaria de él, y que si no quería dar a luz debía tener la posibilidad de abortar. Y fui señalado con el dedo por ello. Pero más tarde la señora Veil presentó a su vez el texto el cual defendimos y apoyamos. No es un texto perfecto, pero sí libera a la mujer. Se trata de una libertad individual.

Yo tengo la suerte de tener cuatro hijos. Es posible que si hubiera tenido un quinto hijo no lo hubiera aceptado, pero lo cierto es que se trata de una libertad que pertenece a las mujeres. La eutanasia es también una libertad individual y yo tengo derecho a pedirla para mí mismo, pero no la pido para los demás excepto si los demás la piden debido a una serie de condiciones específicas.

Nos enfrentamos a una dificultad de orden semántico. Se habla de eutanasia pasiva, de eutanasia activa y de asistencia a morir. La eutanasia activa que hemos presentado en nuestros proyectos de ley es un acto que se realiza por la intervención de una tercera persona y que permite una muerte casi inmediata. Nosotros, por ejemplo, permitimos que nuestro padre se muriera. Le inyectamos potasio y él murió. Y la muerte es inmediata.

¿Y qué ocurre con la eutanasia pasiva?: me encuentro bajo una protección de asistencia respiratoria, estoy en diálisis, estoy atado a una máquina, y decidimos que es tal la enfermedad que no puedo continuar viviendo. Por tanto, se desconectan las máquinas. La muerte sobreviene después de algunas horas, pero se trata de un acto que realiza otra persona: se desconecta la máquina. Es decir, que en reali-

dad es una eutanasia activa; no se puede hablar tampoco en este caso de eutanasia pasiva.

Y existe también el suicidio asistido o muerte consentida. Ésa es la eutanasia propuesta por nuestros amigos de la parte de la Suiza alemana miembros de la Asociación. Un miembro de la DMD le lleva al enfermo los medicamentos necesarios. Él no los toma solo sino que esa otra persona le ayuda a tomárselos. Es decir, que bajo estas condiciones, cuando la persona va a morir estará acompañada.

Por tanto, son tres formas de eutanasia, pero en los tres casos la eutanasia es activa puesto que en todos ellos nos encontramos en presencia de un acto que realiza otra persona. Por tanto, ¿qué es lo que nosotros queremos en realidad? Nosotros rechazamos que se ensañen con los medicamentos, cosa que ya no existe en Francia puesto que la esperanza por la esperanza es algo que ya se ha abandonado. Nosotros queremos que se dé morfina para evitar el sufrimiento, y es que en opinión de muchos franceses el dolor no sana sino que animaliza a un ser humano. Es una especie de gueto en el que nos encontramos y del que no podemos salir.

Por tanto, queremos denunciar el que se permita el dolor, y lo denunciamos de hecho. Además, es verdad que el 90 por ciento de los dolores físicos se pueden controlar —hablo del dolor físico—. El cáncer de esófago o el de médula son cánceres que se controlan muy difícilmente y, por tanto, el enfermo sufre, pero también es verdad que hoy en día se puede considerar que más del 90 por ciento de las personas no sufren; pueden morir sin sufrir más allá del límite razonable.

Sin embargo, existe un sufrimiento que no se puede controlar porque es existencial, es un sufrimiento psicológico, sentimental, es un sufrimiento personal: ya no quiero vivir, me he cansado de vivir. Mi vida ya no me parece una vida normal, no comunico con el mundo exterior. Por tanto, si sufro, tengo derecho a pedir la muerte. Y eso es lo que hemos escuchado muy a menudo que hacen los holandeses. Por tanto, como ese dolor no se puede controlar, nosotros decimos que la persona que está sufriendo desde un punto de vista existencial tiene derecho a pedir su propia muerte a condición de que esté lúcida y de que insista en su petición. Y cuando se es miembro de la DMD, desde el momento en que existe una cuota, se puede probar que siempre uno se encuentra en la situación intelectual de poder morir con dignidad. La enfermedad tiene que estar ahí y uno debe tener el compromiso de decir: sí, quiero llegar hasta ahí, siendo ese compromiso siempre revocable. Y es que en un momento determinado de mi vida yo puedo decir que quiero morir con dignidad, pero tampoco dejo de decir con ello que no exista la posibilidad de que si al llegar ese momento soy tetrapléjico, no tengo todos mis sentidos plenos o tengo un cáncer, no diga lo contrario. Es una cuestión de voluntad, de lealtad y de valor. Por tanto, esa decisión tiene que ser revocable, porque si no, se puede llegar a cualquier extremo, y por eso mismo nosotros pedimos la despenalización de la eutanasia, a fin de evitar la clandestinidad.

Yo, Caillavet, digo que la eutanasia en realidad sigue estando considerada como un crimen salvo que su penali-

zación se derogue con motivo de unas determinadas circunstancias que hayan sido razonadas y en caso de existir un testamento vital firmado y reiterado. En determinadas condiciones, esa tercera persona, que a lo mejor no es un médico, puede proporcionar la muerte y en ese caso ésta se puede pedir. No me refiero a una tercera persona médico, porque aquí puede haber doctores. ¿Quién les ha dicho a ustedes que la eutanasia es un acto médico? Sólo lo dicen los médicos. La eutanasia es un acto cultural, es un acto ritual que se interpreta, a través de la cultura, como símbolo. Si creo en Dios, es una libertad que me pertenece; incluso si soy criatura de Dios, tengo derecho a la eutanasia.

En la actualidad, en el comité ético están representadas las grandes corrientes de pensamiento: el judío, el católico-romano y el humanismo, al que yo represento. ¿Qué dicen los curas? ¿Qué dicen todos los investigadores? Que se trata de un acto cultural. Incluso un protestante manifiesta: siendo criatura de Dios, Dios me ha dado la libertad, tengo el derecho de utilizarla y puedo comparecer ante no sé quién. Por tanto, se trata de una libertad de cultura, es un acto simbólico. Luchamos para que esto se reconozca y para que no sea únicamente el mundo médico el que ayude a las personas a morir.

Tenemos encuestas efectuadas por grandes periódicos. Tengo aquí todos los datos: el 83 por ciento de los franceses son favorables a la eutanasia activa; el 67 por ciento son favorables para ellos mismos, porque se puede ser favorable a la eutanasia, pero para los demás, y aquí dicen: no para mí. El 48 por ciento son partidarios de darse ellos mismos la muerte, sin que intervenga un hijo, la mujer o un médico. Lo especialmente interesante de la encuesta de SOFRES es que los católicos practicantes se han manifestado favorables a la eutanasia activa en un 54 por ciento; los católicos no practicantes, en un cien por cien. Los primeros, debido a la validez de la despenalización de la eutanasia, la aceptan para ellos mismos.

¿Qué quiere decir despenalización? Quiere decir que se comete un crimen si se da la muerte. ¿Cuál es la respuesta? No se comete un crimen si se tiene en cuenta la situación de un individuo que padece una enfermedad incurable, irreversible y que ya no tiene ninguna dignidad y se encuentra dependiente, desde la mañana a la noche, en una especie de paternalismo y maternalismo. Es una situación inaceptable y, por tanto, existe la posibilidad de pedir la muerte.

¿Qué se hace en el extranjero? Francia no se encuentra sola ante este problema. Ustedes mismos van a modificar el Código Penal, porque hoy en día existe la posibilidad de corregir esto. Hay países que nos dan ejemplos, como son la Suiza alemana y los Países Bajos. Hemos hablado con profesores de Rotterdam y de Amsterdam. Ellos han practicado y practican de 3.000 a 3.200 eutanasias al año, y nos han explicado que para ellos la eutanasia era una cura paliativa, era una manera de morir. Una persona dice: no quiero vivir, me encuentro en el corredor de la muerte, ¿qué hago?, ¿espero? No, me doy la muerte y pido morir. ¿Qué es lo que nos han dicho estos profesores de la facultad de Medicina que practican la eutanasia? Pues bien, son protestantes; tienen una libertad de expresión mucho más

rigurosa que otros países, como Francia, en los que nos pesa la religión. Estos profesores siguen un protocolo. El Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad establecen directivas, y el médico o el enfermero que practican la eutanasia se ven obligados a seguirlas. Si las siguen, informan al Procurador de la Reina y comunican que han practicado la eutanasia. En ese momento se inicia una investigación, y sobre las 3.200 eutanasias que se han practicado el año pasado, 1998, sólo ha habido cuatro quejas y todas han sido resueltas. Ésta es la propuesta hecha por los holandeses.

En la Suiza alemana, si alguien se encuentra en una situación en la que no acepta vivir, y es miembro de la DMD, se le dan los medicamentos indispensables y esa persona se queda a su lado, ayudándole a morir. Únicamente se le puede encausar si tiene un interés egoísta o un interés personal, por eso han modificado el artículo 105 del Código Penal. La eutanasia sigue siendo un crimen, pero bajo las condiciones que acabo de mencionar, ya no se trata de un delito, porque existen unas condiciones específicas.

Esto es todo lo que quería decir. Ahora me gustaría que ustedes me hicieran preguntas. No creo que yo sea muy competente, porque se habla de la muerte, pero no se sabe qué es la muerte. Sabemos que hay que morir, pero para hablar de la muerte uno debería morir primero. Nos encontramos ante un mito. La muerte es la que pone fin a la vida. Yo no soy creyente, pero creo en el hombre y pienso: si he llegado al mundo, en este universo fabuloso ¿he venido para hacer algo, para no hacer nada o para hacer otra cosa? ¿Qué es esta otra cosa? La muerte es la que da fin a la vida. Éste es un debate mayor, importante y cultural. Se trata de un debate ambivalente y ambiguo. Es difícil hablar de la muerte, porque no sabemos qué es y, además, tenemos miedo de ella. En la DMD queremos asegurarnos el final de la vida. A mí no me gustaría morir como una hortaliza, es decir, rechazado por la sociedad y alejado de mi familia; me gustaría morir de pie. Y ya que quiero morir de pie, hoy en día puedo tener el valor de decir: sí, pero, a lo mejor, mañana, no tendré el valor de decirlo.

Por tanto, se trata de un debate permanente que nos pertenece, que es individual. Hay que legislar sobre la muerte, no hay que hacer ninguna ley sobre ella, porque ninguna muerte es igual, nuestra muerte es única. Hay que despenalizar y dejar a la conciencia de cada uno si acepta o no morir en la dignidad.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Efectivamente, estoy de acuerdo con usted en que quizás éste sea el último debate de fin de siglo sobre un derecho fundamental.

Vamos a iniciar el turno de portavoces.

En ausencia de los representantes del Grupo Parlamentario Mixto, del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionales Vascos y del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, deseo darle la bienvenida, señor Caillavet, en nombre de mi Grupo.

Asimismo, le agradezco sinceramente su presencia en esta Comisión de estudio, su franqueza y la claridad de su intervención, que, sin duda, nos ayudarán en nuestro debate, un debate que pretendemos que sea sereno, riguroso y profundo, alejado de dogmatismos, intransigencias y maximalismos.

Nos ha dicho usted que el Comité Consultivo Nacional de Ética de Francia está estudiando la cuestión de la eutanasia. Nos gustaría que nos explicara de forma más esquemática cómo avanzan los trabajos de estudio y debate de dicho Comité y, si es posible, quisiera también que nos adelantara por dónde cree que pueden ir sus conclusiones.

Asimismo, me gustaría conocer su opinión sobre esa proposición de ley que ha presentado en el Senado francés un grupo de Senadores encabezados por el señor Pierre Biarnes, porque he tenido oportunidad de leerla y, al hacerlo, me ha surgido una duda que quiero trasladarle. En esta Comisión, al hablar de la ayuda activa para morir, estamos dando por sentado que se trata de peticiones de personas que se encuentran en una situación de enfermedad terminal o incurable e irreversible y creo que en esta proposición no queda clara esta cuestión, por lo que me gustaría saber si es que pretenden referirse sólo a esos casos irreversibles o si pretenden extender la posibilidad de ayuda activa para morir a toda persona que lo desee o solicite, porque creo que esto sí plantearía muchas más dudas sobre el riesgo que conlleva.

Asimismo, hace unos meses compareció en esta Comisión la Vicepresidenta de la Asociación española «Derecho a morir dignamente» y nos comentaba que una de las actividades de dicha Asociación consiste en ofrecer asesoramiento jurídico sobre estos temas relacionados con la eutanasia. Supongo que ésa será también una de las tareas de la Asociación que usted preside. Por ello, quisiéramos saber cuántas son las solicitudes de asesoramiento que han recibido, de qué tipo de enfermos se trata. Hasta ahora, de los médicos que han intervenido ante esta Comisión la mayoría pertenecen a unidades de cuidados paliativos y fundamentalmente tratan enfermos oncológicos, por lo que hemos sacado la conclusión de que, si se ofrecen dichos cuidados paliativos, las peticiones de eutanasia llegan a ser anecdóticas o excepcionales. Por tanto, quisiéramos que ustedes nos informaran, por su experiencia y las solicitudes que conocen, de cuál es la situación respecto de otro tipo de enfermos, es decir, si hay otro tipo de enfermos respecto de los que esta situación es diferente, si existen casos en los que esas peticiones de ayuda para morir se mantienen a pesar de que estén atendidos con cuidados paliativos.

Por otro lado, en más de una ocasión hemos hablado en esta Comisión de la opinión de los ciudadanos según diferentes estudios y encuestas. Evidentemente, creo que, al analizar esos datos, todos hemos adoptado las cautelas precisas para no cometer errores de bulto a la hora de interpretar la situación. Así, a nadie se nos escapa la importancia que tiene la formulación de la pregunta para condicio-

nar una u otra respuesta. Por tanto, al estudiar las recientes encuestas que se han realizado en España es fácil notar la existencia de diferencias significativas en los porcentajes de apoyo a la eutanasia voluntaria activa directa dependiendo del grupo de edad del que se trate, es decir, las respuestas afirmativas de apoyo a esa ayuda directa a morir son menos cuantiosas entre las personas de mayor edad. De hecho, en la encuesta que conocimos el año pasado, cuando debatíamos la constitución de esta Comisión, había una diferencia hasta de 20 puntos entre los jóvenes y los mayores de 65 años. Le digo esto, señor Caillavet, porque me han sorprendido los datos de la encuesta que realizaron a finales de 1997 en su país. Si no me equivoco, en ese estudio sobre los franceses y la muerte voluntaria no se apreciaban tan grandes diferencias entre los distintos grupos de edad. Por ello, me gustaría que me comentara brevemente esa encuesta, que fue realizada para la DMD por SOFRES.

En relación a la consideración que en numerosas ocasiones se ha puesto sobre la mesa en esta Comisión sobre que son los jóvenes, quienes todavía ven lejana la muerte, los más favorables a las prácticas eutanásicas, quisiera que nos comentara otros datos que he podido leer en un libro del Doctor Jean Pierre Soulier, que podrían cuestionar esta consideración. Según esos datos, en 1983 la mitad de los miembros de su Asociación tenían más de 65 años, es decir, la edad media era bastante elevada. Quisiera saber si esto sigue siendo así, si dispone usted de datos más recientes.

Ha comentado usted también el porcentaje de practicantes católicos que en las encuestas se muestran favorables a la eutanasia activa. Según mis datos, el 74 por ciento de los afiliados a la Asociación en ese año 1983 eran católicos. Quisiera saber si las cifras actuales son similares. Sospecho que en esta cuestión, como en otras —por ejemplo, sobre el control de la natalidad—, las opiniones y las actitudes de las personas creyentes —evidentemente, no todas— podían ir por caminos diferentes a los que marca la doctrina oficial de la Iglesia Católica. Así, dice el teólogo Hans Küng que en Francia, según recientes encuestas de opinión, el 83 por ciento de la población en cuestiones morales se atienen tan sólo a su propia conciencia y sólo un uno por ciento se rige por la doctrina de la Iglesia. Digo esto porque quizás deberíamos tener en cuenta estos datos para desechar la idea de que la defensa de la eutanasia sólo es cosa de jóvenes y ateos. Quisiera conocer su opinión al respecto.

Por último, ha hecho usted referencia a que la persona que ayuda a otro a morir no debería ser necesariamente un médico. Sin embargo, me surge la duda sobre si no debería ser el médico quien tenga que facilitar esa medicación letal.

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

A continuación, tiene la palabra el Senador Gutiérrez Ruiz, en nombre del Grupo Popular.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, agradezco, en nombre de mi Grupo, el Grupo Popular, su comparecencia en esta Comisión.

Sin duda, su criterio y el de su Asociación han sido expuestos con rotunda claridad y me atrevería a decir que con bastante crudeza.

No es deseo de mi Grupo entrar a polemizar con los comparecientes sobre algunos de los distintos criterios expuestos en dicha comparecencia. No obstante, me gustaría plantearle algunas cuestiones.

En primer lugar, con los cuidados socio-sanitarios hoy día existentes puestos al servicio del enfermo terminal, las unidades de cuidados paliativos y los grandes avances en el control del dolor, ¿cree usted que la petición y la justificación de la eutanasia es prácticamente muy reducida y, en su gran mayoría vacía de contenido, de justificación?

Asimismo, ¿no cree que muchas de las personas que hace años solicitaron la eutanasia, cuando aún no existían los cuidados a los que me acabo de referir, en la actualidad, a la vista de estos avances que están a disposición de los enfermos terminales, reconsiderarían su petición de aquel entonces?

En segundo lugar, usted ha dicho que la eutanasia es un acto cultural —o, al menos, así lo he entendido—, pero no médico. Sin embargo, muchas personas mantienen que en la eutanasia activa directa hay una acción transitiva. ¿Qué opinión le merece la llamada medicina defensiva, mediante la cual los médicos en situaciones realmente conflictivas encuentran una única forma de autoprotegerse ante la ausencia de respaldo legal? ¿No cree que si la eutanasia, bajo determinadas condiciones y aún con vigilancia jurídica estricta, fuese legalizada, aparte del muy peligroso efecto de bola de nieve posible, la inmensa mayoría de enfermos no se negarían o tendrían prejuicios a ser tratados por esos médicos y en esos hospitales en que se practicara?

Nada más. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Gutiérrez Ruiz.

Tiene la palabra el señor Caillavet.

El señor D. HENRI CAILLAVET (Ex Senador y miembro de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna», de Francia): Gracias.

Voy a contestar de una forma global a las dos intervenciones, ya que algunas de sus preguntas se pueden reagrupar.

El Comité de Ética se creó en Francia con la firma de Françoise Mitterrand y representa a los grandes Cuerpos del Estado, por lo tanto, a la Facultad de Medicina, a la Academia de Medicina, a las grandes creencias y a los técnicos de salud en su amplio sentido. Lo único que damos son pareceres sobre la identidad sexual para los transexuales, sobre los seguros, sobre las predisposiciones, sobre algunas enfermedades bajo las peticiones de algunas aseguradoras y últimamente sobre la clonación humana, pero nuestros pareceres se escuchan de una forma casi absoluta.

Hemos dicho que en Europa podemos considerar que la clonación representa un peligro inmenso porque no sabemos lo que hay detrás de ello. Un genetista muy impor-

tante que participa en los trabajos de la Comisión considera que en cien años podremos clonar hombres. De todas formas, repito, lo único que emitimos son pareceres y hemos abordado el debate de la eutanasia después de haber tocado —y ésta es la lógica de las cosas— el debate de la muerte de los niños.

¿Qué es lo que sucede con los niños que vienen al mundo y que van a estar en el circuito médico durante un año, dos años, tres años porque tienen enfermedades irreversibles? ¿Hay que ayudarles a morir? ¿Qué es lo que tenemos que decirles a la familia? ¿Qué tiene que pensar el equipo médico? Hemos tenido que mantener este debate, que es angustioso. Ésta es la verdad.

