

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 jueves, 21 de octubre de 1999

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias para informar sobre la materia objeto de estudio de la Comisión:

- De don Salvador Cervera Enguix, Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria de Navarra (Número de expediente 715/000377).
- De don Ignacio Berdugo Gómez de la Torre, Catedrático de Derecho Penal y Rector de la Universidad de Salamanca (Número de expediente 713/000840).

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

La señora PRESIDENTA: Señorías, se abre la sesión.

En primer lugar, procede someter a consideración de los portavoces la aprobación del acta de la sesión anterior, que ha sido repartida a sus señorías con anterioridad. ¿Puede entenderse aprobada por asentimiento? (Pausa.)

Queda aprobada.

COMPARECENCIAS:

- DE DON SALVADOR CERVERA ENGUIX, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSI-

QUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (715/000377).

La señora PRESIDENTA: Comenzamos con el punto primero del orden del día. Comparecencia de don Salvador Cervera Enguix, Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria de Navarra.

Quiero transmitirle que es para los miembros de la Mesa y para mí un honor contar con su presencia aquí, y en nombre de ellos y en el mío propio le doy la bienvenida a esta Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia.

Tiene la palabra, doctor Cervera.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): Muchas gracias, señora Presidenta.

Voy a exponer brevemente la metodología seguida a la hora de plantear mi intervención en esta comparecencia. Antes de ello, quiero comentarles que he traído cierta documentación que luego tendré ocasión de explicar y que entrego a la Presidencia por si los Senadores estiman conveniente tener esta información.

En primer lugar, considero oportuno comentarles en calidad de qué estoy aquí. Como ya se ha dicho, yo pertenezco al mundo universitario desde hace algunos años. Soy Catedrático de Psiquiatría y en este momento presido la Sociedad Española de Psiquiatría y, además, formo parte del Comité Ejecutivo de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Dicha Asociación está formada por una pequeña Comisión de siete miembros y por unos representantes de zona de distintos países del mundo. Yo pertenezco a la zona 8, que es el sur de Europa; concretamente comprende Portugal, España, Italia, Grecia y Albania.

Les cuento esto porque, como miembro de este «board» directivo de la Asociación Mundial de Psiquiatría, considero importante que ustedes tengan a su disposición —en caso de que todavía no la tengan— la Declaración de Madrid, que, como su propio nombre indica, se aprobó en esta ciudad en el año 1996, cuando tuvo lugar el Congreso Mundial de Psiquiatría. Disculpen que se la entregue escrita en inglés, pero sepan que hay una traducción oficial en castellano de la propia Asociación. ¿Por qué les entrego la Declaración de Madrid? Por si quieren consultarla. Se trata de una reflexión que llevó a cabo el Comité de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría, de la cual forman parte más de cien sociedades de todo el mundo. Esto quiere decir que es un documento consensuado. La Comisión de Ética estudió los principios fundamentales de la Asociación Mundial y, posteriormente, se sometieron a estudio y votación de la Asamblea, que los aprobó en 1996.

Leyendo esta Declaración pueden ustedes conocer cuáles son los fundamentos de la Asociación Mundial de Psiquiatría, pero hay un apartado que a mí me parece de especial relevancia para esta Comisión, que es que junto a las normas generales de la Asociación hay unas normas para situaciones específicas. Estas situaciones específicas fueron cinco en aquel entonces, y una de ellas, la primera, hace referencia a la eutanasia; las cuatro restantes eran tortura, pena de muerte, selección de sexo y trasplante de órganos. Como miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatría, a mí me ha parecido interesante presentarles esta documentación y me gustaría leerles después la parte correspondiente a la eutanasia, que no es muy extensa, porque su contenido coincide con la postura que voy a adoptar ante esta Comisión.

En segundo lugar, quiero dejar claro que les hablo como médico psiquiatra. Tengo cuarenta años de experiencia profesional, desde que obtuve la especialidad en psi-

quiatria, y la clínica psiquiátrica es una fuente de información muy rica respecto a pacientes que, generalmente por enfermedad, no desean vivir. Llegan a confesarte que van a poner en marcha una serie de actos porque están absolutamente convencidos de que no merece la pena la existencia que llevan y desean dejar de vivir. Considero bastante interesante analizar a fondo situaciones de este tipo. Por tanto, les hablaré como médico que conecta con pacientes que desean morir.

En tercer lugar, y quizá sea por la profesión de psiquiatra —donde combinamos los avances de la técnica con la persona humana que enferma psíquica o corporalmente—, no he podido resistir la ocasión de ofrecerles a ustedes algún tipo de reflexión sobre el planteamiento de la eutanasia desde un punto de vista antropológico a nivel personal. Es decir, a lo largo de mi intervención mantendré la tesis de que hay que considerar al ser humano desde dos puntos de vista: como persona formada por algo biológico y como persona con funciones psíquicas. Considero que hay que tener en cuenta estos dos aspectos a la hora de abordar un tema como la eutanasia; es decir, es fundamental hacer un planteamiento desde el punto de vista de la enfermedad biológica —en este caso, todo lo relacionado con enfermedades incurables, enfermedades somáticas graves que incapaciten— y desde el punto de vista psíquico porque influye en la propia persona.

Planteo en este texto algunos aspectos fundamentales de esta reflexión antropológica de la que hablo. No me voy a detener a explicarlos porque estoy seguro de que al responder a sus preguntas tendré ocasión de manifestar su contenido.

Como último documento les he presentado —por si ustedes lo desean y perdónenme el atrevimiento por mi parte— una fotocopia de un libro que se titula «Seducido por la muerte». Es un libro de Herbert Hendin que tiene en este momento una trascendencia muy grande. Siento que esté en inglés, pero no crean que es una pedantería, sino que no he encontrado una información actualizada en castellano.

¿Por qué les traigo yo este libro? Se lo traigo, primero, para que sepan que existe por si ustedes están interesados, pero, fundamentalmente —y ésta es la fotocopia que les entrego—, porque al final de los distintos capítulos que trata hay una bibliografía que pueden consultar si alguien de ustedes está interesado en tener referencias de los distintos puntos que se refieren a la eutanasia. Les entrego este material y si ustedes lo desean lo utilizan.

Desde el punto de vista del psiquiatra quisiera hacerles una pregunta absolutamente importante. ¿El sufrimiento es algo propio de la persona? La contestación que ustedes darían es que sí, porque es probablemente la misma que daría yo. ¿Qué es propio de la persona? Propio de la persona son los aspectos positivos tales como la alegría, la búsqueda de la felicidad y también el sufrimiento y las penalidades que la vida nos proporciona. No hay que ir a buscar el sufrimiento por el sufrimiento porque eso sería una pequeña tontería y, además, un acto de masoquismo que se extralimita de la persona. Pero de la misma manera que nos gusta —y es lógico que así sea— tener un índice de felicidad y de bienestar bastante marcado, también tenemos que asu-

mir la posibilidad de establecer en algunos períodos de nuestra existencia vivencias o sentimientos de infelicidad y de padecimiento. Lo digo por lo siguiente. Probablemente la tendencia mayoritaria, sobre todo en sociedades en las cuales el tecnicismo está muy elevado y el nivel de vida, además, es muy alto, es aceptar sólo como normal lo que supone bienestar y rechazar por completo o huir de todo aquello que suponga padecimiento, molestia, dolor, etcétera. Deberíamos, sin ánimo de ser masoquistas —ésa es la primera cuestión que establezco— plantearnos lo conveniente de aceptar que a través del bienestar y del malestar, la persona, cuando es persona, puede obtener en cierta medida un conocimiento, una experiencia. Éste es un primer punto.

El segundo punto es que tenemos que analizar si el deseo de muerte de quienes desean quitarse la vida por padecer una enfermedad desde un punto de vista biológico, somático, o psíquico es normal o patológico; es decir, hay que saber qué es la tristeza normal y qué es la tristeza patológica, que no es lo mismo. Las vivencias que un enfermo con depresión grave tiene de sus ideas de muerte son de tal calibre e intensidad, son cualitativamente de tan diferente calidad, que la tristeza patológica difiere extraordinariamente de la tristeza normal; de ahí que desde el punto de vista de la psiquiatría haya que definir qué es tristeza normal y qué es tristeza patológica.

El tercer aspecto es que nos vamos a encontrar ante situaciones que hay que analizar desde un punto de vista somático, como es el caso de las enfermedades graves que producen una consunción evidente del sujeto que sabe que se va a morir y si no lo sabe lo siente perfectamente, y hay enfermedades psíquicas —como les decía al principio— que están cargadas de esa emocionalidad hacia el deseo de muerte.

Lo que generalmente admitimos los especialistas en psiquiatría es que la vivencia de muerte que una persona tiene o los deseos de muerte que posee deben ser analizados desde la perspectiva de las funciones psíquicas que están alteradas. Quiero con esto significar —y me parece que es importante decirlo— que en la mayor parte de las ocasiones el deseo de morir es consecuencia de un sentimiento, de un estado vivencial que implica las ganas de morir, pero cuando una persona tiene una patología psiquiátrica, desfigura, con ese deseo de muerte, con ese sentimiento, la propia realidad, su personal realidad. Esto tiene mucha importancia, porque nos va a hacer pensar que no siempre una persona que diga que quiere morir tendrá —entre comillas— argumentos suficientemente valiosos.