Personalmente a mí no me molestaba hacerlo, pero entiendo que a los creyentes sí, ya que piensan que el ser humano es la creación de Dios y que está hecho a la imagen de Dios. Es un debate que representa problemas metafísicos importantes. Yo no he tenido este problema. Pero ésta es mi concepción. Yo no poseo la verdad. Es muy peligroso lo que estoy diciendo porque todos los extremos son posibles. Llegamos al debate de la eutanasia tras los otros debates que acabo de citar.

En la actualidad hemos escuchado a unas 49 personas que han venido de Estados Unidos, todos médicos practicantes, a hablar de esta cuestión. Hemos escuchado también a filósofos, a curas en ejercicio, a pastores en ejercicio y a librepensadores. Pero va a ser difícil emitir un parecer del conjunto de estos trabajos porque una parte de los miembros del Comité de ética considera que no hay que hablar de eutanasia. Otros piensan que por qué no abordar este debate, ya que se plantea en la sociedad.

Hay tanta clandestinidad que habría que mirar la realidad de frente, de la misma manera que se ha querido mirar la interrupción del embarazo con lucidez. Otros dicen que hay que despenalizar. Ya no tenemos el derecho de esperar. Tenemos que cambiar la clandestinidad por la transparencia, ya que esto puede provocar extremos dolorosos.

No hemos emitido todavía nuestro parecer. Lo vamos a hacer seguramente en el mes de noviembre con nuestro nuevo Presidente, que es un profesor de medicina, ya que el antiguo Presidente no ha querido que se le renovara su puesto. Nuestro parecer va a tener matices. Tocaremos las tres ramas. Vamos a dejar la decisión al Parlamento, ya que es el depositario de la soberanía popular y es quien va a decidir si se vota o no se vota este texto de la eutanasia, puesto que hay muchos textos legislativos presentados.

Podemos esperar que el debate parlamentario tenga una gran calidad intelectual y que no haya pasión. Es un debate que nos afecta a todos y tenemos que abordarlo con humildad, ya que cada uno siente su propia vida a través de su experiencia y de su concepción de la misma. El debate va a ser abierto y se va a abordar con mucha decencia y con mucho respeto mutuo.

La propuesta de ley del señor Pierre Biarnes a mí no me parece muy generosa, ya que Biarnes defiende la firma del interesado en presencia de dos personas y de un oficial de la policía para poder realizar la eutanasia. Lo interesante de este texto que va a llegar al Senado en el mes de octubre es que es de «nicho» parlamentario. No conozco la mecá-

nica de su Senado, pero en Francia, a partir del nuevo Reglamento, un partido político, el Partido Popular, el Partido Socialista, el Partido Radical, etcétera, tiene derecho a dos nichos parlamentarios; es decir, si considera como partido que un texto legislativo tiene que discutirse, el texto se discute, pero no se vota. Por lo tanto, el señor Presidente del Grupo Socialista, considera que es un «nicho» parlamentario.

Yo voy a estar en la Cámara y en el Senado no se va a votar. No tiene ninguna posibilidad de ser votado. De todas formas, en la Asamblea Nacional hay un grupo transversal que estudia la eutanasia y quiere presentar un texto de ley. Por lo tanto, va a tener lugar un debate. En Francia la izquierda es la mayoría. Pero los comunistas no están muy seguros de su voto. Debido a su concepción marxista de la sociedad tienen miedo de que la eutanasia se transforme en un arma económica. Se podría pensar que una persona que solicita la eutanasia ya no es productiva, que es vieja. Tiene miedo de esto.

El debate en la Cámara de los Diputados llegará a finales del año que viene. Será un debate abierto. El texto de Biarnes es para mí un texto interesante. De todas formas, veamos qué es lo que dice el señor Biarnes en su artículo 3. Dice que la persona afectada puede obtener una ayuda activa para morir cuando estime que la alteración efectiva o inminente de su dignidad o de su calidad de vida le pone en una situación tal que no quiere seguir con su existencia.

¿Quién puede decir lo que yo concibo como vida? Incluso mi mujer no puede saberlo. Únicamente yo sé lo que pienso y lo que quiero: la dignidad personal, antes dije que la independencia. No se puede querer para el hombre la dependencia porque se animaliza el individuo. Si uno se ve afectado de una enfermedad incurable, si a uno tienen que alimentarle y proporcionarle cuidados maternos, si tienen que hacerle de todo, ya no dispone de autonomía y, por lo tanto, yo considero que esto es muy doloroso.

Tengo amigos, incluso un profesor de medicina, que tienen las mismas concepciones filosóficas que yo y que me dicen que a ellos no les molesta en absoluto, que no saben por qué insisto en esto, que son los otros los que sufren. Cada uno tiene su temperamento. Cada uno tiene sus experiencias y sus símbolos.

Cuando Pierre Biarnes declara que, efectivamente, la dignidad se encuentra en el centro del debate únicamente él puede decir qué es lo que es «dignidad». Pierre Biarnes indirectamente ha ayudado a morir, gracias a un médico, a su hermano que tenía una enfermedad degenerativa y dolores atroces. Acaba de escribir un libro sobre esto: «Adiós, Paul».

Éste es un texto que se va a discutir. Pero la persona que interviene, sobre todo si es un médico, puede acogerse a la cláusula de conciencia. No se le puede pedir a un médico que ponga una inyección. A eso no se tiene derecho. Hay médicos que nunca han practicado la interrupción del embarazo porque no quieren. Si necesitamos médicos que den la muerte sin la apariencia de ser unos asesinos, luego podríamos tender a tener médicos que únicamente practiquen abortos. Esto sería muy peligroso.

Lo que usted no ha dicho, pero que yo deduzco por las preguntas que me ha hecho, es que, efectivamente, un paciente como yo puede molestarse si no se le dice, puesto que todos los médicos pueden dar la muerte, cuando un doctor va a curarle qué es lo que va a hacer. Ésta es una pregunta que se plantea. Uno tiene confianza en que le van a poner una inyección. Yo no dudo de la lealtad del médico. Es su compromiso deontológico, es su conciencia. Por tanto, el debate es muy ambiguo. El cuerpo médico no tiene que aparecer como el que ayuda incondicionalmente a morir. Ahí se encuentra la debilidad de la legislación de los Países Bajos, donde nos han explicado por qué podían practicar la eutanasia, porque el 70 por ciento de los enfermos mueren en su casa y tienen médicos de familia. Yo no sé si los tienen en Madrid o en Barcelona. En Francia ya no existe prácticamente, excepto en las regiones del sur, donde nos encontramos un poco atrasados. Pero el médico de familia no existe. El 70 por ciento de los franceses mueren en el hospital. Por tanto, el médico que sigue a un enfermo, que le acompaña siempre, puede decir que lo que pide es razonable, pues está llegando al final de su largo camino, no quiere sufrir y, por tanto, se le ayuda. Sin embargo, el problema es que hay una diferencia cultural en Francia, por lo que no se puede legislar y, en consecuencia, llego siempre a la despenalización para dejar a la conciencia de la tercera persona que interviene el decidir si acepta o rechaza. Esto me parece esencial.

Usted también me ha planteado si es verdad que hoy la petición de eutanasia es menos fuerte, ya que hay cuidados paliativos. Somos muy favorables a los cuidados paliativos, yo luché por ellos desde 1970, pero si quiere que le dé las estadísticas, en Francia tendría miedo. Tenemos 741 camas de unidades paliativas para toda Francia y sabemos que una cama se ve ocupada durante dos meses para un cuidado paliativo, por lo que se trata de un número muy reducido, es un esfuerzo presupuestario importante. Por tanto, los parlamentarios tendrían que preguntar al pueblo si lo que quiere es hacer arbitrajes cada vez más pesados para la Sanidad, cuando el presupuesto no se puede ampliar más y habría que acudir al de transportes o a otro tipo de presupuestos. Habría que doblar los equipos porque hay que sujetar la mano del paciente, habría que hablar con éste, y si uno se encuentra entubado detrás de un cristal no habla con nadie. Por tanto, todos estos debates son extremadamente complicados y hay que tener la honestidad de decir que, aun hablando así, ex cátedra, cuando uno entra en la vida de todos los días, en la vida del enfermo cerca de la muerte, el problema tiene otra dimensión.

Yo digo los testimonios que hemos recogido porque hemos planteado la pregunta a los miembros de ADMD y nos han respondido favorablemente. Pero, ¿qué es lo que hemos escuchado por parte de estos médicos que realizan eutanasia en los Países Bajos o en la Suiza alemana, etcétera? Hay de un 8 a un 12 por ciento de personas que, incluso en cuidados paliativos, piden la muerte. Digo que no hay una oposición entre cuidados paliativos y eutanasia. Yo prefiero cuidados paliativos.

Hablaba antes del caso de que me encuentre con la imposibilidad de moverme. Oigo música, pero me llenan de

barbitúricos, me encuentro cerca de la muerte y si se trata de una agonía muy lenta, yo tengo el derecho de decir: Ya no quiero vivir. Déjeme la posibilidad de morir. Tengo el derecho de morir. Es mi libertad. Nadie me puede confiscar mi libertad. Me he ido a cuidados paliativos, he hecho de todo y ya no quiero vivir. ¿En nombre de qué moral? ¿En nombre de qué filosofía? ¿En nombre de qué criterio me puede confiscar lo que me pertenece, es decir, mi dignidad, mi vida y mi libertad? Por tanto, digo que incluso en cuidados paliativos —y no es antagónico— tenemos la posibilidad de pedir la muerte. Es verdad que hay cada vez menos peticiones. Por ello, digo con mucha simplicidad y simpatía intelectual que, a lo mejor yo, que les hablo, me iré a cuidados paliativos. ¿Por qué no? Prefiero eso que el agujero, porque no siendo creyente quiero seguir viviendo. Por tanto, mi filosofía me autoriza a decir que no sé si tendré el valor de llegar hasta el final, pero quiero disponer de esta posibilidad de libertad, de decir sí, si quiero decir sí, y de que nadie, incluso de mi círculo más íntimo, tenga el derecho de prohibirme la muerte.

Les voy a dar un ejemplo de por qué presenté este texto en 1996. Soy abogado y me ocupo de temas fiscales. Soy el abogado de un grupo muy importante, cuyo Presidente es un politécnico que se ve afectado de una enfermedad muy grave, va a morir, pero cuando anuncio esta suma a la familia, a los tres hijos, a la hija y a la futura viuda, dicen: No, tiene que encontrar algo para solucionarlo. Había que pagar los derechos de sucesión y para ello necesitábamos dos años, pero faltaban 17 días. Hemos encontrado a dos médicos que han mantenido con vida al Presidente y no quiero saber si sufría o no. Lo que yo sé, cuando me han anunciado su muerte al día siguiente, cuando ya no tenía la posibilidad de arreglar la sucesión y para ganar algunos centenares de millones —es verdad que eran muchos—, es que se ha humillado y herido de muerte a un hombre que no lo merecía. Por tanto, he presentado esta Ley porque decía que era un escándalo. Esto no es posible. Todos los extremos son posibles. Si uno quiere una herencia y el enfermo es muy anciano se puede decir que muera. Luego existe la sucesión y se puede decir: Necesito que este hombre se mantenga con vida por algunas razones. Todo puede ser posible. Yo estoy de acuerdo con los puntos fuertes y con los puntos débiles del ser humano, pero también existe la parte trágica del ser humano, por lo que necesitamos la despenalización y bajo algunas circunstancias: Cuando uno ha pedido la eutanasia por escrito, no únicamente cuando alguien se lo dice a la enfermera, porque ésta puede decir que ha entendido lo que le decía el enfermo. Yo digo que cómo puede comprender lo que le decía. Si alguien coge la mano de alguien que dice: Quiero morir, no significa que lo quiera de verdad. Hay médicos aquí probablemente. Un médico dice que quiere saber todo, lo mismo que lo dice el enfermo, pero algunas veces no quieren. Por tanto, existe un problema intelectual de fractura ética y no hay que legislar, hay que despenalizar, incluso en cuidados paliativos. Hoy hay menos peticiones de eutanasia con respecto a hace 30 años, pero las encuestas actuales dicen que estas peticiones de eutanasia siguen existiendo. Los profesores que han venido a presentar la situa-

ción en Holanda y en Suiza, incluso el Ministerio Fiscal que ha venido a presentar la situación de Amsterdam, nos han dicho que entre un 8 y un 12 por ciento de personas pedían la muerte. Digamos que esta petición nunca se verá eliminada. Incluso para mí. Si yo me encuentro solo usted no tiene el derecho de no permitirme morir y la persona que me va a ayudar no tiene que verse castigada.

Yo creo que he contestado al conjunto de sus preguntas.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Caillavet.

¿Algún Senador o Senadora desea intervenir? (*El señor Ariznavarreta Esteban pide la palabra.*)

Le ruego que, habida cuenta de que tenemos una traductora que está haciendo una espléndida labor, y la felicitado por ello, sea tranquilo en su intervención para que pueda recoger perfectamente el sentido de la misma.

Tiene la palabra su señoría.

El señor ARIZNAVARRETA ESTEBAN: Muchas gracias, señora Presidenta. Acogeré el consejo y trataré de hablar muy despacio.

Señor Caillavet, hay una cuestión que no me ha quedado totalmente clara en sus dos intervenciones. Desde un punto de vista estrictamente jurídico me ha parecido entender que usted defiende una despenalización de todo lo relativo a la práctica de la eutanasia, pero de alguna forma cuando ha elogiado el modelo de la Suiza alemana o el de los Países Bajos parece que esa despenalización en todo caso debiera ser controlada. Usted, como jurista, comprende perfectísimamente la diferencia entre uno y otro concepto. Esto también me permite plantearle si dentro de esa despenalización controlada de la práctica de la eutanasia entraríamos en el campo, siempre complejo, de la apreciación de las eximentes o de las atenuantes o, por el contrario, estamos hablando de una despenalización total, que luego sufriera una especie —me cuesta calificarlo o definirlo— de semiproceso jurídico-administrativo, en virtud del cual un servicio —que no acierto ahora mismo a describir muy bien— de inspección o similar lo controlara.

Por último, dentro de los más de 3.000 supuestos de los que ha hablado en los Países Bajos y en la Suiza alemana, me gustaría que nos ampliase cuál es el funcionamiento y cómo se llevan a cabo estas prácticas de control o de despenalización controlada.

Muchas gracias, señor Presidente.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ariznavarreta.

Señor Caillavet, tiene la palabra.

El señor D. HENRI CAILLAVET (Ex Senador y miembro de la Asociación «Derecho a una Muerte Digna» de Francia): Muchas gracias, señora Presidenta.

Me gustaría contestar claramente, ya que la pregunta planteada es muy pertinente y objeto de muchos debates desde el punto de vista jurídico. En realidad, ¿qué significa despenalización? En algunas circunstancias la tercera persona que interviene bajo petición de un paciente para que

le ayude a morir no puede ser castigada. Pero, ¿cuáles son estas condiciones? En Holanda: incurabilidad de una enfermedad, fenómeno de irreversibilidad, sufrimiento intolerable. Por lo tanto, estamos en presencia de un diagnóstico. Respecto a la incurabilidad, la medicina es tal que a veces un día se descubre algo que puede curar. En Holanda llegan aún más lejos, consideran que una persona de 90 años, un nonagenario —ha sido el caso— ha dicho al médico: ¡Incluso mi gato se ha muerto! ¡Ya no tengo nada que hacer, ayúdenme! Este médico que le ha escuchado, un profesor de Facultad, una persona muy inteligente, con una cultura impresionante, dijo que era natural que esta persona quisiera morir. No era una persona enferma, estaba cansada de vivir. Yo tengo 85 años, pero a lo mejor dentro de tres años me encontraré más cansado y podré decir: ¡Ya no quiero vivir! Por lo tanto, es verdad que bajo algunas circunstancias no se tiene en cuenta el estado de la enfermedad, sino el estado psicológico. He aquí donde reside otra dificultad, porque uno se puede encontrar bajo los efectos momentáneos de una depresión, tiene una gran preocupación y manifiesta que ya no quiere vivir. Cuántas veces he escuchado decir a personas menos jóvenes que quieren morir, pero en realidad no lo desean, sólo quieren solventar sus problemas, el obstáculo.

Es verdad que la ley holandesa prevé la globalidad de los sufrimientos: el dolor físico y lo que yo llamo sufrimiento, es decir, el dolor existencial, el sufrimiento psicológico que es tan fuerte como el sufrimiento físico. Cuando me arrestaron los alemanes, uno se encuentra solo en una celda y no ve ningún destino, no se sufre físicamente, gimo mentalmente y uno prefiere morir —lo digo claramente— y no seguir estando ahí como un animal sometido a una trampa. Los holandeses precisan muy bien esto.

En Oregón, en Estados Unidos, tras dos referendos se promulga una ley que favorece la eutanasia activa. Es muy complicado, el individuo tiene que tener una esperanza de vida únicamente de seis meses. Yo no le voy a preguntar a mi familia si tengo seis meses o dos años de vida. Por otro lado, esta petición tiene que ser reiterada durante tres veces y tiene que intervenir un psiquiatra. Si tras el informe del psiquiatra y las tres peticiones se ve que la persona está afectada por una enfermedad incurable, irreversible, y sólo tiene seis meses de vida, puede pedir la eutanasia. Ha habido muy pocas eutanasias, en Oregón únicamente 14 en un año y 11.000 muertos. Esto va en la misma línea de lo que usted ha expresado, cuando no se sufre hay menos peticiones de eutanasia.

En cuanto a la despenalización, es verdad que en algunas circunstancias es oportuno recordar los textos. La legislación de Israel nos ha presentado algunas dudas porque era muy rigurosa en contra de la eutanasia; ahora se ha aceptado dar la muerte en un hospital, en Hadassah, a dos personas que tenían sida. Por tanto, irreversibilidad, hoy se considera que existe un fallecimiento y se ha aceptado en esta vía una eutanasia activa. Aquí nos hemos encontrado ante un caso límite en Francia.

Hemos enviado un cuestionario al conjunto de los médicos que participan en nuestros trabajos, con un «mailing» muy costoso al llamar a más de 3.000 médicos, y la

respuesta ha sido favorable. Los médicos o enfermeros médicos miembros de la ADMD han contestado favorablemente, pero la mayoría de los otros médicos que no son miembros de la ADMD lo han hecho también diciendo que bajo algunas circunstancias psicológicas o de sufrimiento general van a escuchar la petición presentada por el paciente. Se hizo también una encuesta en 1994 a nivel profesional en un periódico que se llama «MAPI». Es un periódico profesional con una tirada de 60.000 ejemplares. Los médicos de menos de 50 años en su mayoría son favorables a la eutanasia y manifestaron que si se lo piden practicarán la eutanasia. Hoy en día se estudia el dolor y esto no se hacía anteriormente, un médico acompaña a un paciente a la muerte. Antes el médico tenía el deber de curar, hoy en día —la encuesta es real y sorprendente— la mayoría de los jóvenes médicos practican la eutanasia. Y si yo fuera severo, para completar lo que hemos dicho diría que en Francia se practica otra forma de eutanasia: la eutanasia administrativa. Se da en el caso de no poder dar a un enfermo cuidados muy costosos —no hablo del trasplante. Yo soy autor de la ley de trasplante de órganos y en Burdeos el profesor Courtecuisse no pudo realizar un trasplante porque era muy costoso— cuando uno no tiene fondos o no se tienen suficientes aparatos de diálisis, entonces hay que hacer una elección, ésta es la eutanasia administrativa. Los ingleses lo hacen, ponen una píldora roja a un paciente a partir de los 75 años diciendo que ya no dispondrá de antibióticos, y no tiene los recursos inmunitarios suficientes para poderse proteger ante una enfermedad.