El segundo punto de vista es que tanto si una enfermedad es orgánica como si es psíquica produce un modo personal de vivir esa enfermedad. Si una persona tiene una patología somática como puede ser un cáncer, y ese cáncer está muy avanzado y su estado es prácticamente terminal, va a quedar afectada desde el punto de vista psíquico. Lo que nosotros nos planteamos como médicos a la hora de abordar esta cuestión es que no es tanto el estudio de esos deseos de muerte que tienen los pacientes, sino el análisis de las alteraciones psicopatológicas que están presentes y —si se llega al diagnóstico de un cuadro depresivo aso-

ciado a la enfermedad somática o a un cuadro depresivo asociado a una patología psíquica— llevar a cabo el tratamiento de esa patología depresiva.

Quien tenga un poco de experiencia como médico en estas situaciones podrá hacerse cargo de que algunos pacientes que, producto de su enfermedad depresiva, por ejemplo, tenían unos grandes deseos de muerte, mejoran cuando abordamos el tratamiento de la depresión y éste ha sido eficaz, porque el planteamiento que se hace el propio paciente, aun teniendo un agravamiento de su patología somática, es completamente distinto. Cuando estaba ante unas manifestaciones depresivas intensas no tratadas quería morir y cuando sale de esa depresión entonces ve las cosas desde una perspectiva más realista.

Yo no quiero seguir más con este monólogo. Pero desearía leerles —y a partir de aquí ustedes me hacen las preguntas que consideren convenientes— lo que dice la Declaración de Madrid sobre la eutanasia. Dice así: «La primera y principal responsabilidad del médico es la promoción de la salud, la reducción del sufrimiento y la protección de la vida».

Repito que es una declaración consensuada por 127 sociedades miembros, de todo calibre, de toda condición e, incluso, de todo desarrollo científico.

Continúo: «El psiquiatra, entre cuyos pacientes hay algunos que están incapacitados y no pueden tomar decisiones informadas, debe ser particularmente cuidadoso con las acciones que pudieran causar la muerte de aquellos que no pueden protegerse debido a su discapacidad.» No cabe duda de que se está hablando de la verdadera acción eutánica, no de lo que se puede conocer con el nombre de la muerte asistida o el suicidio asistido. Se está hablando de la acción del médico ante un discapacitado profundo y que, por las circunstancias que sean, se plantea esta posibilidad; es decir, como no pueden tomar decisiones informadas, «... debe ser particularmente cuidadoso con las acciones que pudieran causar la muerte de aquellos que no pueden protegerse debido a su discapacidad.»

Y termina: «El psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones de un paciente pueden estar distorsionadas por una enfermedad mental, tal como la depresión. En estos casos, el deber del psiquiatra es tratar la enfermedad.» Esto es lo que señalaba antes.

Con esto, doy por terminada mi exposición.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Cervera.

En estos momentos, se está repartiendo a las señoras y señores Senadores una copia de la Declaración de Madrid, así como del documento sobre la Antropología de la Eutanasia, porque he entendido que usted tenía interés en que también se repartiera.

Corresponde ahora intervenir a los distintos portavoces y, posteriormente, les puede usted contestar a todos conjuntamente. Normalmente utilizamos esta técnica porque es mucho más fácil agrupar la respuesta dado que se suele coincidir en las preguntas que plantean.

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

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias.

De momento, no tengo preparada ninguna pregunta, por lo que únicamente le quiero dar las gracias por su comparecencia.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Martiarena.

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 Cervera su comparecencia y su exposición, así como las respuestas que nos va a dar a las cuestiones que le planteemos.

Algunos comparecientes nos han dicho —y, además, por poca experiencia profesional que se tenga hay varios miembros de la Comisión que somos médicos— que en una situación de angustia —que a veces no es sólo personal sino ambiental, por la familia y demás—, las peticiones de eutanasia pueden estar influidas por todo un conjunto de circunstancias y, entre ellas, casi siempre subyace una depresión. Quisiera someter a su consideración las dificultades de diagnóstico diferencial para, en estas circunstancias extremas, determinar si hay una psicosis depresiva; si desde el punto de vista del especialista experimentado en psiquiatría se puede hacer un diagnóstico diferencial, concreto y claro, que pueda tener una base suficiente para poder afirmar que subyacen los efectos colaterales de la patología depresiva, es decir, que no hay una neurosis sino una psicosis depresiva, que puede catalogarse y etiquetarse como tal.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al doctor Cervera, en nombre de mi Grupo, y agradecerle su exposición.

Se han hecho varias clasificaciones de las diferentes etapas psicológicas por las que pasa un enfermo terminal. Entre ellas, la más conocida es la de la doctora Kübler-Ross, que ha establecido cinco estadios ante la muerte: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Aunque es obvio que no siempre se observan todas las fases ni, necesariamente, en el orden que ella estableció. Teniendo esto en cuenta y que, como dice la Sociedad Española de Ciudades Paliativas en sus recomendaciones, es comprensible que una persona mortalmente enferma presente un desajuste emocional, que es diferente de la auténtica depresión, ¿considera que en la fase de aceptación descrita por la doctora Kübler-Ross, en la que la persona se da cuenta de que la muerte es inevitable y acepta esa situación, considera —digo— que se pueden producir peticiones de ayuda para morir que, por lo tanto, no serían señal

de enfermedad o de trastorno mental sino que serían unas peticiones totalmente racionales y legítimas?

En la Declaración de Madrid se dice que el psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones del enfermo pueden estar distorsionadas por la enfermedad mental pero, enlazándolo con lo que acabo de decir sobre que existe la posibilidad de que alguna de esas peticiones no esté distorsionada por una enfermedad mental, ¿considera que su decisión debería ser respetada?

Por último, quería preguntarle si en la Sociedad Española de Psiquiatría tienen ustedes estudios y datos concretos sobre morbilidad psiquiátrica en los pacientes terminales, qué datos aportan y si son fiables esas encuestas, porque ante Comisión compareció el doctor Calcedo, Jefe de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, y nos habló de estadísticas tan dispares como del 20 por ciento o más del 70 por ciento en la relación entre enfermedad terminal y depresión.

En todos los estudios nos indican que los pacientes con cáncer, sobre todo en las fases avanzadas de la enfermedad, constituyen un grupo de alto riesgo para el suicidio comparado con la población en general, y en alguna ocasión hemos hablado de los suicidios precoces. Me gustaría preguntar si tiene datos sobre que alguno de los suicidios que se puedan producir en estos enfermos terminales —y no me refiero sólo a los oncológicos— se deban a la inseguridad del enfermo irreversible que teme que no vayan a ser atendidas sus peticiones de ayuda directa a morir.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): ¿Podría matizar qué entiende por suicidio precoz?

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: El que una persona, ante el miedo de que en un futuro próximo no sea atendida su petición de ayuda directa a morir, decide, cuando todavía tiene por sí misma los medios para suicidarse, adelantar su muerte.

Eso es todo. Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señora Senadora. Finalmente, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Castell.

El señor CASTELL CAMPESINO: Buenas tardes, profesor Cervera.

Quiero darle las gracias por su exposición y por estar esta tarde con nosotros.

Ha sido usted muy claro en su exposición, sobre todo en la cuestión de la Declaración del año 1996 del Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar aquí en Madrid, pero en las declaraciones de otras asociaciones médicas se altera el orden de esas tres prioridades: promoción de la salud, reducción del sufrimiento y protección de la vida. Por ejemplo, a nivel clínico parece ser que los intensivistas están más directamente en contacto con posibles pacientes que en algún momento pudiesen acogerse a alguna de estas indicaciones.

Mi pregunta es si, por su experiencia, es cierto que cuando un paciente siente su gravedad o su estado terminal además del soma se le afecta la psique. ¿Tiene problemas psicosomáticos? ¿En cuántas ocasiones o circunstancias a nivel hospitalario, sobre todo, el clínico pide ayuda al especialista en psiquiatría para que trate de sacar de esa situación a ese paciente en fase terminal?

También quiero reiterar la pregunta de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista sobre si existen datos estadísticos sobre la relación entre enfermedad terminal y depresión, bien a nivel nacional o a nivel mundial.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Castell.

El profesor Cervera tiene la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): Muchas gracias, señora Presidenta.

El Senador Cardona ha hecho referencia a cómo las enfermedades somáticas, por ejemplo, generan situaciones de angustia que repercuten no sólo a nivel personal, sino, también, ambiental. Supongo que dentro de esa perspectiva ambiental tiene un papel predominante lo familiar. ¿Verdad? Esto es absolutamente cierto.

Al hilo de esto, me viene dado contestar a parte de la intervención del Senador Castell por lo siguiente: lo biológico y lo psíquico están íntimamente relacionado en la persona en todo. Si se tiene un dolor de muelas nunca se acompaña de un estado eufórico del ánimo. Eso es una realidad. ¿Por qué? Porque existe una unidad biológica y psíquica, a la cual hay que añadir también una participación social. Ése es un término que los psiquiatras utilizamos con muchísima frecuencia, y hablamos de esa unidad bio-psico-social. No cabe duda de que una situación somática genera preocupación, angustia, y bastará con que cada uno de nosotros nos imaginemos la posibilidad más o menos próxima de lo que es el proceso de morir.

Ahora bien, en el momento presente tenemos datos suficientemente claros tanto desde el punto de vista psicopatológico, como desde el biológico para poder llegar a establecer un diagnóstico preciso de lo que es una depresión. Si el Senador Cardona me permite, voy a intentar resumir brevísimamente esta cuestión, porque me ha mencionado dos procesos de enfermedad depresiva, uno neurótico y otro psicótico. Hoy día, en la terminología que habitualmente utilizamos, el término neurosis ha desaparecido —se han encargado los psiquiatras americanos de destruirlo y no quieren saber nada de neurosis— y se mantiene el término de psicosis, pero no para las depresiones. ¿Cómo se llama todo esto? Hoy día se llama trastorno depresivo recurrente que corresponde con lo que en la mentalidad —que la entiendo porque también la he tenido— de un médico es una psicosis depresiva. Lo que era antes neurosis depresiva, término que ahora está casi prohibido, ahora se llama depresión mayor, que puede deberse a una psicosis y un

trastorno depresivo recurrente o debido a unas determinadas características de personalidad. A mí me agrada que usted haya utilizado el término neurosis y el de psicosis y, aunque hoy día no está aceptado, le sugiero que sigamos por ese camino porque nos vamos a entender.

Una depresión de tipo neurótico tiene que ver muchísimo con la personalidad del que padece esa depresión. El término neurosis precisamente lo acuñó en su momento Sigmund Freud para hacer evidencia de una determinada patología psiquiátrica cuya etiología no era orgánica sino psíquica, y que se debía a una dinámica psíquica personal. Hablar de dinámica psíquica personal quiere decir que el sujeto en el ejercicio de sus funciones y de sus capacidades intelectuales volitivas, afectivas, emocionales o las que sea, elabora lo que él siente y vive y lo que desde fuera le llega, y establece un criterio sobre eso. En el caso de la enfermedad somática irreversible, esa elaboración va a tener mucho que ver con su personalidad.

Para aclarar más la cuestión, me va a permitir que le ponga dos ejemplos. Uno de los debates que tiene presente con mayor intensidad la psiquiatría es la siguiente: ¿Es enfermo mental o psíquico aquel que se siente enfermo? Existe la persona hipocondríaca que es la que tiene de forma exagerada la vivencia de que está enfermo por la más mínima cosa. Es decir, si yo fuera hipocondríaco y en este momento me pinchara un poquitín el dedo, inmediatamente me imaginaría que iba a tener el tétanos y que me iba a morir. Luego la vivencia de enfermedad no es un buen patrón para llegar al convencimiento de que aquella persona está enferma.

Le voy a poner otro ejemplo. La enfermedad psíquica por excelencia es la esquizofrenia. La esquizofrenia, la locura, entre otras cosas se caracteriza porque quien la padece no se siente enfermo; tiene una ausencia de conciencia de enfermedad, una ausencia de sentimiento de enfermedad. Por lo tanto, el mayor empuje que tenemos que hacer los psiquiatras para tratar a un enfermo esquizofrénico es que se deje tratar, porque no tiene vivencia de enfermedad.

En resumen, la vivencia de enfermedad es muy exagerada en la conducta del enfermo hipocondríaco y está absolutamente ausente en la patología psiquiátrica más evidente. Luego la vivencia de enfermedad no es el patrón referencial más claro e importante para discernir que una persona está enferma psíquicamente.

¿Cuál es ese patrón? La psicopatología, que son las alteraciones de las distintas funciones psíquicas. Ahí es donde el médico especialista y los que nos dedicamos a la docencia insistimos mucho a los futuros médicos. Todos los años yo les digo a mis alumnos de medicina que para mí lo importante es que ellos sepan conocer bien la psicopatología, que sepan diagnosticar y que sepan lo que deben hacer y lo que deben transferir al psiquiatra.

La psicopatología está perfectamente estructurada. Podríamos traer aquí a colación dos libros. Uno el de la clasificación de los trastornos mentales, que es el capítulo V de la CIE-10, en donde están perfectamente definidas las patologías psiquiátricas. ¿Por qué? Por una sencilla razón: porque precisamente la patología psiquiátrica se presta a puntos de vista diferentes.

Si se me permite la anécdota, le puedo decir el origen del otro libro, que es el DSM-IV. El origen del DSM-I se debió a que las compañías de seguro americanas estaban hartas de que en cualquier juicio, de un choque, por ejemplo, se citara a dos o tres peritos psiquiatras y cada uno dijera las cosas de distinta manera.

Decían: ¡Pero bueno! ¡Estos psiquiatras no se ponen de acuerdo! Se reunieron las potentes compañías aseguradoras en Estados Unidos y dijeron: Cojamos a un grupo de psiquiatras, paguémosles durante el tiempo que sea y que saquen una pequeña formulación diagnóstica de todos los trastornos mentales. Eso dio origen al DSM-I, que ahora es el DSM, la cuarta versión. La Organización Mundial de la Salud, siguiendo ese consejo y precisamente por tener un ámbito muy claro y muy amplio, creó la CIE-10 Capítulo V, de los trastornos mentales.

¿Saben ustedes que otras especialidades tiene la CIE-10 en otros capítulos? Ninguna. Todas las demás especialidades todavía funcionan con la CIE-9. Nosotros con la CIE-10. ¿Por qué? Porque somos conscientes de que para podernos entender tenemos que tener un mismo lenguaje común, que es la psicopatología. Ahí está determinada perfectamente la caracterización y la diferenciación psicopatológica de las patologías psiquiátricas. Pero me va a permitir que redunde, aún más, en este planteamiento que ha efectuado su señoría, que lo considero muy interesante, sobre el diagnóstico diferencial de la depresión.

Yo he dicho antes que si me duele una muela afecta a mi psiquismo. Y el fenómeno inverso: si tengo mi psiquismo afectado, también quedará afectada mi parte somática. Hoy día, en concreto en el tema de la depresión, existen pruebas biológicas que no diagnostican al paciente depresivo, pero sí están diciendo que esa persona, diagnosticada a través de los criterios CIE-10 y DSM-IV, padece un estado depresivo biológicamente demostrable.

En este aspecto —no sé si figura en el currículo que les he facilitado, probablemente sí— el punto 2 dice: alteraciones del sistema inmune en la depresión. Yo he estudiado durante bastantes años las alteraciones del sistema inmune en el paciente depresivo y puedo afirmar categóricamente que cuando un paciente tiene una enfermedad depresiva se altera parte de su sistema inmune, en concreto —y no lo consideren pedantería, pero tengo que decir las cosas por su nombre— el sistema monocitario. Si se hace un análisis a un paciente con estado depresivo, se verá que su sistema monocitario está alterado. Si se le pone un tratamiento y el paciente mejora, y cuando es completamente recuperado de su enfermedad depresiva, el sistema monocitario habrá revertido a la normalidad. Como ésa hay otras pruebas, como la de supresión por dexametasona, las pruebas de TSH, el estudio del electroencefalograma, tanto de sueño como de vigilia, e incluso también se está empezando hoy día a aportar algunas ideas en relación con la neuroimagen funcional y la estructural.

Termino con esto. Yo diría, sin miedo a equivocarme, que con los procedimientos que hoy día tenemos, si no se es capaz de establecer un diagnóstico diferencial de la enfermedad depresiva que padece cualquier persona, sinceramente me parece que deberíamos de cuestionar la capaci-

dad del médico, porque tenemos suficiente información. Creo que le he contestado a las cuestiones planteadas.

A continuación paso a contestar a la Senadora Rodríguez, intervención que le agradezco, porque me ha hecho unas cuantas preguntas muy interesantes, de las cuales no todas voy a poder contestar, ya que las desconozco.

Efectivamente es importante conocer el proceso psicológico que acontece en una persona con una enfermedad terminal, y que está muy bien descrito a través de esos cinco estadios. Aceptamos, por ejemplo —y es una tesis que yo le puedo plantear—, que cuando una persona está enferma terminalmente establece una negación de la enfermedad, cosa que es bastante frecuente. He visto pacientes terminales, cirróticos, con un cáncer de hígado, absolutamente amarillos y con el vientre como un barril, que hacen proyectos de vida incluso a largo plazo, y uno cuando les escucha se dice: ¿En qué pensará este hombre? ¿Si está muriéndose! Si admitimos que en las otras fases (negación, rabia, rechazo, etcétera) el planteamiento que un sujeto pueda hacerse respecto al deseo de muerte sería muy cuestionable, planteo la siguiente tesis: ¿Es la aceptación realmente de una calidad tan pura como para que no la podamos cuestionar, o es también una aceptación que quizá puede estar distorsionada? Yo creo que no se puede contestar exactamente a que en las otras cuatro etapas se distorsione la postura de la persona frente al planteamiento de la muerte y que, por otro lado, la aceptación de ella, no esté también distorsionada. Punto uno.

Vamos a aceptar —punto dos— que esa aceptación es racional, proporcional, ecuaníme, adecuada, y que esas peticiones, como usted muy bien ha indicado, puedan resultar racionales y legítimas. Podemos aceptar esto, pero a mí como médico que no me plantee que le proporcione la eutanasia, porque no lo voy a hacer. ¿Por qué? Porque veo detrás a una persona, y una persona no es sólo un conjunto de masa biológica y unos funcionamientos psíquicos, como en algunas ocasiones se dice que es pura química; no es sólo producto de las neurotransmisiones cerebrales. Una persona es algo más, tiene unas funciones psíquicas, sabe pensar, sabe razonar, es volitivo, etcétera, y no voy a explicarme más. Entonces, yo como médico, según la Declaración de Madrid, tengo que ver en él la posibilidad de ayudarlo para que siga siendo persona, y esa persona será tan persona antes de su enfermedad terminal como durante la misma y también en su fase terminal. Yo, como médico, evidentemente me tendré que ocupar de escucharle; de entenderle, y lo procuraré siempre, pero también de ayudarlo para ir a otros aspectos diferentes a los de esa manera de ser que él tiene, que le eliminan la predominancia de la idea de muerte.