Insisto, pues, en que cuando no se dispone de camas, de cuidados paliativos suficientes, etcétera, estamos practicando una eutanasia administrativa. Y no hay que esconderse ante esto, o tener miedo de decirlo, sino denunciar la hipocresía; y lo digo aquí, porque me encuentro ante parlamentarios.

De lo que realmente tengo miedo —y aunque me imagino que dentro de diez o quince años ya no estaré aquí, tengo derecho a preocuparme por ello— es de conocer un racismo «antiviejos», y me refiero únicamente a Francia. Por ejemplo, se puede decir de una determinada persona: Todavía no se ha muerto, y es caro llevarla en una silla de ruedas. O alguien puede decir: Tengo ganas de ir a Marbella, pero este año no puedo hacerlo porque me han puesto un tratamiento. Creo que hay que tener cuidado ante esta situación, porque en el futuro existirá un gran número de personas con cien años. En Francia habrá doce mil centenarios en el año 2000, y repito que puede existir un racismo contra las personas mayores. Ustedes son responsables de alto nivel, por tanto, estamos hablando con independencia de espíritu; pero, en cualquier caso, hay que plantearse esa pregunta, y la respuesta es peligrosa.

Me parece que he expuesto cómo se puede controlar más o menos la eutanasia, y lo interesante de la ley holandesa es que el control es permanente. Así, el fiscal y el médico mantienen un diálogo —existe un protocolo y cinco directivas al efecto—, y cuando el médico ha llevado a cabo la eutanasia de un paciente tiene que informar al fiscal. Éste elabora un informe, y según estas condiciones la clasifica o no. Pero a pesar de este control, lo preocupante

—y les estoy contando lo que sé y lo que he escuchado— es que en la actualidad algunos médicos piensan: Si hay que hacer todo ese papeleo... Y practican la eutanasia sin comunicarlo. En este sentido, el profesor Daniel Sicard opina que durante este año se pueden haber realizado entre 140 y 160 eutanasias sin notificarlo. E incluso los holandeses, que podríamos decir que son más avanzados intelectualmente hablando, afirman que estas cifras son algo elevadas. Así pues, debe haber un mínimo de precauciones, porque se puede dar muerte a personas que no lo piden, y no a aquellas que lo soliciten. Para evitar estas contradicciones tiene que existir un marco adecuado, y creo que la despenalización es un marco válido, porque a través del control se pueden evitar esos excesos.

Creo que con esto he contestado su pregunta. No sé si me habré explicado bien, pero les he informado de lo que sé a través de mi experiencia.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Caillavet.

¿Hay alguna otra petición de intervención, señorías? (Pausa.)

En este caso, tan sólo me resta darle las gracias al señor Caillavet por su presencia e intervención.

Espero y deseo, señor Caillavet, que dentro de tres años se encuentre usted en la espléndida forma de que disfruta en estos momentos. En nombre de la Comisión, en el de la Mesa, y en el mío propio, le ruego que salude a nuestros colegas franceses.

Señorías, suspendemos la sesión hasta las doce y media, en que continuaremos con la siguiente comparecencia. Gracias a todos. (Pausa.)

— DE DON JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA (715/000288).

La señora PRESIDENTA: Señorías, reanudamos la sesión con el siguiente punto del orden del día, que es la comparecencia del doctor don Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, Presidente de la Asociación Española de Bioética.

En nombre de la Mesa y en el mío propio, quiero dar la bienvenida a esta Comisión al doctor Fernández-Crehuet y agradecerle su presencia.

Sin más, le cedo la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA (Fernández-Crehuet Navajas): Señora Presidenta, señorías, el debate sobre la eutanasia divide hoy a la sociedad en dos posturas irreconciliables; por una parte, los que piensan que la vida debe ser protegida en cualquier circunstancia y por ello preservada de toda tentativa de eliminación y, por otra, los partidarios de su despenalización, aunque sea en algunos supuestos.

Los dilemas en ética clínica son habitualmente difíciles de dilucidar y en su resolución caben opiniones diversas. Sin embargo, en lo tocante a la eutanasia, las actitudes de-

berían quedar clarificadas para evitar fisuras en la protección de la vida por el derecho. En mi opinión, admitir ambigüedades, aunque sea en casos límite, provoca irremediablemente un efecto dominó de consecuencias imprevisibles. La experiencia holandesa es un ejemplo palmario de ello.

La Asociación Española de Bioética, que tengo el honor de presidir, es una sociedad científica, plural, abierta a todas las corrientes éticas y, aun así, les puedo asegurar que entre sus miembros existe un rechazo prácticamente unánime a cualquier forma de eutanasia.

Por ello, y para ser coherente con dicho consenso, trataré de fundamentar mi postura contraria a la eutanasia en tres tipos de argumentos: en primer lugar, los médicos; en segundo lugar, los de tipo ético y, finalmente, los jurídicos.

Argumentos médicos. Aspectos deontológicos. Señorías, considero que la eutanasia no es nunca una respuesta médica a un problema, ni siquiera en el caso paradigmático de los enfermos irreversibles y terminales. Es cierto que entre la población en general, incluso entre algunos profesionales sanitarios, existe un cierto apoyo a la eutanasia en algunos casos extremos pero, a mi entender, este apoyo se fundamenta con demasiada frecuencia en una lamentable confusión terminológica, en un desconocimiento de las consecuencias que la eutanasia comporta.

Para unificar criterios me parece necesario recordar la definición que la Asociación médica mundial —máximo organismo internacional en ética profesional— hizo de la eutanasia en su declaración del año 1987: La eutanasia, es decir el acto deliberado por acción u omisión de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por requerimiento de éste o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. En esta línea argumental la Organización médica colegial de España, en el año 1993, unificó y precisó de forma clara que la eutanasia no era ética. Desde el punto de vista ético descalifica tanto a la eutanasia pasiva como a la activa. Desde el punto de vista ético —dice— es irrelevante quitar la vida de un paciente mediante una acción que se ejecuta o mediante la omisión de una intervención médica obligada. En uno y otro caso —continúa diciendo— hay eutanasia si se provoca —insisto en esto— deliberadamente la muerte de un paciente. No existen variantes benignas de eutanasia. Toda eutanasia es un acto que, por compasivo que pueda ser en sus móviles, quita intencionadamente la vida del ser humano.

A mi entender lo que existe es una lamentable confusión terminológica. La población en general, incluso algunos sanitarios, cuando hablan de eutanasia pasiva se refieren a algo que no es eutanasia, ya que la identifican erróneamente con el hecho de no instaurar o suspender un tratamiento médico inútil.

Un ejemplo de esta confusión se dio en el año 1989 cuando se publicaron los resultados de una encuesta en la revista «El Médico», en donde se podía leer que la mayoría de los médicos barceloneses estaban a favor de la eutanasia pasiva en los tres supuestos —decía— que establecía el Consejo de Europa. Cuando se estudia en profundidad el contenido de esa encuesta y se analizan realmente esos tres supuestos, les puedo asegurar que la persona más contraria

a la eutanasia también lo suscribiría como éticamente correcto.

Desde un principio quiero dejar claro que estar en contra de la legalización de la eutanasia no es estar a favor de la obstinación terapéutica. Para evitar confusiones, en este sentido es muy acertado introducir en el debate el término futilidad, concepto estudiado con gran rigor en nuestro país por el doctor Mario Iceta quien dice que un acto médico es fútil cuando su aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico ni los síntomas o enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produciría perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio esperado. Por tanto, es éticamente inaceptable instaurar o continuar un acto médico que se considere fútil.

En cualquier hospital de nuestro país diariamente ocurren muertes por evitar el ensañamiento terapéutico, fallecimientos relacionados con el efecto indeseable de una medicación aliviadora del dolor, tratamientos médico quirúrgicos fútiles que no se inician o incluso que se suspenden porque no aportan ventajas para el enfermo. En modo alguno éstas son variantes éticas de la eutanasia. Por el contrario, estas actuaciones deben entenderse como actos éticos repletos de ciencia y de prudencia médica. Por ello, cabe concluir que no aplicar un tratamiento médico a un enfermo puede originar conductas profesionales con una variación ética contrapuesta, puede ser un modo intencionado de privarle de la vida, es decir una conducta eutanásica por omisión, o puede ser, por el contrario, una conducta médica acertada cuando aquellos resultan fútiles.

Las unidades de medicina intensiva resuelven estos dilemas éticos acudiendo a las recomendaciones que establecen los correspondientes protocolos avalados por sus sociedades científicas, la Sociedad española de medicina intensiva o la Sociedad de neonatología de la Asociación española de pediatría.

En caso de duda, las consultas a las comisiones de ética asistencial de los hospitales pueden ser extraordinariamente; clarificadoras y, en último lugar, se ha de apelar a la conciencia prudente de cada médico que es, en definitiva, quien debe tomar la decisión.

Aspectos clínicos de la eutanasia. Es posible que parte de la población, una vez superado el embrollo terminológico, admita cierta tolerancia con la eutanasia en algunas condiciones excepcionales. Las razones podrían agruparse en tres apartados: lo insostenible que resulta un dolor incoercible, la angustia psíquica del enfermo ante la muerte y el estado psicológico de los familiares afligidos durante el período terminal de la enfermedad.

En relación con el dolor físico se puede argumentar que es posible controlarlo de manera eficaz en el 99 por ciento de los casos, como indica la Asociación médica británica. Por ello, el admitir que hay dolores incontrolables no tiene actualmente una justificación clínica rigurosa, y la experiencia holandesa nos confirma que el dolor no es el argumento esgrimido prioritariamente en las demandas de eutanasia.

Los estudios pioneros de la doctora Elizabeth Kusler-Ross sugieren que el moribundo sigue su propio proceso psicológico con una fase inicial de negación seguida de una fase de aceptación. Aquellos que completan con éxito esta transición psicológica —dice ella— mueren con un espíritu esperanzado. La eutanasia impide conseguir este objetivo, al privar al paciente de esta experiencia.

En esta línea, el doctor Robert Twycross, profesor de medicina paliativa de la Universidad de Oxford, dice —cito textualmente—: He trabajado durante veinte años en la medicina paliativa y cuando se tienen en cuenta todos los factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales, la eutanasia no es la respuesta.

Los cuidados paliativos son el mejor recurso contra la eutanasia. El enfermo no quiere la muerte, sino evitar el sufrimiento. Las experiencias de cada día nos permiten asegurar que la gran mayoría de los enfermos no quieren que sus médicos les mantengan vivos artificialmente, pero les gustaría creer que el personal sanitario va a estar junto a ellos para cuidarles con profesionalidad y humanidad.

Es evidente que no existe consenso para una ley de eutanasia pero sí lo hay en torno a una legislación que garantice expresamente el derecho a recibir cuidados paliativos.

El segundo tipo de argumentos que les presento muy sucintamente al terminar estos primeros de orden médico, son los de tipo ético. A mi entender la bioética actual debe tener en cuenta y aplicar aquellos principios éticos intemporales sobre los que ha existido un claro consenso porque están fundamentados en la ética natural. Dos son los unánimemente reconocidos: el respeto a la vida humana, a su dignidad, y el de la autodeterminación de la persona, es decir, su libertad. A partir de estos principios de dignidad y de libertad, se deben analizar todos los dilemas éticos que se nos presenten.

Algunas corrientes actuales de pensamiento ven en la bioética un método de análisis de los temas conflictivos y postulan un imposible consenso que con frecuencia aboca en una ética de mínimos.

Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia han conformado actualmente una ética que es sobre todo una metodología para el análisis de cada caso. El principialismo —como se llama actualmente— como método de reflexión puede ser una estrategia correcta para el estudio de casos singulares, pero con frecuencia plantea conflictos que son difíciles de resolver.

Creo más conveniente armonizar la ética fenomenológica y la ética ontológica con objeto de acercarnos a una aplicación universal. Estoy convencido de que una ética en donde no se tenga en cuenta la naturaleza humana, el ser mismo del hombre, es una ética carente de apoyatura real, vacía y sin sujeto.

Existe una razón de fondo contraria a la lógica de la eutanasia: nadie tiene derecho a juzgar el valor de la vida de otro sujeto. La vida de una persona no tiene valor cuantitativo, sino dignidad. En este sentido Kant aclaró magistralmente la distinción entre estas dos nociones: lo que tiene un precio puede ser reemplazado por un equivalente; en cambio lo que es superior a todo precio, lo que, por tanto, no admite ningún equivalente es lo que tiene una dignidad.

Un principio elemental de justicia exige que se trate a todos los hombres de la misma manera, es decir, que no se hagan discriminaciones injustas en razón de algunos estándares de calidad de vida arbitrarios y subjetivos.

Es verdad que se podría responder a estas objeciones afirmando que son válidas para la eutanasia involuntaria, es decir, para la que se lleva a cabo sin el consentimiento del enfermo, pero que no serían aplicables a la eutanasia voluntaria cuando es el mismo enfermo quien pide la muerte.

El principio de autonomía exigiría en este caso que se respete su deseo. Sin embargo, hay que reconocer que, en la práctica, la voluntad del enfermo desempeña un papel muy sesgado como argumento para justificar la eutanasia, sobre todo porque el paciente que pide su propia muerte se encuentra en muchas ocasiones en un estado de depresión tal que hace difícil una decisión verdaderamente libre.

La eutanasia voluntaria contradice la noción misma de dignidad, ya que es difícil creer que el médico se considere autorizado a practicarla solamente porque el paciente lo pide. En la práctica, si el médico acepta esa demanda es porque juzga a su vez que la vida de un enfermo ya no tiene un valor intrínseco. En tal caso, se vuelve al argumento inicial: el fundamento real de la eutanasia voluntaria e involuntaria es la falta de valor intrínseco que se atribuye a la vida del enfermo. Por ello, la eutanasia es contraria al principio de justicia que exige que se respete de un modo igual la vida de todos los hombres.

En los últimos años, afortunadamente, la implicación del paciente en su proceso terapéutico, nos ha permitido pasar de un modelo paternalista a otro basado en la autonomía. Sin embargo, han surgido múltiples problemas en el momento de compatibilizar el principio de autonomía del paciente con el resto de principios. Cuando se absolutiza el principio de autonomía y se erige como el principio supremo de relación médico-paciente sin ninguna vinculación con el bien que trasciende a los sujetos, estamos abocados a una ética de carácter formal o procedimental. Y la ética se convierte simplemente en una empresa de solución de conflicto y la libertad en una especie de nihilismo vacío de contenido.

Termino con los fundamentos jurídicos. Es evidente que en sentido estricto no existe un verdadero derecho al suicidio o derecho a morir. Es verdad que si alguien quiere suicidarse puede, de hecho, hacerlo. Pero de eso no cabe deducir que tenga un derecho, es decir, que pueda reclamar del sistema jurídico un apoyo a tal pretensión, y menos aún reclamar de otras personas la supresión de su vida. Así como no existe un derecho a matar, tampoco existe un derecho a reclamar de otro la muerte. Por ello, la muerte no puede constituirse en un bien debido en términos de justicia. La eutanasia es una situación muy excepcional, pero es un asunto muy grave porque atenta contra un valor fundamental en nuestra sociedad como es el de la inviolabilidad de la vida humana.

Desde mi punto de vista, lo fundamental es analizar si existe alguna excepción a este principio de no matarás, basado en la petición expresa de la víctima, ya que una vez transgredido el principio ético jurídico elemental de no

matar, nada impediría que se ampliaran las excepciones a otros casos por razones políticas, económicas o de otro tipo. En efecto, si la vida humana no posee un valor intrínseco, ¿por qué motivo habría que rechazar cualquier ampliación? Cuando se solicita una ley de eutanasia, una vez aclarado qué significa exactamente este término, lo que se pretende es que no exista un impedimento legal para terminar con la vida de una persona enferma por un motivo compasivo y en un contexto médico.

En términos prácticos, cuando se reclama una ley de eutanasia, se está hablando en realidad de aceptar el suicidio asistido y el homicidio por compasión. Por ello, mantener la prohibición de la eutanasia es proteger los intereses públicos, legítimos de los enfermos, ya que así se evita que se puedan sentir cargas para la sociedad y, por tanto, coaccionados para elegir esa opción.

La introducción de la eutanasia conllevaría un debilitamiento general del respeto a la vida. Algunos han objetado que el hecho de que se practique la eutanasia en la clandestinidad y con impunidad es razón suficiente para su despenalización. Este argumento se basa en la confusión entre el hecho y el derecho. El derecho no especifica lo que es, sino lo que debe ser, y si el derecho sólo ratificara los hechos, no tendría razón normativa y perdería su razón de ser.

En consecuencia, oponerse a la despenalización de la eutanasia nos parece un ejercicio de responsabilidad y prudencia. Incluso aunque sólo se admitiera en situaciones excepcionales, extremas y puntuales, no me parece razonable sacrificar la norma a favor de la excepción.

Señorías, para terminar con los argumentos médicos, éticos y jurídicos que de forma sucinta acabo de comentar, deseo analizar las razones que se invocan con más frecuencia por los partidarios de la despenalización de la eutanasia. En concreto, me voy a referir a tres de ellas: al rechazo de la obstinación terapéutica; al derecho a una muerte digna y, por último, a la autonomía del paciente para decidir sobre su destino.

Primero, el rechazo de la obstinación terapéutica es un argumento que está basado, como ya he comentado, en una manipulación terminológica que consigue con frecuencia confundir a la opinión pública, incluso en el personal sanitario. A la vista de todo lo expresado, en el apartado de argumentos médicos una vez aclarados los términos y sus conceptos, presentar la legalización de la eutanasia como un remedio contra el enseñamiento terapéutico y los sufrimientos derivados del mismo, supone caer en un lamentable error.

Segundo, el llamado derecho a morir con dignidad es uno de los principales argumentos utilizados para promover la legalización de la eutanasia. Estamos como siempre ante un lenguaje equívoco y deformado que presenta el derecho a una muerte digna bajo un eufemismo que en realidad quiere decir derecho a que otro nos facilite la muerte. No hay duda de que todas las personas debemos tener el derecho a morir y a vivir con dignidad. Ello supone defender el derecho a mantener un diálogo abierto y confiado con el equipo médico, el que se respete su libertad de conciencia, el estar informado sobre la verdad de su enferme-

dad, el no sufrir inútilmente, el beneficiarse de las técnicas médicas disponibles, y el derecho a rechazar los remedios excepcionales o desproporcionados. Por el contrario, entender el término de muerte digna como una reivindicación del presunto derecho a que el personal sanitario ponga fin a la vida es muy diferente. Los defensores de esta tesis se apoyan en un concepto nuevo y peligroso de la dignidad humana que admite una transformación conceptual muy grave: pasar del concepto de dignidad ontológico al concepto subjetivo y relativista que se enmarca en el término de calidad de vida; subjetivo porque cada uno se puede convertir en el juez de su propia dignidad, y relativo porque la calidad de vida es un concepto arbitrario que adopta infinidad de grados y criterios diversos. Cuando se acepta esta mutación se desarrolla un silogismo lógico que termina en una falacia filosófica: se acepta que la dignidad es el fundamento de la vida humana, pero la enfermedad, en algunos casos excepcionales, disminuye la calidad de vida hasta niveles extremos en los que se relativiza su valor y por ello su dignidad. En estos casos, el acto eutanásico, lejos de suponer un homicidio, se presenta como una ayuda solidaria para quien la vida ha perdido toda la dignidad. La confusión radica, como se puede observar, en que la nueva noción de dignidad entendida como calidad de vida es equívoca porque las personas como tal tienen siempre la misma dignidad ontológica, intangible e inviolable. Desde el momento en que se acepte que la vida humana no tiene valor intrínseco, ¿cómo podemos oponernos fundamentadamente a la eutanasia? No debemos olvidar que esta noción clásica de dignidad ontológica ha fundamentado toda la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo primero dice que todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derecho.