Si a través de una exploración psicopatológica veo que hay evidencias claras de una enfermedad depresiva, tendré que tratarlo. Si veo que desde el punto de vista ambiental no hay un soporte adecuado para ayudarlo en esa enfermedad, tendré que ocuparme de esta cuestión. Si después de agotar todas estas posibilidades resulta que el paciente quiere morir, perdóneme, que se muera, pero yo no le voy a matar. Ése es mi argumento. Yo no puedo hacer eso, a mí en las facultades de medicina no me han enseñado esto y

yo a los alumnos tampoco les enseño esto, sino todo lo contrario: les enseño que tenemos que aceptar la enfermedad, hacer todo lo posible por remediarla, si se puede, y si no, cabe la posibilidad del consuelo.

Le voy a contar una anécdota que fue un hecho real, aunque prácticamente no tiene que ver con esto, pero sí con el fenómeno de la persona. Uno de los cirujanos más famosos del mundo, el primero que hizo intervenciones a tórax abierto, fue un suizo-austríaco —tenía las dos nacionalidades— que se llamaba Sauerbruch. Este doctor fue el primer cirujano que operó el pulmón a tórax abierto, aunque no operó el corazón. Él era profesor de cirugía en una universidad y los suizos de un determinado cantón lo querían contratar como cirujano. Habían concertado una entrevista, llegaron un poquito antes —como yo he llegado aquí— y preguntaron por él. Les dijeron que estaba dando una sesión clínica. Preguntaron si podían asistir y, como les dijeron que sí, se pusieron al final de la sala en la que se celebraba esa sesión clínica.

El doctor Sauerbruch estaba explicando una intervención que había realizado a una niña, a la cual sentó encima de la mesa, y mientras iba explicando le fue quitando los zapatos, le fue quitando los calcetines y la trataba con una cierta atención y cierto esmero a la vez que iba discutiendo sobre la patología que había afectado a la rodilla de esa niña. Terminada la sesión, él los recibe y la Comisión suiza —repito que esto es un hecho real— le dijo: Queremos contratarle a usted como profesor de cirugía en nuestra Facultad de Medicina. El doctor les contestó: Ustedes no conocen mis artículos ni mis publicaciones. La Comisión suiza respondió: No necesitamos más. Le contratamos porque usted no sólo es un buen técnico que sabe operar, sino que también es un médico humanista que procura establecer esta relación personal con sus pacientes.

Considero que esta relación médico-paciente en el enfermo terminal tiene que llevarse a cabo a ultranza.

Se han mencionado aquí las unidades intensivistas. No sé si alguien tiene experiencia sobre lo que ocurre en una unidad intensivista, pero realmente pone los pelos de punta, porque aquello tiene que ser así. Es pura técnica, son los iones que se van, el paro cardíaco, es decir, hay que establecer una tecnología punta y, además, inmediata, porque el paciente se muere, pero aun en las unidades intensivistas ha de haber un trato que tiene que ver con la relación médico-paciente, un trato personal y un trato, yo me atrevería a decir, humano y humanitario. Esto, probablemente, es lo que todavía conservamos los psiquiatras, porque estamos bastante acostumbrados más que a hablar —aunque hablamos mucho— a escuchar, y siempre tratamos a la propia persona.

Creo que las peticiones racionales y legítimas las respetaría, pero lucharía con esa persona para que viese si, además de ese planteamiento que se hace, no pueden existir otros. Observen ustedes que si nos situamos ante personas que por un accidente han quedado tetrapléjicas nos encontramos, exagerando, con dos tipos: las que se irritan y son rebeldes contra su incapacidad —a lo mejor lo único que pueden hacer es mover los labios para poner en marcha el carrito de inválido— y las que a pesar de, y supongo que

pasándolo muy mal, son capaces de producir: de escribir, de pintar, etcétera. Eso es lo que a mí me parece que debe favorecer el médico. Yo respetaría la decisión pero, evidentemente, no colaboraría con ella, porque como médico me han enseñado que yo debo hacer otra cosa.

No le puedo contestar, y lo siento muchísimo, respecto a los datos concretos que me pide sobre la morbilidad psiquiátrica. La Sociedad Española de Psiquiatría no tiene esos datos. Los que haya podido decir aquí, en la Comisión del Senado, el profesor Calcedo, a quien considero una persona muy documentada, creo que serán ciertos. En las fotocopias que les he proporcionado del libro «Seducido por la muerte» se mencionan algunos porcentajes de Estados Unidos, pero del país en el cual nosotros nos encontramos yo no los conozco.

En relación con los suicidios precoces, le voy a contestar de una manera muy clínica. En un determinado momento yo estaba en mi departamento —no recuerdo lo que estaba haciendo— y me llamaron porque un paciente había intentado suicidarse arrojándose desde la quinta planta, que era el departamento de cirugía torácica. Lo habían cogido a tiempo y, como siempre, me lo traían para que el psiquiatra le tratara. ¿Qué es lo que le había pasado a esa persona? Lo que le había pasado era muy gordo, porque había ido a hacerse un chequeo —él se encontraba bien— y le habían encontrado un cáncer de pulmón bastante respetable y el médico, en su función de información, se lo comentó. A raíz de esa información, en un descuido, él tuvo ese acto suicida. ¿Cuál es el factor determinante de este intento de suicidio precoz? ¿Es la enfermedad? No, porque yo después hablé con él y le pregunté: ¿Usted se siente enfermo? Y me respondió: No, yo estoy bien, pero me han dicho estos médicos, a través de las exploraciones, que tengo un cáncer, y ¿qué va a pasar? Es decir, no era la vivencia de la enfermedad. ¿Qué le pasaba? Que era la manera con que estaba constituida su personalidad. Volvemos a lo de antes, que la manera más directa de afrontar el tema del deseo suicida de los pacientes somáticos o psíquicos no es el abordaje directo del problema, sino ver si hay algún tipo de psicopatología subyacente que le deforma la realidad, algún modo de ser de su personalidad que le hace ser muy impulsivo, muy emocional, y entonces se le nubla la razón, para entendernos, y comete estos actos, o quizá existe alguna otra patología. Ahí es donde sí que realmente tenemos que actuar.

¿Me he dejado alguna cuestión por contestar?

La señora PRESIDENTA: ¿Ha terminado ya, profesor?

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): He contestado a la Senadora Rodríguez y creo que también lo he hecho al Senador Castell.

Sólo quiero manifestar una puntualización general. Probablemente ha sido un defecto mío de exposición y no haya sido suficientemente claro. No entiendan que yo he querido decir que tras una enfermedad somática hay, nece-

sariamente, una enfermedad mental. No he querido decir eso. Puede haberla y, en ese caso, sería una patología comórbida. Lo que he querido decir es que tras una alteración importante desde un punto de vista somático, hay una afectación psíquica y, en ese sentido, la afectación psíquica está, en la mayor parte de las veces, bañada por un trastorno psicopatológico de depresión-tristeza o de ansiedad, o las dos cosas a la vez.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Cervera.

¿Alguna de sus señorías desea tomar la palabra? (Pausa.)

Veo que solicitan la palabra la Senadora Rodríguez Fouz y el Senador Ariznavarreta.

Tiene la palabra la Senadora Rodríguez Fouz.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Quiero comentarle una cuestión al hilo de las respuestas que me ha dado. Me ha señalado la Senadora Virgili i Rodón uno de los puntos que yo aún no había tenido tiempo de mirar de la Declaración de Madrid, en la que se dice que el deber de los psiquiatras es proporcionar al paciente la información relevante y significativa para que pueda tomar decisiones racionales de acuerdo a sus normas, valores o preferencias propias.

Quiero relacionar esto con la hipótesis que hemos planteado de que es posible que haya circunstancias en las que la decisión del paciente sea racional y que no esté distorsionada por una enfermedad mental. Respetando su posición de que usted no ayudaría a ese paciente a morir, ¿no considera que eso quedaría solventado haciendo una regulación en la que, obviamente, se contemple la objeción de conciencia para aquellos médicos para quienes sus valores y su concepción choque con esas preferencias que está manifestando el paciente? ¿No cree que eso estaría solventado así y le podría ayudar otro médico cuyas convicciones o valores no entraran en contradicción con lo que el paciente está planteando?

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el profesor Cervera.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): Usted sabe perfectamente lo que está ocurriendo en Holanda. Allí se dan una serie de condiciones y existen unas determinadas normativas en función de las cuales, por ejemplo, un médico, ante un paciente que le demanda el suicidio, debe consultar con otro médico para que entre los dos se pongan de acuerdo. Pero el problema no es de los médicos ni está entre los médicos; el problema es de la persona que está enferma.

Es decir, el problema no se soluciona con que un médico que posiblemente tenga un planteamiento como el

que yo estoy manifestando le hable o le consulte a otro que a lo mejor tiene un planteamiento distinto. No se trata de eso. Se trata de que la persona, en su desarrollo habitual, y en el ejercicio de sus posibilidades, debe tener una mezcla de libertad —esto es evidente— y también de consecuencia consigo mismo como persona.

Para que me entiendan mejor voy a poner un ejemplo que aunque en principio podría parecer que no tiene nada que ver con esto, en mi opinión sí tiene que ver. Me refiero al tema de los hijos no deseados. ¿Se trata verdaderamente de embarazos no deseados? Yo tengo once hijos, y puedo decir que entre ellos tengo muchos no deseados. Lo digo sinceramente. ¿Pero porque uno de mis hijos no haya sido deseado tengo que quitármelo de encima? ¿Es que yo como persona no voy a ser capaz de llevar adelante una cosa no deseada, no voy a ser capaz de darle un poco la vuelta y transformarla en algo? Creo que todos los que estamos aquí presentes podríamos poner todos los días ejemplos de actos, oficios y desempeños no deseados que llevamos a efecto. Y ¿por qué? Porque les damos un valor, en cuyo caso, supeditamos lo no deseado a un determinado principio, al que cada uno quiera. Y precisamente eso es lo que hace que la persona se adapte, y que ante una cuestión que se le hace cuesta arriba se acople y siga para adelante. En cierta medida es esto lo que quería plantearle a su señoría, aunque me parece que el ejemplo no ha sido muy brillante. Espero que me haya entendido.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Profesor Cervera.