Finalmente, el tercer argumento que quisiera comentar es la autonomía del paciente para decidir sobre su destino. Los que defienden la despenalización de la eutanasia argumentan que en un Estado pluralista, la elección del momento y de la forma de la muerte pertenece a la autonomía individual, ya que nadie puede imponer al resto sus propias convicciones. No nos parece adecuado este argumento por varias razones: en primer lugar, porque en estas situaciones, siempre excepcionales, el discernimiento de juicio puede estar mermado y, por tanto, su autonomía no ser absoluta; en segundo lugar, la práctica de la eutanasia no se apoya exclusivamente en la única voluntad del enfermo. La eutanasia es un problema al menos de dos personas y el respeto de ambas autonomías obliga a preservar con todas las garantías el derecho a la objeción de conciencia del sanitario; y, en tercer lugar, defender la autonomía a ultranza origina una paradoja lamentable: el respeto a la autonomía acaba con el propio sujeto dueño de esa autonomía. En mi opinión, es erróneo el argumento que sostiene que la eutanasia es una elección puramente privada que sólo incumbe al interesado y no perjudica a terceros. La vida humana no posee un valor puramente individual, sino que trasciende a las familias y al resto de la sociedad. Las personas no tienen pues un poder absoluto y total sobre su propia vida.

Señorías, para finalizar deseo expresar mi convencimiento de que la mayoría de los dilemas en bioética son fá-

ciles de valorar y resolver cuando se analiza al paciente desde su categoría de persona, siempre merecedoras de un amor y respeto reverencial independientemente de sus circunstancias particulares.

Hace falta huir de las limitaciones del subjetivismo y del relativismo que apuestan descaradamente por la seguridad de que el mero hecho de escoger una opción en libertad y por consenso convierten a esa opción en correcta, desde el punto de vista ético.

Les ruego que me disculpen por haberme alargado un poco.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Fernández-Crehuet.

No se ha alargado usted nada, yo he estado controlando el tiempo y se ha ajustado a él perfectamente, por lo que le doy doblemente las gracias.

Señorías, abrimos turno de portavoces.

En primer lugar, tiene la palabra la Senadora Costa Serra, en nombre del Grupo Parlamentario Mixto.

La señora COSTA SERRA: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar quiero dar las gracias al señor compa-
reciente por la claridad de su exposición.

Voy a ser muy breve y me voy a centrar en tres preguntas referentes a su exposición. Por una parte, ha hablado usted de los cuidados paliativos y me gustaría saber cuál es su opinión y de qué forma podemos dar solución a aquellos casos o supuestos de enfermos en los que los cuidados paliativos no son una respuesta, porque nos encontramos con casos concretos de esta índole.

Por otra parte, no sé si le he entendido bien cuando ha hecho referencia a que era partidario de que existiera una legislación que regulase expresamente los cuidados paliativos. Me gustaría que explicase un poco más en qué aspectos o por qué entiende que sería necesaria una legislación concreta sobre este aspecto.

También quiero conocer su opinión sobre si le parece necesario que exista una legislación positiva respecto a la eutanasia o, por el contrario, le parece que es suficiente la inexistencia de la misma y la penalización que se hace de determinados supuestos en el Código Penal. ¿Hay que dejarlo como está o tendrían que incorporarse nuevos supuestos? Porque ya de su exposición hemos entendido claramente que no aboga, en ningún caso, por la despenalización de los supuestos que actualmente están penalizados.

Por último, ha hecho referencia a que la voluntad del enfermo puede estar condicionada o a que se puede confundir con un estado depresivo cuando hacen esta petición y me gustaría saber si —desde su punto de vista, desde el punto de vista de un especialista o médico— existe capacidad suficiente por parte de los especialistas para discernir y diferenciar cuándo estamos ante una petición condicionada por una depresión o por una situación de angustia y cuándo estamos ante una petición seria e incondicional de la persona que sufre una enfermedad irreversible.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

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

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

Quiero agradecer al doctor Fernández-Crehuet su comparecencia, y, cómo no, su exposición, que compartimos en buena parte. Por lo tanto, más que preguntas concretas voy a profundizar en algunas consideraciones sobre su intervención.

Ha dicho que el debate social está entre dos polos, y es verdad, porque en un tema en el que es tan difícil llegar a conclusiones, a veces, por el propio ímpetu del debate las posiciones están polarizadas, están entre ejercer acciones propias de lo que entendemos por eutanasia o bien como huida de lo que tenemos en mente, sobre todo por algunos ejemplos poco edificantes de actuaciones médicas que han caído en la obstinación, cuando no en el encarnizamiento terapéutico.

Compartimos totalmente los argumentos que ha dado en contra de la eutanasia, sobre todo en cuanto a los médicos y a la definición, ya que para entender que es eutanasia tiene que haber una intencionalidad, y la intención tiene que ir en contra de la buena praxis médica, tiene que ser contraria al código deontológico. Por tanto, si nosotros llevamos a cabo unas actuaciones o administramos unos medicamentos que son beneficiosos para la situación del paciente, pero ello tiene como consecuencia, como efecto secundario, un acortamiento de la vida del enfermo, no tenemos ningún motivo para entender que eso sea una eutanasia si lo que nosotros estemos haciendo en ese momento no es contrario al código deontológico y, eso sí, prevalece la voluntad del enfermo, porque si no estaríamos ante un homicidio por compasión, como ha señalado usted en el apartado de argumentos jurídicos.

Ha hecho referencia a que los actos médicos tienen que ser razonablemente comparativos a la situación del enfermo, no ser fútiles y no entrar en la obstinación terapéutica. Entiendo que eso es algo muy importante ya que según las encuestas muchas veces lo que quiere decir el que responde es que no desee que se caiga en la tentación de estos actos excesivos para la situación del enfermo. Por lo tanto, tiene que existir correspondencia.

Ha estado muy acertado al señalar el gran papel que tienen que representar los cuidados paliativos y ha hecho mención a lo que había ocurrido en Holanda, donde primero han ordenado jurídicamente la eutanasia y después han mirado lo que había de cuidados paliativos. Tal vez, hubiera sido mejor al revés, pensar primero en los cuidados paliativos y llegar como último recurso a la eutanasia.

En relación a los principios éticos ha hablado de que era un conflicto entre la dignidad y la autonomía de la persona —el respeto a la vida con el respeto de la libertad humana— y entonces entramos en los cuatro principios de la bioética. ¿Hasta qué punto podemos plantearnos el concepto de dignidad? La muerte es y será siempre indigna y, en todo caso, lo que tenemos que evitar es que la vida de

aquella persona sea indigna. Éste es un tema subjetivo porque, por ejemplo, para una persona que toda la vida ha tenido una gran preocupación por un trabajo de tipo económico, de tipo artístico, el día en que no pueda desarrollar aquella actividad, ¿puede ser digna para él la vida? También podemos entender —como nos decía el doctor Palacios el otro día— la autoestima. Desde el punto de vista de los principios de la bioética, del principio de autonomía, desde ese principio tan subjetivo tenemos derecho a pedir a otra persona —que tiene que ser, naturalmente, una persona del mundo de la sanidad— una eutanasia, entendiéndolo como eutanasia activa directa si, como decía al principio, eso es contrario al código deontológico de aquella persona sanitaria.

Finalmente, ha hecho referencia a los argumentos en contra de la eutanasia en los aspectos clínicos. Me ha parecido entender que hay posiciones de tolerancia, pero en el caso del dolor hoy en día no es justificable, fundamentalmente porque hay medios para aliviarlo. Entiendo que es vital el estado psicológico de los familiares porque en la medicina tradicional muchas veces era sólo el médico de cabecera quien decidía las últimas actuaciones para un enfermo de este tipo.

Hoy en día se ha pasado de este tipo de medicina a otro en el que priva, fundamentalmente, el enfermo. Aun así, en muchas ocasiones el enfermo no actúa de forma libre, porque cuando considera que es una carga para sus familiares no hace uso de ese principio de autonomía que le es propio. Es decir, no puede ejercer plenamente su libertad si está coaccionado por la esfera afectiva que le rodea en ese momento, y es entonces cuando solicita la eutanasia para liberar a sus familiares.

Como nos decía el otro día el doctor Gómez, existen una serie de menús dentro de los cuidados paliativos; se pretende con ellos, además de aliviar el dolor físico, prestar atención a las consecuencias psicológicas que posiblemente surjan en la esfera familiar. Es necesario tener esto en cuenta en la definición de eutanasia, así como las partes implicadas en la toma de decisiones y el papel que ejerce la familia directa e indirectamente.

También es importante definir los niveles de la escala de los principios de la bioética, porque es posible que se dé un conflicto entre los cuatro principios básicos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. Hay que dejar claro si priva por encima de todos el de autonomía, que actualmente está muy presente a diferencia de cuando existía una medicina en la que el enfermo no estaba informado y la familia sí.

En ese caso, es normal que ahora tengan que tomarse las decisiones atendiendo a estos tres aspectos: la voluntad del enfermo, la opinión de los familiares —cuando no conviven con el enfermo suelen mantener posiciones diferentes— y el equipo médico. Si hay una buena relación de confianza basada en la información previa —y hay que decir que en los hospitales se da en mayor medida que en el domicilio particular— y unos buenos equipos que dan soporte al médico de cabecera y éste tiene la trascendencia que tenía antes o que tiene actualmente en el medio rural, la decisión es tomada por todos.

En cualquier caso, a la hora de emprender acciones que puedan tener efectos secundarios para el enfermo, tiene que prevalecer el máximo alivio del enfermo, siempre que ya no haya posibilidad de cura. Debe ofrecerse también soporte psicológico al enfermo y a la familia que le rodea en esos momentos.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Señor Fernández-Crehuet, quiero darle la bienvenida a esta Comisión y agradecerle, al igual que el resto de portavoces, sus palabras.

Voy a hacerle una serie de consideraciones. Habitualmente, para justificar la prohibición de determinados actos se utiliza el argumento del plano inclinado, lo que algunos llaman pendiente resbaladiza. Usted ha hablado del efecto dominó y ha comentado que admitir ambigüedades en casos límite puede dar lugar a dicho efecto dominó. Hemos comentado este argumento en más de una ocasión en esta Comisión, si bien es cierto que en mi opinión a veces este razonamiento se utiliza para esconder otras objeciones morales.

Estamos tomando en consideración la posibilidad de que al tomar determinadas decisiones éticas se sobrepasen ciertos límites. Así, se argumenta que considerar la eutanasia voluntaria como moralmente aceptable acarrea inevitablemente aceptar la eutanasia involuntaria o impuesta. No sé si estará de acuerdo en que esto equivale a argüir que la legalización del aborto supone el inicio de la pendiente inevitable hacia el infanticidio.

Voy a comentarle una reflexión a fin de que nos dé su opinión al respecto. Parece evidente que si al dar legitimidad ética a un acto estamos legitimando automáticamente otro acto diferente, es porque hallamos esencias distintas entre los dos actos; no encontramos diferencias cualitativas entre ambos. Si consideramos que la legitimación ética de la eutanasia voluntaria es irremediablemente el paso hacia la legitimación de la eutanasia impuesta, estaríamos reconociendo que no existen diferencias esenciales entre ambas. Sin embargo —y ésta es mi pregunta—, ¿no cree usted que la esencia de la eutanasia es que sea una solicitud racional del paciente en el uso de su libertad personal y que, por lo tanto, es radicalmente diferente a toda forma de eutanasia impuesta?

De acuerdo con esta reflexión, ¿no cree que la consideración moralmente aceptable de la eutanasia voluntaria no supone necesariamente la aceptación de la involuntaria? Le digo esto porque ha comentado que es frecuente, a pesar de que no debería hacerse, identificar a aquellas personas que son contrarias a la despenalización de la eutanasia con los partidarios de la obstinación terapéutica. ¿No cree que igualmente no debería identificarse a los partidarios de despenalizar la eutanasia voluntaria activa en determinadas circunstancias con los que están a favor de otros tipos

de eutanasia impuesta, como las eugenésicas, económicas o administrativas?

Por otro lado, ha comentado que el médico, aunque sea por motivos compasivos, nunca debe matar deliberadamente a un paciente. Esto lo hemos comentado en alguna ocasión, y creo que pocos son los que hoy defienden que no exista ninguna excepción al principio de no matar. Es evidente que desde hace casi un mes se viene defendiendo la excepción de una guerra porque se considera justificada. Teniendo en cuenta esto y que los avances científicos y técnicos en medicina han logrado modificar el proceso que conduce a la muerte, retrasándolo o alargándolo, y que hay personas que no ven en las posibilidades de prolongación de la vida la calidad y dignidad precisa según sus valores y creencia, ¿no considera que, igual que en nuestra sociedad hemos aceptado unánimemente la posibilidad de matar en defensa propia, pudiera aceptarse la excepción basada en la petición de la persona que va a morir y que atraviesa determinadas circunstancias?

Nos ha hablado también de la discriminación entre las personas y de que el principio de justicia exige que respetemos la vida de todas las personas por igual. Se trata de otra cuestión que ya hemos abordado en esta Comisión, porque llevamos celebradas muchas sesiones.

Hemos hablado del conflicto que se plantea a veces entre la autonomía del enfermo, que se entiende que ha de ser respetada, y el principio de no maleficencia, que se supone que siempre ha de guiar al médico. Llegados a este punto, muchos de los comparecientes han puesto de manifiesto que debe primar siempre el principio de no maleficencia, han considerado, y creo que ésta ha sido su reflexión, que los principios de justicia y de no maleficencia son preeminentes. Basan esta argumentación en que son expresión del principio general de que todos los hombres somos iguales y nos merecemos la misma consideración y respeto. ¿No cree que la autonomía debería ser considerada también como principio de primer nivel? Si todos merecemos la misma consideración, ¿por qué las opiniones de unos pueden ser tenidas en cuenta y las de otros no?

Nada más. Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Para finalizar este turno, tiene la palabra el Senador Bellido en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias, doctor Fernández-Crehuet, por su comparecencia.

Voy a ser muy breve. Tras la intervención del doctor Fernández-Crehuet, la magnífica aportación hecha por el Senador Cardona y las preguntas formuladas por las Senadoras Costa y Rodríguez, resulta imposible aclarar más aquello que a mi juicio, como representante del Grupo Parlamentario Popular, ha quedado plenamente diáfano. Entiendo que se ha hablado con mucha claridad de las justificaciones de carácter médico, ético y jurídico por parte del doctor Fernández-Crehuet —y por boca de él me imagino

de la Asociación Española de Bioética—, y creo que también han quedado absolutamente claros aquellos planteamientos de rechazo de la eutanasia sobre la base de las argumentaciones que a favor de ella se puedan hacer. En cualquier caso, le voy a preguntar por dos cuestiones.

Por una parte, se ha hablado de la pendiente resbaladiza —el compareciente ha hablado del efecto dominó— y quisiera saber si desde la Sociedad que preside se ha hecho una valoración ética sobre el modelo de regulación de eutanasia en Holanda y si efectivamente hay datos constatables de que este fenómeno dominó, este efecto de pendiente resbaladiza, se haya producido con motivo de la regulación que se ha llevado a cabo en ese país.

Por otra parte, a nuestro Grupo le preocupa —y entiendo que ha preocupado a la inmensa mayoría de los comparecientes— el tratamiento de los enfermos terminales en las unidades de cuidados paliativos, pero también ha habido una preocupación casi generalizada —que no sé si ha llegado a la Sociedad Española de Bioética— en el sentido de la posible falta de protección jurídica de los médicos que se oponen a la práctica de la denominada obstinación terapéutica, esto es, la necesidad de llevar a cabo algún tipo de regulación jurídica para que estas prácticas —mal denominadas como eutanasia pasiva y que no son sino una adecuada praxis médica— tengan esa cobertura legal que en muchos casos se nos ha anunciado en esta Comisión que se echa en falta por parte de intensivistas, por parte de facultativos ligados a estas unidades de cuidados paliativos.

Sin más, muchísimas gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Fernández-Crehuet.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bellido.

Y ahora sí, doctor Fernández-Crehuet, tiene la palabra para responder a los portavoces.

El señor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA (Fernández-Crehuet Navajas): Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, Senadora Costa Serra, ha hablado usted de diversas cuestiones y la primera de la que he tomado nota se refiere a los cuidados paliativos en relación con algunos pacientes que no tengan solución —eso he creído entender—. Quiero decir que en este momento el desarrollo médico de los cuidados paliativos está en un nivel tan avanzado que esgrimir un argumento de este orden es prácticamente ilusorio. No hay en realidad —o si lo hay va a ser una excepción que yo desconozco— situaciones en que no se pueda hacer nada; hay siempre cosas que hacer, aunque sean solamente las cosas de orden afectivo: los cuidados, los consuelos, la atención sanitaria no termina nunca hasta el último respiro previo a la muerte.

Sí me interesa cuando ha hablado —quizá no me he aclarado yo bien— sobre esa legislación. O sea, no hay consenso, evidentemente, acerca de la eutanasia, pero sí puede haberlo sobre los cuidados paliativos. Cuando yo he dicho que haría falta una legislación al respecto quería referirme a que sería muy bueno que se legislara una auténtica especialidad médica sobre los cuidados paliativos, que en

este momento está absolutamente dispersa, y no me equivocaría si dijera que está en manos de médicos voluntarios con gran compromiso humanitario porque no corresponde exactamente a ninguna especialidad —por ejemplo, en mi hospital lo llevan los anestesiólogos, en otros hospitales lo llevan los propios oncólogos, en otros los médicos de cuidados intensivos; es decir, hay una dispersión de atenciones extraordinaria—. Por lo tanto, en lo que yo quiero insistir es en que hay consenso para que esto se fomente, se normalice, se normativice la especialidad y haya un programa adecuado de formación en este campo para que no sea toda buena voluntad, sino que haya apoyo de recursos humanos. En muchos hospitales están funcionando sus unidades de cuidados paliativos con una gran cantidad de voluntarios, que son magníficos pero que no le dan suficiente rigor a lo que debiera ser, a mi juicio, una especialidad.

Decía yo al principio —y usted lo ha comentado— que sigo pensando que abrir fisuras en el campo de la despenalización no sería bueno. Es preferible dejar las cosas como están y no hacer ninguna excepción; crear una norma para controlar una excepción no merece la pena.

En cuanto a la voluntad del enfermo, evidentemente que puede estar sesgada. Son muchas las veces en que en las unidades de cuidados intensivos el enfermo pudiera tener una falta de discernimiento y hay métodos psiquiátricos y psicológicos para ver si realmente ese sujeto tiene discreción de juicio. Yo llevo mucho tiempo en hospitales y en mis muchísimas guardias como jefe de hospital he tenido que atender, por ejemplo, las peticiones de altas voluntarias, y el alta voluntaria de un paciente exige saber si hay criterio de discernimiento justo y hay autonomía suficiente para que un enfermo se vaya de alta queriéndolo él con autonomía y libertad absoluta. Es verdad, por tanto, que puede estar sesgada la opinión y también es verdad que pudiera no estar sesgada la opinión de ese sujeto, pero aún así yo he intentado explicar que aunque no estuviera sesgada su opinión, la autonomía del paciente en modo alguno puede ser argumento suficiente —a mi modo de ver— para entenderla como una demanda que debe ser respondida en forma de oferta de eutanasia de ningún tipo. En ningún caso la vida del paciente, del enfermo, es una cosa tan personal que le corresponda a él sólo la decisión, sino que su vida trasciende a su familia, trasciende a la sociedad y en modo alguno creo que sea ético aceptar esa demanda. Es verdad que otros pueden pensar de manera diferente, pero yo le voy a dar, como es lógico, mi criterio.