Tiene la palabra el Senador Ariznavarreta.

El señor ARIZNAVARRETA ESTEBAN: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar quiero decir que le agradezco muchísimo su comparecencia, que a mi juicio ha sido sencilla a la vez que muy clara, lo que para mí tiene doble mérito por ser yo lego en materia médica y, por supuesto, en psiquiatría.

Me gustaría plantearle algunas cuestiones, pidiéndole de antemano disculpas precisamente porque mi falta de preparación en materia médica me podría llevar a decir alguna barbaridad sin yo quererlo.

En primer lugar, le plantearé una cuestión técnica: ¿Qué nivel de asociacionismo tienen los psiquiatras en España respecto de la Sociedad Española de Psiquiatría, dentro de la Sociedad Mundial de Psiquiatría, que es la que redactó esa Declaración de Madrid?

En segundo lugar, ¿qué opinión personal tiene sobre el papel que juegan de hecho en algunos casos —lamentablemente no en todos— los cuidados paliativos y sobre la teoría y la práctica de los mismos en los estados depresivos —como usted los ha definido— o psíquicamente alterados de un paciente? ¿Cómo podría incluso llegarse al supuesto de que esos cuidados paliativos fuesen otra forma más de atender —no digo médicamente, pero sí en ese aspecto humanista que usted ha destacado— a la persona que está padeciendo y que puede tener alterado su estado psíquico en ese momento, es decir, de forma transitoria?

Hay también una cuestión que podría agruparse con lo que le acabo de preguntar. En otras comparecencias se ha hablado mucho —y usted también lo ha citado— de la práctica holandesa y también de la americana, y se nos ha venido a decir cómo esos sistemas, cómo esas prácticas se vienen a realizar con la asistencia de diversas autoridades o con la asistencia de las diversas partes que intervienen en el proceso, quienes velan —podríamos decirlo así— por que el proceso se realice en puridad para no caer en eso que desde el primer día me ha llamado mucho la atención, en una pendiente resbaladiza, y para que todo eso no suponga que en vez de abrir un resquicio se abran las ventanas de par en par. Si esos sistemas funcionan así, y en el hipotético caso de que alguna vez se llegara en España a ese planteamiento, ¿qué papel le parece que debería jugar otra autoridad distinta, otra parte a mi juicio muy importante, por ejemplo, el analista psiquiátrico de la persona que en ese momento tiene que decidir? Porque por las comparecencias anteriores no he tenido ninguna constancia de que en el sistema holandés exista ninguna figura que analice desde un punto de vista psiquiátrico a quien es el protagonista de esa decisión. Hay jueces, hay fiscales, hay médicos especialistas en rodilla o en corazón, pero desde luego nunca he oído hablar de psiquiatras en ese proceso tan importante para la vida. Por ese motivo le planteo esta cuestión.

Y a renglón seguido tengo que preguntarle lo siguiente: ¿Cómo vería usted que se planteara en el Sistema Nacional de Salud actualmente, tanto a nivel de recursos como a nivel de medios —nos ha dicho cómo, por ejemplo, en la medicina intensivista se le ponen a uno los pelos de punta solamente con pensar en el tratamiento humanista que se le da al enfermo—, la existencia en estos servicios de un médico psiquiatra que asistiera a cada uno de los pacientes, incluso a los que no manifiestan ni tienen ninguna intención de manifestar un deseo de muerte?

Hay una última cuestión que posiblemente no me quedó totalmente clara, independientemente de que yo tenga mi postura personal al respecto. ¿Querer morir es siempre una patología? Por otra parte, ¿querer vivir manifiestamente mermado o incapaz es también siempre una patología o no lo es nunca?

Si me pudiera responder a mis preguntas se lo agradecería muchísimo.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Profesor Cervera.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): ¡Menos mal que es usted licenciado en Derecho! (*Risas.*) Voy a intentar responder a sus cinco cuestiones.

Nivel de asociacionismo. En España hay diversas sociedades científicas de psiquiatría. En síntesis puedo decirle que las más relevantes son las tres que a continuación mencionaré sin tener en cuenta un orden de prelación: So-

ciudad Española de Psiquiatría, Asociación Española de Neuropsiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Pero si me apura, le diré que son dos fundamentalmente puesto que los que pertenecemos a la Sociedad Española de Psiquiatría también somos biológicos. Y también hay otras asociaciones o sociedades de epidemiología, de psiquiatría infantil, etcétera.

El nivel de representatividad de la Sociedad Española de Psiquiatría es bastante alto en nuestro país. En este momento, el número de psiquiatras en España viene a ser aproximadamente de 3.000, y el número de asociados es actualmente un 50 por ciento de esos 3.000 psiquiatras. Esto quiere decir que es bastante representativo, teniendo en cuenta, por ejemplo, que la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica tiene únicamente 300 psiquiatras asociados, y no conozco los que tiene la Asociación Española de Neuropsiquiatría como psiquiatras. Esta última es una asociación que agrupa no sólo a psiquiatras sino también a psicólogos y a toda aquella persona que tenga que ver con la salud mental. Por lo tanto, está más enfocada hacia esta última que hacia el tema específico y diferenciador de lo psiquiátrico. Tiene una amplitud mucho mayor. Pero no lo conozco. Soy muy amigo del doctor Mariano Hernández, actual Presidente. Asistimos juntos a la Asamblea de la Asociación Mundial de Psiquiatría, que se celebró el verano pasado, en agosto, en Hamburgo, pero yo no lo conozco. Él dirá los que hay. Yo le puedo hablar de la sociedad que represento. Lo que sí le puedo decir es que, en el contexto mundial, la Asociación Mundial actúa de forma bastante inteligente, por ejemplo, a la hora de votar. ¿Sabe usted cuántos psiquiatras hay en Estados Unidos? Pues aproximadamente cuarenta y cinco mil. Si vamos a contar los votos según el número de psiquiatras, es evidente que toda la vida dependeríamos de los 45.000 psiquiatras americanos que hay. Eso se ha resuelto de una manera muy hábil que es que, a la hora de establecer votaciones, se dice: Hay sólo un tope de votos. Me es igual que sean 40, 30, 20, 10, 15 o los que sean. No recuerdo ahora cuál es el tope. Pero dicen: a partir de un determinado número, lo que usted vote valdrá únicamente 40 votos. Todas las demás sociedades nos vamos aproximando según el número de miembros que se tenga. Frente a los 40 votos de los cuarenta mil y pico psiquiatras americanos, mi sociedad tiene en este momento 11 votos frente a 40, y otras sociedades tendrán los suyos. Creo que hay una cierta representatividad.

Lo que también me gustaría que quedara muy claro es que una cosa es el nivel del asociacionismo y otra el particular. Yo supongo que estoy aquí en función de dos cuestiones: por ser el Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, deduzco; pero también me imagino que como Salvador Cervera, como psiquiatra equis. Yo podré informarle sobre la postura que adopta la Sociedad Española de Psiquiatría, y eso lo he dicho claramente: me adhiero a lo que dice la Asociación Mundial de Psiquiatría, lo respeto y lo fomento, y da la casualidad de que como persona coincido con esta postura. Pero no pondría la mano en el fuego respecto a que todos los miembros de la Sociedad Española de Psiquiatría piensen exactamente igual que yo. Ha-

brá personas que, individualmente, difieran respecto de esta cuestión, y también lo respeto.

Papel de los cuidados paliativos. Me parece que es absolutamente importante su papel, pero hay una cuestión —y le agradezco que me haya formulado la pregunta— que titularía «Conviene no pasarse». De la misma manera que estamos hablando de la eutanasia, también tendríamos que hablar de no prolongar la vida de un sujeto más allá de sus limitaciones. Creo que en la mente de todos están unas figuras públicas respecto a las cuales el objetivo fundamental era alargar la vida, alargar la vida. Eso es tan nefasto y tan improcedente como el otro extremo. El punto medio está en lo que hoy día en día se conoce como el papel de los cuidados paliativos, que es algo que está comenzando ahora. Saben ustedes perfectamente que en los centros más o menos especializados hay unidades dedicadas exclusivamente al dolor, en donde de lo que se trata es de evitar lo más que se pueda el dolor de las personas, y eso es correcto. Pero por encima de todos los tubos, los drenajes, etcétera, lo que habría que tener en cuenta, a pesar de que la conciencia del sujeto —conciencia de consciencia— no sea muy alta, es que siempre se puede hacer una caricia, siempre se puede dar un trato humano que el paciente, aunque no pueda expresarlo, seguro que agradece. Una enfermera muy experimentada —y perdonen esta confianza que me dan, porque me encuentro aquí muy a gusto con ustedes— decía: Mire usted, lo mejor es que el paciente se muera —como dicen por Navarra— con sabanas limpias. Eso es lo mejor, y no en la frialdad de una unidad de cuidados intensivos, lleno de tubos y de todas estas cosas. Espero que su señoría esté satisfecho con mi respuesta.

Segunda pregunta: que el proceso se realice con prioridad. No sé si la he entendido bien; si no es así, me la vuelve a formular y yo le doy otra contestación. Creo que es importante que se haga un estudio psíquico y psicopatológico. Lo considero absolutamente necesario. Y no por la entidad del tema. En los trasplantes es procedimiento habitual el estudio psicopatológico del que va a recibir el trasplante. Es un procedimiento absolutamente necesario. En la clínica de la Facultad de Medicina, donde yo trabajo, en los trasplantes hepáticos, antes de poder plantearse si se lleva a cabo o no, se realiza un estudio de la personalidad y de los modos de reaccionar de los pacientes. Éste es un procedimiento absolutamente habitual. Y no sólo se lleva a cabo cuando se trata de un trasplante heterólogo, sino también cuando es un autotrasplante. ¿Por qué? Porque están implícitos una serie de aspectos psíquicos normales, psicológicos, o psicopatológicos. No sé si ustedes recordarán cómo uno de los trasplantes de corazón que tuvieron éxito fracasó porque el paciente se cansó de tomar la medicación. Dijo: No tomo más esas 80 pastillas que tengo que tragar para evitar el rechazo o lo que sea. Y se rindió. Esta cuestión se está estudiando. Si eso se hace para el trasplante de un determinado órgano, qué no habrá que hacer para el estudio de una persona que es toda ella la que se está jugando la vida. Me parece que eso es absolutamente necesario, y, como usted bien dice, no es una condición sine qua non.

En la siguiente pregunta ha hecho usted referencia a un asunto que a mí me parece muy importante. Usted me ha hablado sobre el Sistema Nacional de Salud, sobre cómo lo veo yo y sobre la conveniencia de que en ese Sistema Nacional de Salud los psiquiatras, o aquellos a quienes corresponda —por qué no incluir también a los psicólogos, en su digno ejercicio de la profesión—, lleven a cabo la asistencia a toda esta serie de cuestiones. Como usted me ha preguntado qué es lo que yo pienso, se lo voy a decir con toda sinceridad: No «psiquiatricemos» la atención médica. Se lo digo de otra manera. Pregunta: ¿No será que el médico no psiquiatra, en el ejercicio noble de su función, sólo quiere atender a aquello para lo cual se ha especializado, se olvida de la actuación del señor Sauerbruch, pongo por ejemplo, y respecto a todo lo que son aspectos personales del enfermar y los modos personales de vivir la enfermedad somática, dice: Esto a mí no me corresponde. A ver, psiquiatra, ven tú y funciona. O: A ver, psicólogo, ven tú y funciona?

Toda unidad de oncología que se precie tiene un sistema perfectamente establecido de atención psicológico-psiquiátrica del paciente terminal o del paciente oncológico, pero personalmente me parece una barbaridad. Sé que es un fracaso lo que voy a plantear, pero yo incitaría al médico no psiquiatra para que, en el ejercicio de su profesión, también se ocupara de los aspectos personales del enfermar de ese paciente que es suyo. En alguna ocasión, estando en mi despacho, una persona del mismo sitio en el que trabajo vino acompañado de un paciente, me saludó muy efusivamente sin importarle nada lo que estaba haciendo, y me dijo: Te presento a Fulanito porque le acabo de ver en la consulta, me ha planteado una serie de cuestiones psíquicas o psicológicas importantes y, por favor, escúchale. Esa persona se sentó y durante una hora me estuvo hablando de una serie de cuestiones que no eran psiquiátricas; y el otro médico se había lavado las manos.

Mi propuesta, en lo que me atañe como profesor de una facultad de medicina, es precisamente enseñar a los médicos no psiquiatras a que en el ejercicio de su profesión atiendan también a sus pacientes desde los aspectos personales y humanos del enfermar, pero para eso no hace falta ser psiquiatra ni psicólogo; es decir, el médico tiene que saber consolar a una persona que es su paciente y que le está reclamando una ayuda, porque el paciente lo que quiere es que le consuele ese señor en el que él confía, y no que aparezca un psiquiatra que a lo mejor es un poco raro o un psicólogo ante lo cual el paciente se pregunte: pero ¿a qué viene este señor? ¿Pero si yo tengo confianza en este hombre! Perdónenme la sencillez con la que me estoy expresando.

No he entendido su última pregunta sobre querer morir, querer vivir.

La señora PRESIDENTA: Vamos a dar la palabra al Senador Ariznavarreta que nos ha sorprendido a todos con su pregunta de si querer morir es una patología.

El señor ARIZNAVARRETA ESTEBAN: A ver si soy capaz de expresarlo y explicarlo bien. Me refería al sentido

que usted expuso en la primera parte de su intervención de que cuando una persona quería morir, había que asegurarse —aunque por supuesto no ha empleado esta forma de expresarse— de que existiera un alto índice de posibilidades de que pudiera tener plena capacidad de decidir, de formar esa voluntad en ese momento correctamente.

Voy un poco más allá y le pregunto si en su juicio como técnico y como experto, piensa hasta qué punto se puede considerar como una patología el caso de una persona que desea morir y sin embargo no está influida por circunstancias de muerte inmediata, porque a una persona se le puede decir: usted tiene una enfermedad terminal. Y como ya he preguntado a otros comparecientes, ¿tenemos un tanto por ciento de fiabilidad para saber qué día se va a morir? Hasta hoy todos me han dicho que no. Hasta ahora, nadie le ha dicho a una persona: usted en diez días se muere. Y al contrario, usted nos ha expuesto el caso de personas que están mermadas o incapaces en un alto grado, que a lo mejor sólo pueden mover los labios y resulta que pintan con ellos unas maravillosas obras de artes, como las que tenemos el gusto de ver aquí.

Por tanto, quisiera saber desde un punto de vista psiquiátrico, desde su punto de vista técnico y de experto, si querer vivir en determinadas condiciones en la vida, con independencia de esos casos particulares de los que hacemos abstracción, hasta qué punto se puede considerar también una patología.

No sé si he conseguido explicarme.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ariznavarreta.

Profesor Cervera, como licenciada en Derecho le he entendido perfectamente. ¿Usted le ha entendido también para poder responderle?

Adelante.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (Cervera Enguix): Vamos a ver por mi contestación si le he entendido o no.

Creo que no he dicho que querer morir sea siempre una patología. Precisamente he matizado a la Senadora Rodríguez que los trastornos depresivos, la ansiedad, el modo de vivenciar, etcétera, pueden distorsionar notablemente el asunto. Pero finalmente hemos llegado a la conclusión de que dentro de esas últimas fases, la quinta, la aceptación, si existiera una petición racional y legítima, yo le escucharía, pero si me plantea que le proporcione la eutanasia, yo como médico no lo podría hacer porque veo a una persona que, aunque quiera morir, no significa que padezca una patología. Y lo mismo ocurre con una persona que no tiene una enfermedad; es decir, hay personas que quieren morir y no necesariamente están deprimidas; incluso hay distintos tipos de suicidios: está el suicidio de la persona que padece un trastorno de psicosis depresiva endógena. Esa persona no avisa, se suicida. Una mañana, con mucha paz, sale de la unidad de hospitalización, se viste, se arregla, pasa por donde sea, cruza la ciudad, ve

una obra en construcción, no se sabe cómo se sube a la misma y se tira y suicida. Y le estoy contando un hecho real.

Hay quien intenta suicidarse. ¿Para qué? Para llamar la atención. Pero fíjese que he dicho: intenta suicidarse. Una persona se toma cuarenta pastillas de un barbitúrico determinado, de un ansiolítico, pero inmediatamente coge el teléfono y llama diciendo: ¡Fulanita, no sabes lo que he hecho. Me he tomado cuarenta pastillas de tal medicamento! La persona acude y si no lo hace, pasa lo que pasa. Pero llama la atención ¿para qué? Por sinsabores de la vida, por el procedimiento que sea esa persona obtiene a través del intento de suicidio un mecanismo de reclamo. Yo conozco a una persona que padecía —y utilizo este lenguaje que ha empleado el Senador Cardona— una neurosis depresiva, y me comentaban que próximo a las fiestas de Navidad uno de sus familiares, su padre, le llegó a decir: Si quieres suicidarte, te suicidas, pero déjanos vivir en paz. No intentes suicidarte y que estemos todos pendientes. Éste es el segundo modelo.

Y hay un tercer modelo, que es el suicidio para llamar la atención de un público muy amplio, que es el suicidio anómico, la anomia, en donde personas relevantes, de una manera muy clara, muy premeditada, muy racionalizada, se suicidan porque saben que al día siguiente o en el momento en que lo hagan, todo el mundo conocerá que se ha suicidado, y para ellos esto es muy importante.

Éstas son las tres posibilidades de esta cuestión y, por tanto, no siempre querer morir es consecuencia de una patología, pero sí me atrevería a decir, aunque no he dado cifras estadísticas hasta ahora, que en el 80 por ciento de los deseos de muerte y suicidio de una manera directa o indirecta existe una patología. Si usted le da la vuelta, y en vez de querer morir lo pone como querer vivir, a lo mejor le he contestado.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Profesor Cervera.

Pregunto ya incluso con temor. ¿Alguna de sus señorías desea volver a intervenir o hacer una pregunta al compareciente? (*Pausa.*)

Le reitero nuestro agradecimiento, Profesor Cervera, tanto por la claridad de su exposición como por la documentación que nos ha hecho llegar. Nos alegra que se haya sentido a gusto entre nosotros, y le aseguro que ha sido algo recíproco. Ha sido un placer.

Asimismo, estoy segura de que todo cuanto nos ha dicho esta tarde será de gran ayuda para el informe final de conclusiones que esta Comisión tiene que realizar.

De nuevo, muchas gracias.

Señorías, la próxima comparecencia está prevista que tenga lugar a las 18 horas. Sin embargo, y si no hay inconveniente por su parte, en el caso de que el compareciente llegara antes de esa hora podríamos llamarles por teléfono para empezar cuanto antes. ¿Les parece bien? (*Pausa.*)

Por tanto, suspendemos la sesión hasta ese momento. (*Pausa.*)

La señora PRESIDENTA: Se reanuda la sesión.