En segundo lugar, agradezco al Senador Cardona que comparta mis argumentos y estoy totalmente de acuerdo en que hay que aclarar toda esa terminología. Yo supongo que después de tantas comparecencias en esta Comisión ustedes ya son auténticos expertos en bioética, habrán oído repetidamente que éste es el núcleo central de todo el debate; es decir, hablemos siempre de las mismas cosas, y en eso es en lo que yo insisto. Incluso en el entorno médico —yo soy Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Médico de Málaga— insisto reiteradamente en que tenemos que hablar con los mismos términos que esos mismos términos sean unívocos, que alberguen los mismos conceptos y que, por tanto, cuando digamos eutanasia se-

pamos siempre que hay intención clara de eliminar una vida.

El Senador Cardona lo ha comentado muy acertadamente: la eutanasia es siempre algo contrario a la buena praxis, igual que es contrario a la buena praxis la obstinación terapéutica; es decir, lo mismo de violento es para la ética médica, para la deontología médica, la eutanasia que el propio encarnizamiento u obstinación terapéutica. Yo les puedo asegurar que desde las propias comisiones deontológicas de los Colegios Médicos hay un interés extraordinario por que esto se difunda y se aclare entre los profesionales.

Y estoy de acuerdo con su comentario sobre la gran influencia que tienen los familiares en el papel decisorio de los últimos momentos: muchas veces son ellos los que están presionando a los propios sanitarios porque ven que el tema se les escapa de las manos. En las experiencias que se han trasladado a los domicilios, al entorno familiar, los cuidados paliativos han sido todavía más exitosos si cabe que los que se han impartido en el medio hospitalario, que a fin de cuentas es un medio hostil para el paciente.

En tercer lugar, voy a contestar a la Senadora Rodríguez Fouz, que me ha hecho muchas preguntas, con algunas de las cuales estoy de acuerdo y con otras no. El efecto dominó no esconde ningunas objeciones morales, no sé qué quiere decir con las objeciones morales; objeciones morales es lo mismo que decir objeciones éticas y, por tanto, las propias objeciones éticas, el propio debate ético o moral del efecto dominó es estar en contra de que cualquier fisura que abra el campo a la eutanasia por razones de autonomía personal, cualquiera de ellas, es ya romper con un principio ético o moral fundamental, que es entender ese principio de justicia de respeto a la vida independientemente de la calidad de vida.

Yo he defendido y defiende que no existe un derecho a morir, que no debería existir un derecho a que te maten, que la vida humana es inviolable. Bien es verdad que hay excepciones, como las guerras, la legitimación de la defensa propia, etcétera. Pero eso es confundir el debate, porque en este caso estamos hablando de un cierto grado de eutanasia, es decir, de la eutanasia directa. Por tanto, no hay motivos compasivos para matar a nadie. Al menos, yo así lo entiendo.

En cuanto a la confrontación de principios a la que usted se ha referido, por un lado está la ética anglosajona y americana, la ética de Beauchamp y Childres, según la cual, entre todos los principios fundamentalmente prima el de la autonomía. Pero nuestra ética mediterránea, es decir, la tradición filosófica y cultural europea, se dirige en mayor medida hacia el modelo de beneficencia. Por tanto, cuando los principios entran en conflicto, aunque todos ellos sean «prima facie», en mi opinión los de no maleficencia y justicia deben ser los que indiquen el norte de la actuación correcta desde el punto de vista médico. El principio «primun non nocere» —primero no hacer el mal— se contrapone, evidentemente, con la idea de originar la muerte. Por tanto, aunque los principios se puedan situar en el orden que uno quiera, entiendo que la tradición cultural y filosófica europea, lo que se ha venido en llamar la ética mediterránea, establece por encima de todos los de

justicia y no maleficencia. Este último se refiere a no hacer daño a nadie voluntariamente —y el peor daño sería matar—, mientras que el principio de justicia consiste en entender que la vida debe ser respetada.

Finalmente, agradezco las palabras del Senador Bellido. Estoy absolutamente de acuerdo con lo que su señoría ha dicho, y fomentar las unidades de cuidados paliativos es algo prioritario, como usted ha expresado perfectamente.

Por otro lado, creo que hace falta una profunda reflexión sobre lo que ha pasado con el modelo holandés, y hay muchos argumentos para defender que en Holanda se ha producido el efecto dominó. En este sentido, estamos preparando un informe —que no me ha dado tiempo de traer a esta comparecencia— para el II Congreso Nacional de la Asociación Española de Bioética, que se va a celebrar en Madrid durante el próximo mes de diciembre, consistente en un dossier con los datos actuales de lo que ha ocurrido en Holanda. Pero les adelanto que, efectivamente, se ha producido el efecto dominó. Eso es algo absolutamente cierto.

Seguramente me he dejado algunas cuestiones en el tintero, por lo que les ruego que me disculpen, y quedo a su disposición para cualquier aclaración.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Fernández-Crehuet.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (*Pausa.*)

Por tanto, sólo me resta, en primer lugar, agradecer al doctor Fernández-Crehuet su intervención y sus aportaciones, asegurándole que serán de gran utilidad para el informe que elaborará esta Comisión. Dado que ninguno de los miembros de la Comisión se ha atrevido a pedirle el informe que se va a presentar en diciembre en el Congreso que se celebrará en Madrid, le rogaría que, si le fuera posible, nos lo hiciera llegar. Le estaríamos muy agradecidos.

El señor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA (Fernández-Crehuet Navajas): Lo haré encantado.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Señorías, antes de suspender la sesión pregunto a los portavoces si sería posible que tuviéramos una reunión de Mesa y Portavoces en esta misma sala a las cuatro y veinte de la tarde, para preparar la próxima reunión de la Comisión, prevista para el mes que viene. ¿Hay algún inconveniente? (*Pausa.*) Muchas gracias.

Se suspende la sesión.

Eran las trece horas y treinta y cinco minutos.

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

La señora PRESIDENTA: Señorías, buenas tardes. Se reanuda la sesión.

— DE DON JAUME PADRÓS I SELMA, COORDINADOR DEL ESTUDIO DE OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA (715/000289).

La señora PRESIDENTA: Último punto del orden del día de la sesión prevista para hoy.

Contamos con nosotros con la presencia del doctor don Jaume Padrós i Selma, Coordinador del Estudio de Opinión sobre la Eutanasia del Colegio de Médicos de Barcelona y Secretario General del Consejo de Médicos de Cataluña.

Doctor Padrós, en nombre de la Mesa y en el mío propio, le doy la bienvenida a esta Casa, a esta Comisión, y le cedo la palabra.

El señor PADRÓS I SELMA (Coordinador del Estudio de Opinión sobre la Eutanasia del Colegio de Médicos de Barcelona y Secretario General del Consejo de Médicos de Cataluña): Muchísimas gracias, señora Presidenta, señoras y señores Senadores.

Quería agradecerles, en primer lugar, la gentileza que han tenido al convidar al Colegio de Médicos de Barcelona, al que tengo el honor de representar, para darles una visión de la encuesta-estudio que se hizo entre los médicos sobre la eutanasia y cuál ha sido la evolución y las propuestas que desde nuestra corporación profesional modestamente queremos aportar a esta Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia.

En primer lugar, por citar la historia, en 1989, a raíz de la propuesta del Senador del Grupo Parlamentario Socialista Cesáreo Rodríguez Aguilera, que manifestó la intención de presentar una iniciativa sobre la eutanasia, en el Colegio de Médicos de Barcelona entendimos que era importante que, ante un problema de esta magnitud, el legislador conociera de una forma objetiva, pero también con un cierto rigor, cuál era la opinión entre los médicos sobre esta cuestión.

En la encuesta, que constaba de dos partes, se evidenciaba la necesidad de realizar un estudio más profundo, respetuoso y con más rigor conceptual. Nos percatamos en aquel momento, y a nadie se le escapaba que una gran confusión terminológica dominaba el debate social, político e incluso profesional, que ayudaba más a perpetuar este debate ideológico —era interesante ver extremos opuestos— que, a nuestro entender, a facilitar una oportunidad para poder profundizar en los problemas que realmente teníamos planteados de forma específica con el hecho del aumento de la expectativa de vida, la introducción de medios tecnológicos que permitían dar unas expectativas más allá de lo que años atrás era imaginable, y esto merecía, como decía, un rigor en el planteamiento mucho mayor del que se daba. Tengo que decir —y esto es un proceso de autocritica— que los médicos no eran ajenos a esta confusión. Como veremos en los resultados de la encuesta, los médicos, en un porcentaje importante o al menos no despreciable, también eran sujetos de esa confusión, y de lo que sí nos percatábamos a la vista de las encuestas que se hacían sobre población sana era de la existencia de una gran

desinformación o de un déficit de información objetiva sobre los procesos que acompañan determinadas enfermedades, el hecho propio de la muerte, cada vez más alejada de la realidad social, que hacían que la respuesta de la población y de los propios médicos ante este tipo de encuestas fuera difícilmente objetivable. También constatábamos entonces un déficit importante asistencial para los enfermos terminales, y la necesidad de una mayor formación médica desde el punto de vista técnico. Por ejemplo, España era uno de los países —y aún no ha alcanzado el nivel al que debería haberse llegado— con el consumo de morfina por habitante más bajo de Europa. Ése es un signo inequívoco de que hay muchos enfermos mal tratados que no reciben el tratamiento que corresponde a situaciones de enfermedad terminal, seguramente debido a una mala información y a una mala formación profesional, por una presión social a veces injustificada, por unos miedos poco justificados o al menos poco fundamentados desde el punto de vista médico. Para abordar estas situaciones, se necesitaba también una mejor formación de todos estos profesionales en el campo bioético.

También se evidenció que existía una correlación entre estos déficit y la respuesta mayormente angustiada de la población sana ante una situación terminal. Es decir, que nosotros interpretábamos, y así lo vimos, que en muchas de las encuestas que se hacían entre la población sana respecto a la eutanasia enfermedad terminal, la mayoría concebía el proceso de la muerte igual al proceso de sufrimiento, proceso con dolor y, por tanto, como la búsqueda de una salida.

El estudio se basó en una encuesta a través de un sistema —ahora no tengo aquí los datos técnicos— absolutamente contrastado para intentar saber qué íbamos a estudiar. Para ponernos de acuerdo sobre qué conceptos íbamos a analizar, nos centramos única y exclusivamente en dos sobre los que había gente que no estaba de acuerdo, pero era la fórmula para saber, a la hora de contestar, de qué estábamos hablando y qué se estaba respondiendo cuando nos referíamos a eutanasia pasiva o eutanasia activa, que son los términos a los que nos referimos. Los técnicos, mediante consenso con la propia Junta, intentamos recoger unas definiciones que nos aportó el Consejo de Europa, y que son las siguientes.

La definición de eutanasia pasiva que utilizamos en esta encuesta preveía tres supuestos. El primero era no comenzar o parar un tratamiento cuando el enfermo lo pidiera de una forma seria y explícita. El segundo era no comenzar o parar un tratamiento cuando su inicio o continuación no tuviera sentido de acuerdo con los criterios médicos disponibles en la actualidad. El tercero preveía comenzar un tratamiento que fuera necesario y que por su naturaleza estuviera dirigido a mitigar el sufrimiento grave de un enfermo, incluso si la muerte fuera o pudiera ser probablemente acelerada como consecuencia de este tratamiento. Ésta fue la definición que utilizamos en el estudio para la eutanasia pasiva. Para la eutanasia activa utilizamos esta definición: Acción que por su intención y naturaleza causa la muerte en una situación grave e irreversible.

No les voy a dar todos los resultados para no aburrirles, pero sí los más significados. En el caso de que hubiera una legislación, prácticamente todos los médicos opinaban que debía existir una cláusula de objeción de conciencia para los profesionales en caso de que la demanda del acto que se solicitaba no coincidiera con las convicciones morales, religiosas o de otro tipo —fundamentalmente éstas—, que son las que prevé la objeción de conciencia. Ésta era una de las conclusiones que recogió el estudio.

Una segunda conclusión, que también me parece muy importante, sobre todo porque ahora parece obvio pero en aquel momento suponía un punto de inflexión respecto a la concepción que muchos sectores de nuestra sociedad tienen respecto a esta actitud paternalista o excesivamente paternalista que debe tener el médico ante una situación de un enfermo terminal, fue la relativa a la pregunta de a quién correspondería la decisión sobre la conducta que debe seguirse con un enfermo incapaz para decidir. Una mayoría del 78 por ciento —o sea, que estamos hablando de cifras bastante contundentes— afirmaba que la decisión debía ser adoptada conjuntamente entre el equipo de profesionales —es decir, los médicos— y la familia, y tan sólo el 5 por ciento defendía que ésta debería ser una decisión adoptada única y exclusivamente por los médicos.

En el caso de un proceso irreversible, con deseo de muerte por parte del paciente, sólo un 9 por ciento de los médicos expresó la convicción de que se debería prolongar la vida. Para que lo entendamos, el prolongar la vida en este caso tendría una acepción que en la encuesta se refería a lo que llamaremos el encarnizamiento terapéutico, y lo digo para que no haya confusión. Habría un 9 por ciento de médicos que estaría a favor de continuar tratando al enfermo a pesar de esta voluntad. Aquí pondríamos otro caso, e introduzco elementos que son de autocrítica. Esto nos hizo pensar muchísimo en que había un importante sector del colectivo médico en el cual los conceptos, y sobre todo lo que se entendía por mitigar el sufrimiento o la medicina paliativa, no quedaban demasiado claros. (*El señor compareciente continúa su exposición proyectando diversas transparencias.*) Podemos ver, por ejemplo, un proceso irreversible e incapacidad para decidir. En otro caso se incrementa el porcentaje de médicos que están dispuestos a prolongar la vida a cualquier precio o a un precio excesivo, lo que llamaríamos encarnizamiento terapéutico.

Veamos lo que ocurre en el caso de la eutanasia activa. En los diversos supuestos, el número de los médicos que son favorables a la eutanasia activa oscila entre el 1 y el 10 por ciento, dependiendo de los supuestos. Éste es el que, curiosamente, tiene una mayor aceptación, que es el caso de un proceso irreversible y deseo de muerte de un enfermo terminal.

En el caso de un proceso irreversible e incapacidad para decidir, la opinión de los médicos que se manifestarían a favor de la eutanasia activa se reduce prácticamente a un 3 por ciento.

Pongo estas transparencias porque hacen referencia a un caso conocido por todos los españoles, que es el de las enfermedades que no son terminales pero sí gravemente incapacitantes y en las que hay deseo de muerte. Por todos

es sabido que, en este caso, se incrementa la opinión favorable de los médicos sobre la práctica de la eutanasia activa respecto al enfermo incapaz de decidir, pero nunca llega al caso del enfermo terminal.

Otra contradicción que surge entre el colectivo —igual que existe en la sociedad, porque no somos distintos— es la que les indico en esta transparencia relativa a la eutanasia activa ante muerte cerebral —no lo manifestamos expresamente, pero quizá los técnicos, ingenuamente, pensaron que esto no sería así—. Había un 5 por ciento de médicos que decían que estaban a favor de la eutanasia activa ante muerte cerebral, en la misma situación había un 7 por ciento que estaba dispuesto al encarnizamiento terapéutico y, un 82 por ciento que estaría dispuesto a aplicar la eutanasia pasiva. La contradicción estará en que en medicina muerte cerebral es muerte y, por lo tanto, no se puede matar a un muerto; no se puede aplicar eutanasia pasiva, ni activa, ni de ningún otro tipo. Ésta era una de las contradicciones y vimos que seguramente había un estado de confusión terminológica que también afectaba a los propios médicos.

En el caso de Cataluña, por el propio Código Deontológico vigente entonces y por la Ley de transplantes de órganos, en el caso de una muerte cerebral es obligado comunicarlo para el vaciamiento de órganos. Por lo tanto, tenemos que ser capaces de establecer estas conclusiones para hacer autocrítica e intentar ver dónde estamos.

Las conclusiones del estudio fueron las siguientes. La gran mayoría de los médicos, un 82 por ciento, se manifestaba a favor de las tres situaciones definidas anteriormente como eutanasia pasiva, y la inmensa mayoría de los médicos en situaciones distintas, entre un 90 y un 99 por ciento, dependiendo de cada situación, estaba en contra de la eutanasia activa.

La mayoría de los médicos —estoy hablando de grandes cifras, porque sobre los demás ya hemos visto que pueden existir contradicciones—, el 80 por ciento, considera que en aquella situación en la que un enfermo sufre un proceso irreversiblemente fatal y no está en situación de decidir, la decisión debe ser compartida entre médicos y familiares —es la primera transparencia que les he mostrado—. Me parece que es una idea que marca una inflexión importante.

Se constató que entre los encuestados, a pesar de que había, como es lógico, católicos practicantes, médicos de hospitales, médicos de familia, extrahospitalaria, privada, pública, mujeres, hombres, etcétera, no había diferencias sustanciales de opinión entre unos y otros. Esto también es importante reseñarlo porque es la opinión inmensamente mayoritaria del colectivo.

Se dio la circunstancia de que había una plena coincidencia entre la opinión de los médicos manifestada en este estudio y el Código Deontológico vigente en Cataluña en 1975 y que reformamos hace un año y medio, en 1997, en el que no se hablaba de eutanasia. Además, tengo que decirles a los que no son médicos que nosotros nunca hablamos de eutanasia, sino de buena o mala praxis, ya que a veces, cuando entramos en el terreno de las palabras, nos liamos bastante, y lo que intentamos es saber, delante de un

enfermo, lo que se debe defender en cada momento. Insisto una vez más en que lo que este estudio puso de manifiesto es que el concepto de buena praxis coincidía plenamente con lo que el estudio definía como eutanasia pasiva sin que nosotros le llamamos de esta manera. Era simplemente una forma de referenciarlo.

Una de las primeras preguntas que nosotros nos hacemos es que si la normativa legal y deontológica coincide en la definición de buena praxis, ¿es necesaria la regulación por ley de esta praxis? Digo esto porque, en realidad —y después les enseñaré algún gráfico—, la experiencia nos ha demostrado que cuando los enfermos han estado bien tratados y debidamente atendidos, de acuerdo con la legislación vigente —la Ley General de Sanidad y el Código Deontológico—, y los derechos de estos pacientes y de los profesionales son, evidentemente, respetados, no existe demanda de esta regulación. Ésta es una opinión que yo quería expresarles.

¿Qué ha ocurrido durante estos diez años en Cataluña? Que se han desarrollado los cuidados paliativos. Tengo entendido que vino hace unos días el doctor Xavier Gómez Batista, que ha sido el iniciador o impulsor del desarrollo de los cuidados paliativos en Cataluña y ha sido muy importante porque este plan de extensión hecho por el Gobierno de la Generalitat ha creado centros monográficos específicos para enfermos convalecientes, terminales y de larga estancia; ha hecho que situaciones que eran inasumibles por muchas familias fueran atendidas desde esta perspectiva; se han creado unidades especializadas a domicilio —yo les puedo decir que tengo una cuñada que se dedica específicamente a este tema y yo en mi actividad asistencial también la desarrollo— que han facilitado que la muerte se pueda producir en casa —utilizamos el término «natural», aunque «natural» no es la expresión, porque a veces «natural» quiere decir que no se interviene, mientras que en este caso se interviene para que el paciente no sufra, pero se hace en paz o con el máximo respeto a las convicciones y a las condiciones del enfermo— y, asimismo, ha habido un aumento considerable de la prescripción y consumo de morfina que se ha facilitado por parte de la Administración. Ahora no recuerdo la cifra exacta —no sé si el doctor Gómez Batista se la dio—, pero se ha multiplicado por muchísimo el nivel de consumo de morfina y se ha hecho una formación intensa y específica para los profesionales que se dedican a este ámbito.

Esto ha conllevado un aumento del prestigio científico y profesional de los cuidados paliativos. Se han creado sociedades científicas, tanto la catalano-balear como la española; revistas científicas; publicaciones no solamente en nuestro país, sino en todo el mundo; ha habido un reconocimiento internacional del plan de cuidados paliativos de la Generalitat, que es un programa demostración para todo el continente europeo, etcétera. En este momento para Sudamérica ha sido una experiencia que la propia Organización Mundial de la Salud ha valorado como positiva, y la propia población y los medios de comunicación en Cataluña han reconocido que ha habido un descenso de la demanda en negativo con respecto a diez años atrás.

La conclusión es que los enfermos terminales están mucho mejor atendidos, la percepción social ha mejorado y se ha empezado a romper la asociación de proceso irreversible igual a muerte con sufrimiento.

Voy acabando ya, señora Presidenta.

En la reforma del Código Deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña para adecuarlo a la situación actual utilizamos un método que no se había utilizado hasta la fecha por ningún Colegio profesional. Intentamos, aparte de que los expertos redactaran un texto, que el conjunto de los 27.000 médicos que hay en Cataluña conocieran ese Código y que pudieran presentar enmiendas de forma democrática. Se siguió un proceso participativo en el cual todos los médicos de a pie pudieran presentar enmiendas para ser debatidas, podían tener una segunda oportunidad y volver a presentarse si reunían un mínimo de firmas para que sus ideas progresasen y, finalmente, en el marco incomparable del Palau de la Música, unos 1.400 médicos nos reunimos para aprobar solemnemente el Código.

Quedaron reservadas doce enmiendas, de las cuales algunas hacían referencia —obviamente nuestra sociedad es plural y tiene que haber opiniones para todo— al médico ante la muerte o los enfermos terminales, y había enmiendas de todo color, como ustedes pueden imaginar, desde gente que quería que la eutanasia activa fuera explícitamente nombrada en contra, hasta otros profesionales que querían que esta cuestión se tratara de otra forma.

Se logró un nivel de consenso muy importante —y lo digo porque me siento muy orgulloso por haberlo alcanzado—, ya que se respetaron las conciencias de todo el mundo, y se llegó a un texto que yo pienso que es muy moderno, que aspira a la defensa de la vida y, al mismo tiempo, a la defensa de la calidad de la vida y de la capacidad del enfermo para poder decidir sobre el momento más crucial de su existencia.

Aquí pueden ver una transparencia donde se expresa gráficamente lo que se decidió establecer en el momento en que se aprobó el Código Deontológico. En cualquier caso, le he dejado a la señora Presidenta unos cuantos ejemplares del Código para que sus señorías también lo tengan.

Les reseñaré ahora simplemente unos cuantos artículos que les iré comentando. El primero de ellos dice así: Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de su muerte. El médico debe velar para que este derecho sea respetado. El médico ha de tener en cuenta que el enfermo tiene derecho a rechazar el tratamiento para prolongar la vida. (Ésta fue una primera afirmación.)

Hay otro artículo que dice lo siguiente: Es deber médico fundamental el ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que ha dado sentido a su vida. Cuando el estado del paciente no le permita tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas a él vinculadas, pero les señalará el deber de respetar lo que se cree que habría sido la opinión del enfermo. (Siempre teniendo en cuenta que el enfermo, incluso por encima de los intereses de la familia, aunque éstos sean coincidentes, debe ser el objeto fundamental de defensa.)

Este otro artículo dice: El objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar ni alargar su vida, sino el promover la máxima calidad posible de aquélla. El tratamiento de la situación de agonía debe adaptarse a los objetivos de confort, sin pretender alargarla innecesariamente ni acortarla deliberadamente.

Finalmente, este último artículo hace referencia a lo que les comentaba antes sobre la muerte cerebral. Dice así: En los casos de muerte cerebral el médico deberá suprimir los medios que mantienen la apariencia de vida si es que no son necesarios para un trasplante previsto. (Es decir, el propio Código de Deontología marca perfectamente cuál debe ser la conducta del médico ante una situación así. Ante imágenes de situaciones de encarnizamiento como las que nos llegan en ocasiones, por ejemplo, desde Estados Unidos —allí el problema es la desconexión en tanto que aquí a veces el nuestro es justamente el contrario, la conexión—, es mejor pensar que, efectivamente, nuestro caso es absolutamente distinto.)

Las propuestas que finalmente formulamos propugnan seguir las recomendaciones de la propia Organización Mundial de la Salud en el siguiente sentido: la prioridad es mejorar la atención de los enfermos terminales antes que legislar sobre la eutanasia. Mantener que existe una discordancia total entre las encuestas de población sana y la realidad asistencial cotidiana. Cuando los enfermos son bien atendidos no hay demanda de eutanasia. En España se han hecho poco estudios a este respecto, pero en el que se hizo concretamente en el Hospital de la Santa Creu de Vich —que fue el primer hospital de España que se dedicó a estudiar este tema— con ocasión de una encuesta que se había realizado sobre cuál era la demanda de eutanasia, se demostró que ésta no llegaba al 0,5 por ciento y también quedó demostrado que cuando los síntomas eran controlados la demanda de eutanasia prácticamente desaparecía.

Las siguientes propuestas, que aunque no son legislativas sí me parece importante exponerlas en el Senado puesto que es una Cámara de representación territorial, se refieren a que hay que incrementar los niveles de educación y los valores éticos de la población, cosa que he comentado con una de sus señorías mientras comíamos. Y es que cada vez hay más desconocimiento entre personas de mi generación sobre el proceso de determinadas enfermedades o sobre cómo hay que cuidar a un enfermo —no digamos ya si el enfermo es terminal—. Esto debería hacernos recapacitar a todos sobre cuál es el papel que debemos asignar tanto a la familia como al propio enfermo.

Se deben incrementar los niveles de información a la población de los recursos existentes. Muchas veces esa falta de información conduce a que muchas familias se dediquen a dar vueltas y vueltas para acabar ubicando a su enfermo en un centro inadecuado. Por ejemplo, si se trata de un enfermo crónico pueden llegar a ingresarle en un hospital de agudos cuando podría estar mucho mejor atendido en el sitio que en realidad le corresponde.

Consideramos que hay que incrementar los recursos para el desarrollo y la extensión de los cuidados paliativos en España. La experiencia de Cataluña y de Canarias es muy buena. No es porque yo sea de Barcelona, pero creo

que España tiene que sentirse muy orgullosa de lo que se ha hecho en este campo en esas dos Comunidades Autónomas. Pienso que esto debería ser una prioridad por parte del Gobierno.

Evidentemente, nosotros también contemplamos que deberían existir soluciones individuales para casos excepcionales. A nadie se le escapa que hay situaciones en las que una legislación no podría contemplar todos los casos, pero lo cierto es que hay situaciones concretas que necesitarían, si no una legislación, sí de una solución justa.

Las últimas consideraciones son estas tres que les muestro. Pensamos que hay que «desmedicalizar» el debate. No somos los médicos quienes tenemos que hablar de este tema, y además aquí se nos abre un interrogante sobre si eutanasia activa o no y sobre si la eutanasia debe ser o no un acto médico —yo pienso que no—. Además, habiéndose llegado a ese grado de sofisticación o de recursos técnicos que hacen posible que el sufrimiento físico pueda ser controlado, de la misma manera que existen medios técnicos de muy fácil acceso, es decir, al igual que no se necesita ninguna sofisticación para llegar a la muerte, pienso que, sin necesidad de trasladar las responsabilidades a otros, debería tenerse en cuenta —al menos desde nuestro punto de vista— que la eutanasia activa probablemente no sea hoy en día un acto médico.

Debería considerarse también la validez del testamento legal. Hay países que han introducido este documento desde un punto de vista legal. En unos casos ha servido de elemento dinamizador mientras en otros ha sido un elemento entorpecedor en el sentido de que ha condicionado la capacidad del médico para poderse adaptar a las situaciones individuales de cada momento. En cualquier caso, el hecho de que este documento se recoja a través de un mecanismo que permita que se aseguren y se respeten las convicciones más íntimas del individuo, me parece, como mínimo, algo a contemplar. Lo que no sé es si en nuestro país, en el que ha existido siempre la figura del médico de cabecera, que debería ser el baluarte de estas convicciones íntimas, estamos dando la posibilidad de que realmente él pueda ser el abogado defensor del paciente ante el sistema.

Mi última consideración es que se debe tener en cuenta el coste y el beneficio. Como decía antes, legislar sobre la eutanasia activa pudiera ser que beneficiara objetivamente a algunos pacientes, pero el riesgo potencial sería mucho mayor para más cantidad de ellos. El ejemplo que les voy a dar está recogido en un editorial de la revista «New England Journal of Medicine», la más prestigiosa relacionada con nuestra profesión. En ella se recogieron en el año 1996 los siguientes resultados sobre la práctica de la eutanasia activa en Holanda: de 130.000 muertes que se produjeron por diversas causas en 1995, hubo 1.000 en las que no se habían dado las suficientes garantías que la legislación proporcionaba sobre el consentimiento del propio paciente. Esto está creando en Holanda una polémica importante ya que es cierto que la propia eventualidad de las situaciones que nos encontramos en el campo asistencial hace muchas veces difícil que un enfermo pueda manifestar su deseo. La realidad asistencial es que la gran mayoría de los enfermos no manifiestan el deseo de morir sino el de

no sufrir inútilmente. Lo que sí se ha dado en Holanda ha sido que, dentro de este porcentaje, casi el 1 por ciento de las muertes ocurridas en 1995 se dieron en circunstancias que no se han podido documentar suficientemente desde el punto de vista de la expresión explícita del paciente manifestando su voluntad de morir.

Señora Presidenta, he intentado ser escueto y rápido.

La señora PRESIDENTA: Muchísimas gracias, Doctor Padrós. Le aseguro que lo ha conseguido.

Abrimos turno de portavoces.

Cedo la palabra en primer lugar a la Senadora Costa Serra en nombre del Grupo Parlamentario Mixto.

La señora COSTA SERRA: Gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias también al señor Padrós por su intervención y por su claridad en la exposición, claridad que nos ha ayudado una vez más en cuestiones de terminología —después de haber oído a unos cuantos comparecientes— aunque no nos consuela que incluso entre los médicos exista esa confusión terminológica, en mi opinión, ello pone en evidencia que si entre la clase médica eso es así, la confusión todavía es mucho mayor entre los ciudadanos corrientes.

Casi al final de su intervención ha hecho usted referencia al testamento vital. Me gustaría saber qué valor otorgaban al testamento vital desde el punto de vista médico, en el estudio que ustedes hicieron, independientemente del valor jurídico que se les pueda otorgar a esos testamentos vitales. Porque si, según parece, casi un 80 por ciento de los médicos estarían de acuerdo en que en caso de que el enfermo no pueda tomar esa decisión por sí solo, es decir, en el caso de que sea incapaz de hacerlo, se tome entre médicos y familiares, ¿qué valor se le otorgaría entonces a una decisión tomada previamente por el enfermo cuando aún tenía capacidad para tomarla?

Por otro lado, ha quedado claro que desde el Colegio de Médicos se rechazaba la posibilidad de regular la eutanasia positivamente, por ley, porque daba a entender que al equipar la eutanasia pasiva con la buena praxis no era necesario regularla. Es cierto que en nuestro ordenamiento jurídico, en estos momentos, la conducta de eutanasia pasiva no está penalizada como tal, y, por tanto, no crea problemas desde el punto de vista penal, como podría hacerlo la eutanasia activa.

A mí me gustaría saber si en el transcurso de este estudio —me imagino que ha habido debate en este sentido— se ha planteado que, en aras a la seguridad jurídica de los propios médicos, cuando se encuentren ante casos que estén en el límite de la legalidad o en los que no sepan hasta qué punto pueden actuar, daría más seguridad que existiese una regulación positiva y no simplemente lo que sucede ahora, que, en el caso de la eutanasia activa, nos encontramos con situaciones que están tipificadas en nuestro Código Penal como conductas punibles.

Por último, ha hecho usted referencia —me alegro que así sea, porque en la mayoría de las intervenciones se suele obviar este apartado— a aquellos casos excepcionales, extremos y, afortunadamente, minoritarios, a los que no dan

solución todas estas medidas de las que hemos hablado, como los cuidados paliativos. ¿Qué pasa con estos casos? Usted ha dicho —y me parece totalmente acertado— que legislar para casos concretísimos probablemente no sea la mejor solución, pero me gustaría saber si su colectivo ha discutido, desde el punto de vista médico, de qué forma se podrían regular o cómo podríamos dar solución a estos casos tan extremos, que realmente no podemos obviar.

Por último, ya que ha hecho usted mención al caso de Holanda, quiero decir que, cuando se habla de la regulación positiva o por ley de esta praxis —ya ha salido en diversas comparecencias— siempre surge el miedo a que la falta de garantías o de control puedan llevar a prácticas que no estén dentro del término de la eutanasia. A mí me preocupa que pueda llegar a existir la convicción de que es necesario regular esta materia, pero que no nos atrevemos a hacerlo por la falta de garantías o por el miedo a que no exista el control suficiente para que se den los casos en los que realmente hay voluntad de hacerlo. Habría que saber si esta falta de garantías es lo que en determinados casos empuja, incluso al sector médico, a frenar esta posibilidad de regular la eutanasia, por miedo a que no exista el control suficiente sobre su práctica.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Costa.

Por el Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra el Senador Martiarena.

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias, señora Presidenta.

El compareciente ha sido bastante claro. Además, llevamos ya bastante tiempo hablando sobre esta cuestión, por lo que las opiniones se han precisado suficientemente. No tengo ninguna pregunta que hacer.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señoría.

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.

Quiero agradecer al doctor Jaume Padrós su comparecencia y la sinceridad con que ha realizado su exposición.

Ha comenzado su intervención haciendo referencia a la encuesta del Colegio de Médicos de Barcelona, sobre todo en cuanto a la confusión terminológica. Ha habido aquí otros comparecientes —no recuerdo quiénes, pero para el caso da lo mismo—, incluso el compareciente de hoy, que han cuestionado la encuesta de opinión de los médicos del Colegio de Barcelona. Había una confusión terminológica. Ante una muerte cerebral había partidarios de la eutanasia y partidarios de la obstinación terapéutica, lo cual, naturalmente, es una contradicción flagrante.

Me ha parecido entender que no debe hablarse más de eutanasia pasiva, sino que se considera una buena práctica médica. Incluso, entre las tres consideraciones finales, ha señalado que hay que desmedicalizar el debate, interrogán-

dose acerca de si la eutanasia activa es un acto médico. Posiblemente no, pero quien lo tendrá que llevar a cabo, si no es un médico, tendrá que ser un sanitario. Naturalmente, puede que no sea así, pero en este supuesto, el sanitario tendrá que dar bases a la sociedad para que después del debate pueda llegar a unas conclusiones determinadas. También sería bueno que la ciencia médica, ante la tesitura de decir: terminémoslo, responda: Ahí está la fórmula, aplíquese por quien corresponda, pero no por el médico o por los sanitarios. Aquí está parte del problema.

Nosotros hemos seguido una metodología según la cual en las comparecencias han participado sobre todo sanitarios, y hemos visto que la posición de éstos está en la línea de la encuesta-opinión de los médicos del Colegio de Barcelona, en el sentido de que el 82 por ciento estaba a favor de la eutanasia pasiva —hoy en día eso ya está superado, creemos que es una buena praxis médica, que incluso aleja de una mala praxis, como la obstinación terapéutica, muchas veces llevada a extremos muy flagrantes y, sobre todo, muy dados a los medios de comunicación, fruto de la cual se plantea una deformación más clara del problema de la eutanasia— y el 90 por ciento de la clase médica estaba en contra de la eutanasia activa.

¿Los cuidados paliativos no son una forma de muerte asistida? Evidentemente, sí. Es una muerte asistida, que, dentro de los cánones del código deontológico, intenta mantener la máxima calidad de vida del enfermo. Con el código deontológico, el problema de la eutanasia y de los cuidados paliativos queda hoy día reducido a la mínima expresión. Por tanto, no es extraño que en países, como Holanda, donde han empezado por plantearse primero el problema legal de la eutanasia y cómo solucionarlo, se susciten hoy día sus dificultades y si han acertado en la metodología o no. Una de las cosas que establece el código deontológico, para un médico que quiera seguirlo —que lo tiene que seguir y que procurará seguirlo— es que el primer motivo para no implantar el tratamiento al enfermo es que éste lo rechace. Una vez rechazado el tratamiento, lo único que tiene que hacer el médico es procurar mantener la mejor calidad de vida posible de ese enfermo y que la muerte le alivie de forma definitiva.

Estoy de acuerdo con las soluciones individuales, porque en medicina no hay enfermedades, hay enfermos, y cada caso es único, muchas veces por el contexto familiar consecuente. Una persona, como el doctor Padrós, dedicada a al gerontología, comprende esto muy bien. Muchas veces —lo decía también esta mañana— no es el dolor lo que hace pedir al enfermo la eutanasia, es más, casi nunca se pide. En la asistencia primaria he tenido ocasión de atender a toda clase de enfermos y puedo decir que no se suele pedir la eutanasia, sino todo lo contrario. Desde el punto de vista del médico de cabecera, que en este caso es un compañero de la familia, su reflexión es: ante el dolor, aliviémonos todos de la mejor manera posible, pero siempre dentro de lo que entendamos como código ético o como código deontológico, porque, si no, nos meteríamos en unos caminos muy difíciles.

Ha hecho tres consideraciones en cuanto a desmedicalizar el debate. En la situación sanitaria o en la situación mé-

dica puede ser una base la validez del testamento vital. Después ha hecho referencia a la relación coste-beneficio social y le pediría que ampliara usted qué es lo que entiende sobre ello.

Finalmente, quiero hacer una reflexión que es también una consideración que someto al doctor Padrós. La última reflexión que ha hecho en cuanto a la eutanasia en Holanda, el que de 130.000 muertos, 2.300 sean petición de eutanasia y, de los cuales, 400 no sean tales eutanasias sino suicidios asistidos da que pensar, al igual que 1.000, un 0,8 por ciento, no cuenten con la participación del enfermo ya que, por lo tanto, no existe la expresión de la voluntad del enfermo de forma fehaciente de que haya pedido la eutanasia. Como digo, esto nos tiene que hacer pensar el que quizá sea conveniente ir profundizando —no digo que no llegue, y no sé si ahora o dentro de un año— en los cuidados paliativos, porque es una forma de muerte asistida, a la cual podríamos llegar todos, si es que ése es el destino que tenemos preparado, es decir, con la máxima calidad de vida posible, rodeado de nuestra familia y en el propio domicilio. En este caso, los cuidados paliativos a domicilio están cumpliendo una gran labor tanto en Cataluña, porque lo he vivido, como en Canarias, porque lo ha dicho un compareciente.

Nada más y muchas gracias.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Señor Padrós, en nombre del mi Grupo le quiero dar las buenas tardes y las gracias por su intervención.