— DE DON IGNACIO BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (713/000840).

La señora PRESIDENTA: Señorías, es para mí un honor presentarles al siguiente compareciente, don Ignacio Berdugo Gómez de la Torre, Catedrático de Derecho Penal y Rector de la Universidad de Salamanca. En nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, quiero darle la bienvenida a esta Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia.

Tiene la palabra, señor Berdugo.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): Muchas gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecerles la oportunidad que me brindan para hablarles sobre un tema que conecta directamente con lo que es mi formación, Catedrático de Derecho Penal y no Rector. Es cierto que cuando uno lleva algunos años como Rector llega a considerar que se dedica al desempeño del cargo y no al campo del Derecho Penal. Por eso, es para mí muy gratificante volver a hablar de Derecho Penal, porque es en realidad para lo que me preparé en su día.

Permítanme que comience mi intervención en esta comparecencia dedicada al estudio de la eutanasia comentando una experiencia personal que tiene que ver con la elaboración de lo que hoy es el artículo 143.4 del Código Penal. Tuve el honor de formar parte de la Ponencia que se formó por parte del Ministerio de Justicia a principios de los años noventa para elaborar el texto que finalmente fue aprobado en 1992. Recuerdo que en el seno de aquella Ponencia se debatió la conveniencia o no de hacer referencia a la eutanasia; si debíamos mantener la línea seguida en el Código objeto de reforma —es decir, no mencionar el término ni describir una conducta que pudiese incluirse en el concepto de eutanasia y mantenernos en el ámbito del auxilio e inducción al suicidio, que era lo que antes aparecía—, o, por el contrario, cambiar la línea de actuación y abordar en profundidad el tema.

Naturalmente, yo apoyaba la tesis minoritaria. A mí no me gustó la decisión finalmente adoptada. Lo que finalmente aparece es para un grupo de comportamientos y una fórmula atenuada. Yo consideraba que era preferible no introducir en el Código Penal un precepto que se prestara a desviar un debate —por aquel entonces ya los hubo, incluso en el seno de esta Cámara— en profundidad sobre todos los comportamientos relativos a la eutanasia, puesto que pensaba que había que abordar el tema a fondo y que introducir un precepto concreto o una atenuación concreta —como se ha planteado en el precepto, que se vincula al auxilio y a la inducción al suicidio— no era lo más correcto; en definitiva, no era solucionar el problema ni abordar en profundidad el tema. Es cierto que tenía a su favor un argumento, que era preferible en cuanto a una lectura de las consecuencias: si metíamos en una cúpula de cristal la situación anterior y las consecuencias jurídicas a las que se

podía llegar y las que aparecían ahora en los casos de eutanasia directa, había una atenuación muy cualificada, que había que valorar, en principio, positivamente. Insisto en que mi postura no fue la que finalmente se adoptó.

Dicho esto, voy a hacer algunas reflexiones al respecto. Considero que habría que debatir el tema, porque detrás del debate jurídico-penal hay planteamientos éticos y experiencias históricas que lo lastran. Creo que la experiencia nacionalsocialista pende detrás de cualquier reflexión en profundidad sobre la eutanasia, y explica que en los países centroeuropeos los cambios decisivos en esta materia se encuentren con una dificultad añadida.

He hablado del tema desde un punto de vista técnico, que es donde yo creo que puedo aportar algo. Al igual que señalan otros compañeros penalistas, el planteamiento parte de la idea de profundizar en lo que es el bien jurídico «vida» entendido como algo más que una pura realidad biológica. Es decir, la vida como bien jurídico no es simplemente el hecho biológico de vivir, sino que se valora, que es la estructura que podemos predicar de cualquier bien jurídico. Voy a poner un ejemplo: La propiedad no es este libro, sino algo que predicamos sobre este libro. Igual sucedería con la vida; la vida no es estar vivos, sino algo que predicamos del cómo estar vivo.

¿A qué te lleva ese planteamiento? Yo en algún momento me aproximé a ese modo de razonamiento al hablar de algo conexas con la vida, que es la salud, el derecho a disponer de la propia salud. Si planteamos que los bienes jurídicos personales son individuales, es difícil decir que no son disponibles. Jurídicamente hay que buscar argumentos —que yo no alcanzo a ver— que justifiquen por qué lo puedo negar. Si nos situamos en un marco jurídico en el que el orden social está orientado hacia el individuo, podemos llegar a decir que éste tiene obligación de estar sano porque se lo demanda la sociedad o que tiene la obligación de estar vivo porque se lo exige la sociedad. Ése es un razonamiento que invierte la ponderación del propio modelo social. Está buscando una dimensión colectiva de lo que es un bien jurídico estrictamente individual como es la salud, y esto se puede trasladar a la vida.

Ese razonamiento ha llevado a algún compañero a decir que todo lo que afecta a la disponibilidad de la vida hay que aceptarlo sin más como ausencia de lesión del bien jurídico. Si alguien dispone de su propia vida es un hecho de suicidio y en ningún momento se ha planteado en nuestro caso la penalización de la conducta del suicidio, obviamente del suicidio frustrado. Nadie en nuestro país ha defendido en nuestro momento cultural ni retrotrayéndonos en el tiempo que se penalice ese tipo de conductas que pueden ser éticamente disvaliosas. Nadie ha dicho que al suicida frustrado haya que meterlo en la cárcel o que tenga que tener una responsabilidad penal. Nadie se lo ha planteado, pese a que dispone sobre la propia vida.

¿A qué nos ha llevado ese planteamiento? A que admita esa situación, pero lo que no puede hacer el Estado es fomentar el suicidio, con lo cual se penaliza lo que rodea al hecho del suicidio, se penaliza la inducción o el auxilio. Posiciones extremas de nuestra doctrina plantean que esos comportamientos deberían ser penalmente irre-

levantes siempre que el hecho de partida sea, lógicamente, un acto de disposición sobre la propia vida que no pueda ser atacable desde el punto de vista del consentimiento prestado o de la conciencia sobre el alcance de la disposición.

Trasladar ese esquema a los supuestos de eutanasia exige, primero, una reflexión sobre de qué estamos hablando porque —y ustedes lo saben tan bien como yo o mejor— en el concepto de eutanasia se introducen comportamientos muy diversos. Se habla de eutanasia activa, de eutanasia pasiva, de eutanasia directa, de eutanasia indirecta, de supuestos de acción, de supuestos de omisión. Hay una realidad fáctica lo suficientemente compleja como para fundamentar lo que fue mi posición en su momento, es decir, que no podemos pretender resolverlo con un párrafo que haga referencia a los supuestos de eutanasia directa sabiendo que hay muchos otros detrás y conociendo la realidad de que estos casos —permítanme que sea reiterativo con lo que era mi posición entonces— no llegaban a los tribunales. A nadie se le ocurría plantear supuestos de eutanasia pasiva o de eutanasia indirecta y no había realmente en nuestro país una jurisprudencia de supuestos de eutanasia o reconducibles a la eutanasia. Sí se conocía que en otros lugares se producían casos de eutanasia, como el de Lieja, que uno recuerda de su época de estudiante como primer contacto, el caso de la talidomida, el del matrimonio que mata al niño recién nacido con graves malformaciones y que acaba en absolución.

¿Para qué vamos a pronunciarnos sobre una norma que nos va a atar cuando todavía no es un tema socialmente maduro? Se busca una respuesta concreta a un caso concreto, y en el Código Penal se establece que haya una serie de prerequisites en el propio sujeto pasivo (su enfermedad, su situación de padecimiento, etcétera) y una petición por su parte que requiere un comportamiento de tipo activo de aquel que realiza el tipo penal. Pero junto a esto cualquier penalista se plantearía si los casos de no hacer o los supuestos de omisión entran o no entran, lo cual lleva la discusión jurídica a otro ámbito, a cuál es la diferencia entre acción y omisión. ¿Desconectar la máquina a la que está conectada el enfermo es un comportamiento activo u omisivo? Les puedo dar cuatro argumentos a favor y cuatro en contra. Realmente es un tema que ha de someterse a debate, pero no es un pronunciamiento legislativo en el momento actual decir que la eutanasia está permitida bajo estas circunstancias y no lo está bajo estas otras. El tema de los supuestos omisivos es algo planteado hace ya más de una década por el profesor Torío.

A mí me parece que casos recientes de nuestra historia que ustedes conocen nos llevan a replantearnos el tema, que es lo que ustedes hacen ahora. Mi posición personal, por las razones que les he dicho, es que este asunto debería quedar fuera del Código Penal. De hecho, en la práctica, no conozco ni un solo tribunal que haya condenado a nadie por estos casos. Han condenado por supuestos de inculpa- bilidad y no por supuestos de justificación, que es algo distinto. Todos los grandes casos de eutanasia acaban —si ustedes lo van revisando— en un supuesto de no exigibilidad

de otra conducta; de que no le es exigible al autor, que normalmente está vinculado con la víctima, otro comportamiento, etcétera.

Me preocupan, sobre todo, los casos en los que el sujeto pasivo no está en condiciones de prestar el consentimiento por su edad o por su situación personal. Me refiero al politraumatizado o al recién nacido que nace con gravísimas malformaciones. ¿Cuál es la respuesta que debe dar —si debe dar alguna— la legislación? No hay petición de consentimiento. El consentimiento no es subrogable, los familiares no pueden solicitarlo o, por lo menos, no es una opción contemplada en el Código Penal, porque si para un bien jurídico menor como es la salud no cabe la subrogación, para un bien jurídico que es jerárquicamente superior, como es la propia disposición de la vida, tampoco es subrogable por la estructura del propio Código Penal. Es un tema a resolver.