En primer lugar, quería preguntarle si se han hecho otros estudios desde su Colegio de Médicos o en otros a nivel de España, porque nos ha mencionado unos datos referidos al año 1989 y es evidente que en una década la opinión de los médicos ha podido cambiar mucho, y quizá la confusión terminológica ya no sea tanta como la que podía existir entonces.

Dicho esto, me gustaría preguntarle cuál es el grado de aceptación que tienen entre los médicos las normas de ética médica, o sea las que consideran que la eutanasia activa es contraria a la ética médica. Porque por los comentarios sobre otras encuestas realizadas en otros países y por noticias que salen a veces en periódicos médicos, los cuales están no sólo a favor sino que la practican, opinamos que a lo mejor no son tan pocos los casos en los que se practica y en los que se está de acuerdo con ella.

Ha hablado también del código de deontología médica y sabemos ya el proceso que han seguido en Cataluña, que es muy novedoso y es un buen ejemplo de cómo los códigos de normas éticas han ido avanzando a lo largo del tiempo, se han ido adecuando a la sociedad y se han hecho siempre de forma consensuada. Por ejemplo, el código internacional de ética médica hasta hace mucho decía que era deber del médico recordar siempre la obligación de preservar la vida humana. Hoy en día esto está superado, y

se ha proclamado que la obligación de aminorar los sufrimientos de una persona está por encima de la obligación de preservar la vida, es decir, no hay obligación de preservar la vida a toda costa. Partiendo de esos nuevos consensos que hoy existen sobre lo que es una buena praxis médica, quiero preguntarle si es posible que se puedan alcanzar otros nuevos acuerdos, o sea, llegar a considerar la eutanasia activa directa voluntaria como buena práctica médica en determinadas circunstancias.

Ha dicho usted que a la hora de decidir si se despenaliza o no la eutanasia hay que valorar el riesgo y el beneficio social, y considera que los beneficios individuales para determinados enfermos no compensan los riesgos, ya que éstos son muy grandes. Nos ha puesto el ejemplo de Holanda, que ya se había mencionado muchas veces en esta Comisión, y le quiero preguntar si las cifras que se dan en Holanda son consecuencia de cómo está allí regulado, porque no hay otro país en el que haya un estudio y no sabemos si se practica o no la eutanasia. Por las comparencias que hemos tenido aquí, muchos tenemos la impresión de que se practica la eutanasia pero queda en la intimidad de la relación entre el médico, la familia y el enfermo. Quiero preguntarle si esta situación de clandestinidad y de arbitrariedad no posibilita que los abusos sean mayores que si estuviera claramente regulado.

Por el momento esto es todo.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

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

El señor ZAPATERO VILLALONGA: Muchas gracias, señora Presidenta.

Al doctor Padrós también quiero darle las gracias por la claridad y la concisión de su exposición.

Me gustaría, si es posible, que tuviera la amabilidad de remitirnos los datos de la muestra de la realización de la encuesta, y saber si los que han dirigido esta encuesta no han tenido en cuenta el posible interés de una discriminación por edades y sexos de los encuestados, que a lo mejor era importante aunque no lo sé. Quizá, los que han organizado la encuesta no lo han creído así, y por eso los datos no arrojan ese sesgo o esa variación.

No me han sorprendido mucho los datos de la encuesta porque conozco bien a nuestros colegas de profesión y me extrañaría que esos datos no pudieran extenderse a todos los médicos del país.

Me ha llamado la atención el dato terrible del 9 por ciento de partidarios del encarnizamiento terapéutico. Después de la experiencia de las muertes en hospitales e incluso de algunas de personajes históricos bien cercanas a nuestros días, uno se estremece ante la posibilidad de que alguien sea partidario del encarnizamiento terapéutico todavía a estas alturas.

Ha habido muchas cosas de su exposición, doctor Padrós, que a mí me han aliviado y me han consolado, no poco, en mis pensamientos y en mis conflictos íntimos sobre este asunto de la eutanasia. Una de ellas, que el señor

Caillavet esta mañana ya la mencionó, es según sus palabras lo de desmedicalizar el debate y de que la eutanasia no tiene por qué ser un acto médico. Pero eso me alivia en cuanto a que el médico que realice un acto de eutanasia —no la califico para seguir la senda marcada por el doctor Cardona— no sé si aún quedaría extrañamente marcado y muchas veces en dificultades para el ejercicio posterior de la profesión normal. Mi pregunta es: ¿Iría alguien a un médico a ciencia y conciencia de que ha practicado antes la eutanasia? Pero también me pregunto, acto seguido, si no es el médico, ¿quién es?

También es consoladora la participación de la familia en las decisiones junto al médico. Al médico se le ha tildado muchas veces de paternalista. El médico ha actuado hasta ahora al menos con un paternalismo forzado por las circunstancias. ¿Quién de los que aquí hemos ejercido la profesión no ha oído eso de: lo que usted diga, doctor? Lo que pasa es que eso de: lo que usted diga, doctor, con lo que el doctor dice ha de compatibilizarse ahora con una situación de especial ensañamiento terapéutico posterior.

Yo dije en una reunión que tuvimos con juristas hace unos meses que el médico ejerce muchas veces la profesión con miedo. Los jueces que me escuchaban recuerdo que decían: y los jueces también ejercemos la profesión con miedo. No sé hasta qué punto esto es bueno. De todas maneras, la participación de la familia en esas decisiones es consoladora, necesaria y creo que justa.

También consuela no poco lo que usted nos ha contado aquí sobre intensificar los cuidados paliativos y su influencia en la demanda de la eutanasia. Soy testigo muy directo de la actuación de estas unidades a domicilio que verdaderamente están dotadas, además, de un talante especial. Nuestros colegas y ayudantes de esas unidades de cuidados paliativos a domicilio tienen un talante especial. No me atrevo a dar un calificativo para que no se haga burla una vez más de alguien recurriendo a esos paralelismos entre el médico y el sacerdote y demás historias.

También me han parecido muy bien y muy atinadas sus propuestas. Me gustaría profundizar, aunque aquí ya se ha debatido mucho la cuestión, sobre el testamento legal. He hecho personalmente una adenda a mi testamento notarial en la que, precisamente, descargo todas las decisiones que se puedan adoptar en dos vertientes: los médicos que me asistan y el consuelo a los familiares que me rodeen en ese momento. Esas dos cosas deben cohonestarse y que salga el sol por Antequera.

Pero yo me pregunto: ¿qué período de validez ha de darse a ese testamento legal? ¿Es que lo que hoy he dicho yo y he dejado puesto en una adenda en el notario vale para mañana? ¿Dentro de media hora habré cambiado de manera de pensar? No lo sé.

También me ha hecho reflexionar mucho lo que usted nos ha dicho sobre Holanda y sobre ese riesgo de la pendiente deslizante que no deja de ser una sombra amenazadora sobre estas decisiones y estas nuevas ideas sobre la eutanasia. La libre disponibilidad de la vida de otra persona me sigue pareciendo un riesgo muy cercano que puede reproducir situaciones que este mundo ha padecido no hace muchos años, más bien pocos.

Me sigue preocupando esa pendiente deslizante. Me siguen preocupando los excesos que puedan seguirse de una posible e hipotética legislación que podría ser innecesaria si la demanda de eutanasia se reduce a un mínimo en cuyo caso me parece bien la búsqueda de soluciones individuales para casos excepcionales como usted, doctor Padrós, ha apuntado a mi modo de ver muy acertadamente.

Nada más y muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Zapatero.

Voy a ceder la palabra al doctor Padrós para que conteste a todos ustedes.

Tiene la palabra el doctor Padrós.

El señor PADRÓS I CELMA (Coordinador del Estudio de Opinión sobre la Eutanasia del Colegio de Médicos de Barcelona y Secretario General del Consejo de Médicos de Cataluña): Muchas gracias, señora Presidenta.

Intentaré responder a todas las preguntas que me han hecho. En primer lugar, quisiera decir que tengo aquí la ficha técnica de la encuesta. Si sus señorías la quieren se la puedo facilitar y si resulta impresentable les haré llegar un documento con más calidad para que lo tengan en la Comisión.

Voy a intentar ordenar las respuestas. Cuando hablamos de la eutanasia pensamos siempre en sujetos sanos que manifiestan, ante una situación determinada, que ellos serían partidarios de la misma. Yo les digo que la realidad cotidiana no se corresponde con el debate social. En la realidad cotidiana la gran mayoría de los enfermos no manifiestan nada. Manifiestan que no quieren sufrir, que no quieren padecer, pero en el día a día no es la persona sana quien manifiesta estas cosas.

Llevo 17 años ejerciendo, soy hijo de médico y nunca he tenido una experiencia ni personal ni familiar de este tipo. Lo que sí te manifiestan los enfermos es la voluntad de no sufrir inútilmente, de no padecer un encarnizamiento terapéutico. Yo siempre les digo a mis enfermos que lo mismo que hay que tener un abogado de cabecera y un asesor fiscal de cabecera hay que tener un médico de cabecera.

Como tenemos un sistema sanitario que ha permitido que en 50 años hayan evolucionado las expectativas de vida pienso que tiene que haber un médico de cabecera que sepa orientar, que sepa aconsejar bien qué es lo que hay que hacer en cada momento y sepa actuar en situaciones en las cuales la decisión es muy difícil de tomar, pues un testamento vital, un documento, no puede prever todas las situaciones. Es imposible.

Yo como médico tendría en cuenta cualquier manifestación del enfermo, pero rehusaría que me condicionaran respecto al momento de tomar una decisión porque, como puede ocurrir cuando se toman decisiones, te puedes equivocar. En cambio, sí que aceptaría —y esto es algo que pido a mis enfermos, a todos mis pacientes, y que recomiendo que hagan todos los colegas— que los enfermos me dieran su opinión sobre cómo tiene que ser el final de su vida. Pienso que esto es muy importante.

No sé si estamos en condiciones de debatir ahora —no en nuestra sociedad, sino en el mundo en general— cómo se debe regular uno de los derechos o de los pasos más fundamentales de un ser humano, que es el tránsito a la muerte. Éste es un debate moral, religioso, de valores, de actitudes. Hay quien dice que la vida nos pertenece. No quiero entrar en el debate religioso, pero cuando uno es padre de familia y tiene familiares no sé hasta qué punto la vida nos pertenece solamente a nosotros o le pertenece a los demás.

Para llegar a una situación que nos permita hacer un debate con más tranquilidad sin tanto apasionamiento hemos de recordar que tenemos una asignatura pendiente en España y yo diría que en el conjunto de Europa, más en Holanda que en España, quizás por eso se han atrevido más a legislar, y es que los enfermos tienen que estar bien tratados.

Cuando tengamos aprobada esta asignatura estaremos en condiciones de poder hablar de lo demás. Pero hay un peldaño que aún no hemos subido, y es que la mayoría de los pacientes que no pueden decidir están muchas veces mal ubicados, mal tratados y llegan a la muerte con dolor.

Hay familias del entorno también mal asistidas. Hemos de recordar que muchas veces detrás de un enfermo que sufre hay una familia que sufre o que, al revés, detrás de un enfermo que manifiesta su sufrimiento hay una familia angustiada. Este tema hay que abordarlo de forma interdisciplinar y hasta que esta asignatura no esté aprobada muy difícilmente podemos hablar de lo demás de una forma desapasionada.

Sigo pensando como médico, como persona y como ciudadano, que los médicos hemos hecho un gran esfuerzo para dejar de ser paternalistas, pero esto no se debe a nosotros sino al modelo social que nos ha tocado vivir, pues los médicos actuamos, a veces, un poco de gurús. Cuando se acaban todas las soluciones hay enfermos que piensan que el médico tiene la última solución y que aún puede sacar un as de la manga.

Estas decisiones cuanto más se compartan mejor. Cuanto más se comparte el objetivo, que es que el enfermo esté bien atendido, que no sufra, menos riesgos de error hay. La experiencia nos demuestra que muchas veces hay contradicciones. Todos los que hemos hecho práctica asistencial nos hemos encontrado con conflictos familiares y de los propios pacientes en los cuales los intereses no son muchas veces concordantes. Aquí se ha de contar muchas veces con la habilidad del profesional, con sus conocimientos técnicos y profesionales, pero también de bioética, de saber exactamente manejar todos estos conflictos, que, a veces, son muy complicados.

Respondo a una pregunta de la Senadora Costa Serra, del Grupo Parlamentario Mixto, en la que nos hablaba sobre la confusión terminológica. Le decía que en aquel momento constatamos que existía esta confusión terminológica; de hecho hay sectores de la población profesional en que se produce, sobre todo en los que se dedican a este tipo de atenciones, porque no todo el mundo en la profesión médica se dedica a ello, ya que hay médicos que no ven enfermos terminales y, por tanto, pueden tener una percep-

ción muy distinta de la que les estoy expresando ahora, que es la mayoritaria pero, como en cualquier colectivo, repito, continúa habiendo sectores en que se produce la confusión terminológica.

Por ello, en los debates siempre digo que hablemos de conceptos porque si hablamos de palabras no nos entenderemos. ¿Cuál es el concepto importante? Sería cómo defendemos, cómo articulamos, cómo preservamos dos derechos que no son dogmas pero que deben ser importantes: el derecho a la vida o a una calidad de vida; el derecho a respetar las convicciones del paciente haciéndolo armonioso con la conciencia del profesional; cómo armonizar todo ello y conseguir que la calidad de vida de los enfermos sea la más óptima. Esto es de lo que debemos hablar. Pienso que introducir términos lo único que hace es confundir.

No hemos hablado expresamente en el código del testamento vital porque no sabemos qué validez va a tener desde el punto de vista legal. Ustedes comprobarán que en el código y en otros muchos artículos y apartados se habla de los derechos de los pacientes no solamente respecto a rechazar el tratamiento, sino a estar informado del pronóstico, del tratamiento, etcétera. Es obvio que si esto tiene que ser un documento escrito o no desde el punto de vista deontológico, el médico tiene la misma obligación de respetar estas convicciones del enfermo, escritas o no. Otra cosa es la validez legal en la que no puedo entrar. Como ustedes saben, por citar un ejemplo, en Suiza hay discusiones sobre cuál es la validez de este documento, hasta qué punto tiene que ser válido, como decía anteriormente el Senador Zapatero. Mi opinión personal es que, como médico, si se me presentan los enfermos con papeles, tendría la sensación de que una parte de mí, profesionalmente, ha fracasado porque si mis enfermos necesitan documentos para asegurarse de que voy a respetar su situación, significa que la relación de confianza entre el médico y el enfermo se ha roto. Fíjense que en los lugares donde este conflicto no se suscita es donde la comunicación entre los médicos de cabecera, por poner un ejemplo, y los enfermos se traduce en una relación mucho más franca. Esta situación no se plantea porque el médico conoce perfectamente las convicciones, las necesidades de sus pacientes, y viceversa. Por tanto, ante una situación de insuficiencias, hay países que han optado por la regulación, y Holanda no es precisamente el modelo de una buena atención a los enfermos terminales. Esto es así. En cambio, Cataluña en estos momentos es uno de los lugares de referencia en Europa y en todo el mundo sobre cómo se debe abordar esta situación. Como médico sigo reivindicando la expresión de la opinión de los médicos de Barcelona. Tengo que decir que estoy convencido de que es la expresión de los médicos de España en su inmensa mayoría, solamente con algunos matices. Me he referido al riesgo de la situación holandesa simplemente al hablar del coste-beneficio. Estoy convencido —es una opinión personal también— de que todos los países que han legislado no sólo sobre el testamento vital, sino sobre la eutanasia, van a dar marcha atrás, y me baso en los artículos que están apareciendo en diversas revistas y en los conflictos que ello suscita. Existe

un Estado de Australia que ha legislado sobre este tema y ya ha dado marcha atrás. Se contempla un derecho que sociedades sobre todo occidentales consideran fundamental, que es el derecho individual a poder escoger. Es la diferencia —me corregirá la señora Presidenta si me equivoco, ella es abogado y yo no— entre las sociedades latinas que dan más importancia al derecho a la vida que al derecho a escoger, y la jurisprudencia anglosajona, que da más importancia al derecho a escoger que al derecho a la vida. En esta contradicción nos encontramos. Yo abogo porque no tengan que ser incompatibles, pero la experiencia actual es que la controversia en los lugares donde esto se ha puesto en marcha es que las garantías que se pretendían defender no son suficientes. Seguramente falle por dichas garantías, porque cada caso es individual y los médicos nos encontramos en la gran mayoría de las situaciones no con las personas que salen en la televisión que dicen que han hecho un testamento vital, sino con una gran mayoría que no manifiesta absolutamente nada de esto. Es más, pienso que no hay nadie que quiera morir, ni siquiera en situaciones fatales. Lo que la gente quiere es no sufrir y reivindicar el derecho a no sufrir inútilmente. Repito, que es mi opinión y en este momento esto se está garantizando en parte aunque no totalmente. Tendríamos que avanzar en ello.

El caso del señor Sampedro es un caso extremo e individual que debería haberse resuelto de forma diferente. Primero, ha de ser muy respetado pero no es un caso de eutanasia. Estamos hablando de un enfermo que no es terminal. Estamos hablando de enfermos gravemente incapacitados con una situación muy peculiar y ha de ser analizado desde otra perspectiva. En nombre del Colegio de Médicos he hecho una apuesta por desmedicalizar, y lo digo porque una de las cosas de la que nos han acusado a los médicos en muchas ocasiones al hablar de este tema, es de que queremos ser los que cortemos la tarta. En el terreno de la asistencia a los enfermos terminales pienso que somos una parte de los que cortamos la tarta, pero no los únicos. Me da la sensación de que el tema de la eutanasia activa no es un debate médico, sino un debate social y que muchas veces la decisión la delegamos en el médico porque es la que menos molesta, pero el médico tiene también sus convicciones y su forma de pensar. Me cuesta mucho creer que tengamos una situación en la cual el 90 o el 99 por ciento de los médicos estén en contra de lo que se llama la eutanasia activa y que se pudiera imponer cuando existiera una cláusula de conciencia. Esto generaría otro nivel de conflicto.

La Senadora Rodríguez, del Grupo Parlamentario Socialista, apuntaba a las garantías de este tema. Como decía antes, no hemos de sacralizar los conceptos del derecho a la vida como si fuera una contradicción con la calidad de vida. Las dos son importantes, pero la credibilidad de los profesionales se basa en unas determinadas directrices, y me gustaría mucho creer que los pacientes aceptaran que un profesional, inducido por motivaciones que no fueran objetivas —estoy hablando en general, no de un caso individual—, se encontrara con que dependiendo de las circunstancias decidiera aplicar una cosa u otra, en un asunto tan importante como éste.

Me ha preguntado usted si a eutanasia activa sería bien aceptada por los médicos. Ya le he dicho anteriormente que no. La eutanasia activa como tal no está aceptada. Otra cosa —y volvemos otra vez al concepto— es que yo, suministrando un narcótico o un ansiolítico a un enfermo grave, terminal, para calmarle el sufrimiento, le esté indirectamente provocando la muerte. Esto no es eutanasia. Esto lo hacemos a diario. Yo lo hago a diario. Sé que estoy asumiendo un riesgo. Sé que le estoy recortando horas de vida. Esto no es eutanasia. Esto ha sido siempre una buena praxis. Lo que sería mala praxis es lo que ha sucedido muchas veces, y es que, por miedo a utilizar un narcotráfico porque lo tenemos sacralizado, ese enfermo no reciba la morfina y esté rabiando muchas más horas con un dolor insoportable. Esto es inadmisibles no sólo desde el punto de vista legal, sino desde el punto de vista deontológico y profesional. Seguramente ese médico es un incapaz para tratar enfermos. Esta situación también se ha dado. En muchas ocasiones he tratado a enfermos a los que indirectamente se ha provocado la muerte, pero no era el objetivo. El objetivo es lo importante. Es cierto que hemos tenido algún problema jurídico por la incomprensión de algún juez o de algún forense en alguna unidad de cuidados paliativos en Cataluña, pero se ha resuelto satisfactoriamente porque he de decir que detrás de estas unidades de cuidados paliativos existe un colegio profesional, una serie de expertos, una opinión pública favorable y la posibilidad de poderse explicar. Pero a los jueces, que son ciudadanos como los demás, les cuesta a veces entender que en una situación grave e irreversible no se aplique un protocolo de resucitación ante un paro cardíaco de una señora de 95 años con una demencia senil. Se pueden dar estos casos, la eventualidad siempre se puede dar en esta y en otras situaciones.

Yo pienso que el encarnizamiento terapéutico aún se da, por miedos. Los médicos hemos de pensar también que como ciudadanos la muerte es un signo de fracaso en un momento en que la gente no acepta el estar enfermo ni el morir. También debo decir que muchas veces analizamos a posteriori el encarnizamiento terapéutico, es decir, si nos ponemos ante la ventana de una unidad de cuidados intensivos y entra un señor accidentado, un politraumatizado, y le ponen sondas por arriba y por abajo, sueros y hay vómitos, sangre o pus, pero este enfermo sale adelante, la medicina ha triunfado, pero si no es así, ha habido un encarnizamiento terapéutico.

La toma de decisiones es muchas veces muy complicada y hacerlo desde la ventana permite poder hacer de juez, pero cuando estás en el meollo y es una situación aguda, el enfermo no ha manifestado nada y, a veces, no existen familiares que te lo digan. Es verdad que el médico necesitaría para otras situaciones una mayor tranquilidad y aceptación de que la muerte no tiene por qué ser un signo de fracaso, como lo es en la sociedad, sino que es un final que todos vamos a tener y que deberíamos poder asumir con menos desasosiego.

No existen encuestas más recientes. Lo que en mi exposición he hecho precisamente es hablar de la encuesta de 1989 y hacer un repaso de lo que ha pasado en 10 años. Las consecuencias de la encuesta, conjuntamente con la actua-

ción del Gobierno en el caso de la Generalitat, ha hecho que coincidieran en el tiempo y lo que sí les he hecho ver es que el cambio del código deontológico ha ido en la línea de las conclusiones de la encuesta. Por ejemplo, coincide en el tema de quién tiene que decidir en el caso de que un enfermo no pueda tomar decisiones. El respeto escrupuloso a la voluntad del paciente a poder rechazar un tratamiento está inmerso en todo el código deontológico y es importante.

Se concluye, y esto coincide, en el hecho de que existe en este momento una opinión, no solamente dentro del colectivo profesional, sino del entorno social, de que los cuidados paliativos han producido un cambio cualitativo, no solamente en el ámbito asistencial, sino —si me permiten, entre comillas, porque no me gusta mucho utilizar este término— en el ámbito ideológico, en el sentido de que ha interpelado a las conciencias, al buen quehacer de los profesionales, porque cuando hablamos de enfermos terminales en realidad podemos hablar de todo tipo de enfermos. Cuando hablamos del derecho de decidir, a rechazar un tratamiento, a una mejor calidad de vida, al derecho a la información, a estar informado de este tratamiento, del pronóstico, estamos hablando de derechos fundamentales, lo que pienso que interpela, no solamente a los médicos que trabajan en cuidados paliativos o médicos de familia, sino a toda la profesión y a la sociedad. Muchas veces cuando decimos que a un señor hay que aplicarle la eutanasia tenemos que pensar si esta respuesta no es, a veces, la cómoda para delegar responsabilidades sobre otros. Yo me he encontrado muchas veces con debates en los que se planteaba esta situación. Yo digo que es una cuestión que todos deberíamos poder discutir de forma desapasionada, conjuntamente, recordando cuáles son los objetivos, pero, sobre todo, recordando que tenemos uno pendiente más importante; que para poder plantear este segundo —no sé si la evolución de nuestra sociedad va a llevarnos hacia la eutanasia activa— tenemos uno más pendiente: que los enfermos terminales estén también bien atendidos. Entonces tendremos una demanda social menor y una mejor calidad social. Si cuando los enfermos se encuentran en una situación terminal no cuidamos de ellos, no sé qué percepción de calidad social y sanitaria estamos dando a estos enfermos.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Padros.

¿Desea intervenir nuevamente alguna de sus señorías?

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

La señora MARTÍNEZ CASTRO: Muchas gracias, señora Presidenta.

Yo creo que en el estado en que se encuentra este debate después de largas sesiones de trabajo, tal vez podía ser un ejemplo de conato de encarnizamiento jurídico el que el mundo del Derecho irrumpa en las relaciones que se dan ahora mismo en torno al tema de la eutanasia. Ya lo analizó así algún compareciente proveniente fundamentalmente del ámbito médico. Son relaciones que todavía no están en

un estadio en el que pueda entrar el mundo del Derecho. Por lo menos, yo lo veo así.

Quisiera hacer alguna reflexión y alguna precisión al señor Padrós, agradeciéndole su presencia aquí esta tarde, como lo ha hecho mi compañera.

En primer lugar, quisiera reflexionar sobre la encuesta que se ha hecho. Es verdad que 10 años es tiempo más que suficiente para que algunos comportamientos hayan variado, sobre todo a nivel de opinión. Pero me voy al año 1989, aunque, tal vez, si se hiciera ahora podría haber algún cambio sustancial, pero puede darse algún hecho objetivo, que usted apuntaba antes. Ha dicho que en la opinión que dan los médicos en esta encuesta se contienen las contradicciones que conlleva la sociedad. Yo creo que, además, esta encuesta puede estar, no contaminada, sino imbuida de otros elementos que también se dan en la sociedad y, por qué no, también en el ámbito médico, como es —lo digo entre comillas— la hipocresía social. Quiero decir que si a alguno de nosotros nos preguntan si somos favorables o contrarios a un tipo de conducta regulada en el Código Penal, yo creo que todos, cordial y cortésmente, diremos que somos cumplidores de la ley. Otra cosa bien distinta es lo que se haga en el ámbito de las relaciones privadas. Pongo esto entre comillas en torno a la encuesta porque a mí me ha sorprendido muchísimo, aunque hayan pasado 10 años, el importante número del colectivo médico que se declara contrario absolutamente a la eutanasia activa.

Insisto en la valoración que ha hecho mi compañera, en el sentido de que por las opiniones que se han dado hasta ahora en la Comisión y, por qué no decirlo, por la experiencia personal de cada uno de nosotros, por nuestras relaciones con casos médicos en fase terminal, la eutanasia activa existe, como las meigas. Incluso en algunos testimonios dados en estas comparecencias se han puesto de manifiesto. Lo que sucede es que se queda en el ámbito de las relaciones familiares y médicas. Hay una relación personal entre el médico, el paciente y la familia en el ámbito, no sólo ético, sino también de las propias convicciones, porque los médicos también son portadores de convicciones y de creencias, y analizan una situación terminal aguda con distintos grados de sufrimiento, sufrimiento que sabemos que no puede paliarse en todos los casos.

En este momento, y se lo digo a título personal, tengo la convicción, por lo que he oído en esta Comisión y por la propia experiencia del entorno, que la eutanasia activa se practica. Entiendo que no tenemos datos objetivos ni subjetivos que nos lleven a pensar que hay hechos que no se ajustan a una praxis médica razonable y ética, pero, como decía mi compañera, la Senadora Rodríguez, sobre lo que no se conoce, sobre lo que no se tienen estadísticas, malamente se puede hacer un diagnóstico aproximado o cierto. Por tanto, si la eutanasia activa se practica, no sé en qué medida, desde luego, no sabemos si se hace siempre dentro los criterios de rigor, de conocimiento de la verdadera voluntad del paciente a cuya vida al final se pone término. Son elementos que desconocemos. En algunos testimonios provenientes del sector médico se ha puesto sobre la mesa la incertidumbre, incluso el miedo, el temor, de que algu-

nos de estos acontecimientos salgan del ámbito privado, porque no se tienen garantías de cómo puede ser interpretado socialmente, incluso por los órganos judiciales. Hemos visto que quizá sería conveniente que se hiciera esa intrusión del mundo del Derecho en el mundo privado entre el médico y el paciente, con objeto de garantizar algunas responsabilidades de la clase médica, por un lado y, por otro, garantizar que se tenga en cuenta la voluntad del paciente.

Usted dice, doctor Padrós, que sería partidario de que se «desmedicalizara» la eutanasia. Yo creo que se puede «desmedicalizar» el debate sobre la eutanasia y el sondeo de la opinión pública sobre ella; creo que hay que abrirlo y sacarlo fuera del ámbito médico para saber de una forma, más o menos científica, cómo evoluciona la opinión pública en relación a los actos eutanásicos.

Y digo esto, porque creo que en este tema hay una contradicción. En mi opinión, la decisión de que se practique la eutanasia activa no puede ser un acto médico, sino que debe ser un acto voluntario del paciente en ejercicio de su libertad, bien manifestada personalmente, bien a través de un documento fehaciente de un portador, de un apoderado, o de cualquier persona que conozca, como incluso del propio médico que le atiende. Desde luego, el ideal sería que el médico de familia, aquel que atiende a un enfermo de esta naturaleza, supiera de verdad, íntimamente, qué es lo que el paciente quiere y piensa al respecto.

Pero aunque la decisión no debe ser un acto médico, tiene que estar basada en un diagnóstico médico; es decir, quien tenga que tomar esa decisión debe tener la certeza de si puede seguir viviendo o no, de si ha llegado a su último término, o de si tiene posibilidades de tratamiento. Por tanto, el proceso sería el siguiente: diagnóstico médico, decisión voluntaria de aquel que solicita que se le practique la eutanasia, y posteriormente, la ejecución. En este sentido, quisiera saber si, en su opinión, también la ejecución debería ser un acto médico, porque creo que confiar la práctica de una medida como es poner fin a una vida a una persona sin pericia en el procedimiento a aplicar podría conllevar un ensañamiento añadido a la propia enfermedad terminal que sufra el paciente.

Creo que la clasificación: diagnóstico previo, decisión voluntaria de aquel a quien se le tenga que practicar la eutanasia, y ejecución por parte del ámbito sanitario o médico, se podría poner en relación con el tema de la objeción de conciencia en el caso del aborto. Así, entiendo que cualquier médico que, sobre la base de un diagnóstico, tuviera que hacer efectiva una decisión de eutanasia activa tendría derecho a objetar en uso de su libertad personal y según su conciencia y, por tanto, no practicarla. Pero, en cualquier caso, el ámbito sanitario tendría que garantizar que se pudieran tomar ese tipo de decisiones.

Y también en este tema veo que existe una contradicción difícil de solventar, no sólo por el estado del debate, sino también por su mención a la falta de confianza —algo que le repelería personalmente— ante el hecho de que en la relación médico-paciente hiciera falta un documento para que constara la voluntad de este último. Y digo que existe una contradicción, porque atendiendo a esa relación

tan intensa médico-paciente, en la que al final queda determinada la decisión a seguir —aunque no sé a qué nivel—, si se quiere hacer un esfuerzo por «desmedicalizar» el hecho eutanásico también hay que dejar que entre en juego la libertad de la persona que pide que se practique ese acto médico.

Por último, coincido plenamente con usted en su afirmación acerca de que el sistema sanitario español padece algunas deficiencias —que compartimos con muchos países, tanto europeos, como de fuera de Europa— en la incipiente implantación de los cuidados paliativos, así como en la propia formación médica; es decir, en cómo afronta, tanto el médico personalmente, como el entorno familiar del paciente, el hecho de la muerte. Si esa etapa se hubiera agotado y existiera suficiencia de formación y de tratamientos paliativos del dolor, podríamos dar un paso más allá si, a pesar de haberse cubierto esa etapa, hubiera personas que demandaran hechos eutanásicos.

Pero mientras el sistema sanitario evoluciona y se palián esos déficit sanitarios, ¿qué se puede hacer con quien exprese su deseo de querer morir? Porque eso de que nadie quiere morir, dicho así, queda muy bien. Yo lo suscribiría. Pero creo que a todos nos consta que hay personas que de forma voluntaria y responsable deciden poner término a su vida. Aunque no puedo hacer encuestas al respecto —éste es un debate incipiente y público que esta Comisión quiere llevar a cabo con sosiego y, por supuesto, agotando las etapas que sea menester—, creo que se trata de una realidad social, y tengo la convicción de que el colectivo médico la conoce mejor que nadie. Sin embargo, en mi opinión hay muchos conocimientos del colectivo médico que todavía no han trascendido a las relaciones entre el médico y paciente, e incluso a las que mantiene con sus familiares.

Por eso, termino como he empezado, señora Presidenta. Puede ser un ejemplo del estado de la cuestión el que el mundo del Derecho quiera irrumpir —insisto, sin por eso quemar otras etapas y llevando a cabo ese debate sosegado para llegar a conclusiones entre la situación actual y la futura regulación de la eutanasia activa— en la relación paciente-médico-entorno familiar.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Está previsto que el plan de trabajo contemple la irrupción, como ha dicho su señoría, del mundo del Derecho en este tema. Por mi experiencia particular le diré que, pase lo que pase en esta vida, al final uno siempre acaba en terrenos jurídicos y con la ley en la mano. Es algo terrible.

Tiene la palabra el doctor Padrós.

El señor PADRÓS I SELMA (Coordinador del Estudio de Opinión sobre la Eutanasia del Colegio de Médicos de Barcelona y Secretario General del Colegio de Médicos de Cataluña): Gracias, señora Presidenta.

Señora Martínez, le agradezco mucho su intervención, no sólo por el tono de su señoría, sino porque ha puesto usted de manifiesto las contradicciones que existen en esta materia.

Debo decirle que durante todos los años que llevo practicando la medicina, y concretamente, la gerontología y los cuidados paliativos, no me he encontrado nunca con una situación de eutanasia activa, y tampoco la he visto en el caso de mis compañeros. Cosa distinta es que me haya encontrado con familiares de enfermos que pensaran que había practicado una eutanasia activa. Por tanto, habría que analizar caso por caso. Pero la opinión de estos familiares se debe a lo que ya he comentado: al problema del conocimiento. En este sentido, voy a hacer una afirmación genérica, con todas las lagunas que tienen este tipo de afirmaciones. Muchas veces se han producido acciones de eutanasia activa por una incapacidad para resolver los problemas. Sin embargo, hoy en día no es admisible, ni deontológico ni profesionalmente, que no se puedan controlar los síntomas físicos de un enfermo terminal con los recursos farmacológicos de que disponemos. Aunque puede haber algún caso excepcional, en la actualidad está perfectamente graduada la forma de conseguir el control de esos síntomas. Por tanto, en muchas ocasiones lo que se esconde detrás de muchas de estas demandas es la falta de control de los síntomas.

Asimismo, en algunos estudios se ha demostrado que en el 60 por ciento —según creo recordar— de los casos de demanda de eutanasia activa en enfermos terminales a los que se les controlaron los síntomas el 58 por ciento presentaba síntomas de depresión severa. Así pues, es cierto, y usted lo ha expresado muy bien, que hay que «desmedicalizar», pero al mismo tiempo la información técnica debe llegar a la población. ¿Y cómo se hace una encuesta? Porque yo he visto varias de ellas dirigidas a la población desde todos los puntos de vista. Por ejemplo, se puede preguntar: En una situación grave e irreversible, y estando en una situación de sufrimiento, ¿usted pediría continuar viviendo? Un buen sociólogo diría que con una pregunta de este tipo se está condicionando la respuesta. Por tanto, como digo, hay muchas formas de hacer encuestas, y éstas se pueden dirigir hacia un lado u otro desde el punto de vista ideológico. En cualquier caso, la población está bastante desinformada. Como es lógico, no tiene por qué saber los recursos que existen desde el punto de vista técnico, pero es consciente de que hay unos profesionales que deben conocer los recursos de que se disponen para atender correctamente a los enfermos.

En cuanto a las hipocresías —y lo que voy a decir es una opinión personal; permítanme esa licencia—, el problema del señor Sampedro nos ha hecho reflexionar a todos, aunque sigo insistiendo en que no era un enfermo terminal, sino que se trataba de un problema distinto. Casos como aquel en que se encontraba el señor Sampedro hay muchos, y que hayan acabado como el del señor Sampedro, aunque no sé si muchos, también los hay. Y eso ha ocurrido en casa, en silencio, en el anonimato. Conozco este caso, como supongo que lo conoce la mayoría, por los documentos que nos han llegado, por los medios de comunicación, o por la televisión, y no puedo opinar al respecto. Habría que analizarlo con profundidad. Pero cuando hablamos de una situación como ésta pienso que no es única.

Son muy pocas las que existen, gracias a Dios, pero las hay.

Por lo que se refiere al testamento vital, no me parecería mal que existiera un documento que expresara ciertas generalidades. Lo que sí observaría como negativo, desde el punto de vista de la relación médico-enfermo, la cual fundamento en la confianza interpersonal, que es la base de nuestra actuación profesional, es que estuviera condicionada por documentos que nos dijeran en cada momento cómo deberíamos proceder. No me parecería mal la existencia de un documento que diera fe de la voluntad de un enfermo al que yo no conociera y en un medio hospitalario. Sin embargo, debo añadir que muchas veces estos documentos —por tanto, con base jurídica— significan que ha ido fracasando la relación de confianza, lo que se ha venido generalizando en algunos países y en los Estados Unidos.

En una sociedad como la nuestra el papel del médico de cabecera hasta ahora era importantísimo, y no sé si a veces aprovechamos suficientemente o damos protagonismo o fuerza suficiente a los agentes que tiene el propio sistema para garantizar estos derechos. Probablemente en algunos casos sea necesario que haya algún documento para que no exista esta eventualidad.

Respecto a qué es más prioritario y qué hacemos mientras vamos paliando el déficit de cuidados paliativos, pienso que es tan grande el déficit que tenemos que sólo para solucionar esta cuestión tendríamos faena para rato, porque es muy cuantioso el déficit que existe. Durante los últimos años se ha hecho un esfuerzo muy notable en este sentido. Personalmente, participo en cursos universitarios de formación de profesionales y el interés

que hay por este tema y lo que en realidad nos debería interesar como sociedad, que es el aporte de valores por parte de la sociedad civil y los profesionales, también es muy importante.

La demanda y la preocupación existen y pienso que es una asignatura tan importante y hay tanto trabajo aún por hacer que no sé si mientras tanto nos hemos de detener o emplear en excesivos esfuerzos que nos distraigan del problema principal. Y sigo insistiendo: es cierto que de alguna forma hay que reconocer los derechos individuales de la persona que solicita, ante una situación determinada, acabar con su vida. No voy a juzgarlo ahora porque no he venido para entrar en este terreno, pero para mí es mucho más importante que a los enfermos que no tienen capacidad para decidir y a veces con recursos económicos muy limitados se les condene a tener que llegar al final de su vida en condiciones indignas. Pienso que esta asignatura que tenemos pendiente es mucho más importante y que nuestros esfuerzos deberían ir básicamente en esta dirección.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Padrós.

Finalizada la comparecencia de esta tarde, tan sólo me resta darle las gracias nuevamente al doctor Padrós por su muy ilustrativa comparecencia, darle las gracias también por la documentación que nos ha aportado y recordarle que se compromete a enviarnos los datos de la encuesta.

A todos ustedes, señorías, muchas gracias también.

Se levanta la sesión.

Eran las dieciocho horas y quince minutos.