Si el médico se abstiene de intervenir porque el caso no tiene solución, estamos ante los supuestos de omisión que tradicionalmente en nuestro Derecho no se han considerado eutanasia. Pero ¿qué respuesta hemos de dar en aquellos que suponen un comportamiento activo y no hay posibilidad de recuperación porque la evolución del politraumatizado o del recién nacido con malformaciones es la que es? En el momento actual iría a la penalidad. No hay respuesta en el Código Penal. Ésta es, en mi opinión, una laguna que ahí está y que sería importante resolver.

Jurídicamente la forma de resolver en el momento actual esos casos no se haría de forma expresa, sino aplicando instrumentos generales. Tendríamos que utilizar vías de estados de necesidad y no otro camino, debido a conflicto entre deberes. El único modo de abordar muchos de los casos que quedan fuera del propio artículo del Código Penal es acudir a las eximentes generales del artículo 20 que pudieran proyectarse aquí. Normalmente, además, acudiríamos al estado de necesidad. ¿Cuáles son las obligaciones o cuál es el conflicto? Por un lado, está la obligación del médico de mantener vivo al paciente, entendiendo que su obligación es la de curar y no la de mantener una situación en la que el paciente sufra un empeoramiento progresivo o una situación sin salida. A ello hay que sumarle, por otro lado, el derecho del enfermo o del que está en una situación crítica a vivir no de cualquier manera, sino con dignidad.

Fuera de esos instrumentos no tenemos más; o aplicamos el precepto actual para un grupo de casos o acudimos a los preceptos generales que, si te mueves en el ámbito de la justificación, te llevan al estado de necesidad y si te mueves fuera del ámbito de la justificación a supuestos de inculpa- bilidad. En la práctica la solución habitual es la no exigibilidad de otra conducta, el entender que cualquiera en su lugar no tendría un comportamiento diferente, que el derecho penal no debe exigir comportamientos heroicos, etcétera.

No voy a decirles más respecto de este tema. Me parece importante que se debata y no debe olvidarse que estamos siempre ante situaciones límite. En el Derecho Penal y, con respecto a la vida, ¿qué no es una situación límite? En este caso lo es de modo añadido porque además la persona que

interviene activa y pasivamente, muchas veces tiene una relación añadida de vínculos, de amistad o lo que fuere.

Lo que a mí me gustaría es debatir con ustedes, no darles una clase de Derecho Penal que, imagino, ya les habrán dado alguna vez.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Berdugo.

A mí me encantaría, porque mi formación es jurídica y me recordaría usted los buenos tiempos de la Facultad de Derecho y lo que disfrutaba entonces con Penal I y Penal II, pero hay otros Senadores que pertenecen al mundo de la medicina y no sé qué opinarían.

Me alegra considerarle, como a mí, un superviviente del Código Penal. Yo fui la portavoz de Justicia del Grupo Parlamentario Popular entonces y, la verdad, fueron dos meses apasionantes.

Se abre turno de portavoces. Por el Grupo 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 profesor Berdugo su comparecencia, su exposición y, además, su sinceridad por ofrecernos su opinión personal al hablárnos de la Ponencia de preparación en la que —aunque no salió lo que defendía— participó. Esto demuestra que es una cuestión muy controvertida.

Hemos debatido mucho sobre los conceptos de eutanasia y quizá sería bueno no tratar sólo de aquellas actuaciones médicas que, hoy en día, se consideran adecuadas, como la eutanasia indirecta, en la que al aplicar un tratamiento puede que se reduzca el tiempo de vida que, por otra parte, no iba a ser mucho más largo. Tendríamos que acotar la cuestión a la eutanasia directa y activa. En este caso, la acción u omisión sí puede influir, sobre todo en aquellos casos que —como muy bien ha dicho— son situaciones límite, casos extremos o de politraumatismo —en los que el enfermo no lo tiene previsto y no ha hecho ningún testamento vital— o casos de recién nacidos con múltiples malformaciones.

A la luz de la experiencia de esos cuatro años de vigencia del nuevo Código Penal, quiero preguntarle si la aplicación del artículo 143.4, la reducción en uno o dos grados de la pena —siempre en supuestos concretos y con la condición indispensable de que haya una petición reiterada y fehaciente, es decir, que sea una voluntad incontrovertible del enfermo—, ha tenido influencia; y, asimismo, si la he tenido en otras situaciones. En el caso de un parapléjico, como no padece una enfermedad terminal, no se debería aplicar el artículo 143.4 porque, aunque se puede debatir, no entra dentro del concepto de dicho artículo.

Entonces, si no quedan resueltas del todo las situaciones —a veces muy singularizadas y concretas—, ¿qué otras vías se podrían aplicar? ¿Le parece adecuada una nueva modificación del Código Penal, aparte de la que defendió dentro de la Ponencia de preparación? ¿Tendríamos que utilizar otras vías como, por ejemplo, la modificación de la Ley General de Sanidad? Esta última modificación

estaría encaminada a potenciar los derechos de los enfermos: el derecho a la información, por la vía del consentimiento informado, y el derecho a la autonomía, vía testamento vital o, como se quiere denominar en Cataluña, documento de voluntades anticipadas. En cualquier caso, una vez reformada la Ley General de Sanidad, si éste fuera el camino, ¿sería o no conveniente una ley específica para la aplicación del consentimiento informado o del documento de voluntades anticipadas?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el profesor Berdugo.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): Voy a centrarme en lo que acaba de plantear el señor Senador.

Suscribo al cien por cien lo que acaba de decir respecto a la indefinición o que, lo primero, es concretar el concepto porque, cuando hablamos de responsabilidad penal vinculada a la eutanasia, tenemos que saber de qué estamos hablando, de qué grupo de comportamientos hablamos dentro de los que están incluidos en el término genérico de eutanasia, muerte feliz o muerte dulce.

Estamos hablando de eutanasia directa, sin duda —la eutanasia indirecta no la plantea—, es decir, de un acto, médico o no, encaminado a acortar la existencia de alguien que vive y, si no se hubiera producido ese acto con ese fin, no tendría lugar el fallecimiento cuando se produce. Por tanto, hay que excluir la eutanasia indirecta, es decir, la que corresponde a aquellos supuestos en que el acto médico va encaminado a otra meta pero tiene como consecuencia el acortamiento de la vida, o aquellos supuestos que simplemente consisten en dejar de hacer, en dejar de suministrar la medicina que prolongaba la situación. Esta cuestión se puede debatir desde el punto de vista ético o desde el punto de vista de la deontología médica pero, en el momento actual, no hay ningún juez al que se le ocurra incoar un procedimiento vinculado a ese tipo de comportamientos. Hablamos de situaciones críticas, de los grupos que usted ha planteado, y ahí es donde nos situamos.

Entiendo que hay algo más de lo que usted ha dicho. La cuestión no afecta solamente a la persona que tiene un riesgo vital o que está cerca de una muerte cierta con una enfermedad terminal, sino también a aquellos supuestos en los que, aunque la enfermedad no sea terminal, tiene como consecuencia una calidad de vida reducidísima, que supone un grave padecimiento físico o psíquico. En el caso de un tetrapléjico no es que haya grandes dolores físicos, pero la situación supone para él un grave padecimiento.

Por otra parte, existen los casos que he presentado como no resueltos, como difíciles de resolver, aquellos en los que no hay consentimiento prestado de modo expreso porque no se puede, por la situación personal —vinculada al hecho de la edad o de la salud mental— o por ser una situación generada por un factor externo, un accidente cerebral, un accidente de coche, etcétera.

Todos los documentos planteados como alternativas para saber cuál es la voluntad del interesado en esos casos están siempre vinculados a los tradicionales propugnados por la Sociedad Exit desde hace mucho tiempo, en el Reino Unido, al testamento vital: cuál es mi voluntad en el caso de que yo estuviera en esa situación. Ésa es una vía, pero nos deja sin resolver otros problemas. ¿Cuál es la solución que propone el Código Penal? En relación con la esterilización de personas que no están en condiciones de prestar su consentimiento, el Código propone —como pueden ver en el artículo 156, en su último párrafo— un procedimiento que recuerda al que se ha planteado —incluso en nuestro propio país— cuando una persona dice que tiene derecho a morir; es decir, plantea ante un tribunal el que se autorice una acción directa que tenga como consecuencia el acortar la vida. En la jurisprudencia norteamericana se han dado casos que han acabado incluso en decisiones de tribunales autorizando esa acción médica directa o esa acción encaminada directamente a acortar la vida. La cuestión es que lo decide un tribunal, no un familiar y, aunque pueden pedirlo o poner en marcha el procedimiento, no son quienes tienen la última decisión. En mi opinión, ese camino, en principio, es válido como vía para resolverlo, en la conciencia de que siempre lo que hay detrás es un conflicto de derechos desde el punto de vista jurídico, es un conflicto de intereses ya que hacer valer uno supone prescindir del otro. Eso no es de difícil discusión.

El problema es: ¿esa conducta quiere ser evitada por el ordenamiento jurídico y en función de qué? Es decir, ¿cuál es la razón última —y permítame que invirtamos por una vez el razonamiento, y aunque la discusión es de penalistas, creo que también es de legisladores, y por eso éste es el lugar para hacerlo— de que exista el artículo 143.4? Es decir, ¿qué es lo que se quiere evitar ahí? Cuando se establece un artículo en el Código Penal se hace para proteger un bien jurídico y con una finalidad concreta. ¿Cuál es la respuesta que se ha de dar ahí? Se puede decir que proteger la vida. Pero, ¿la vida de quién? ¿La de un señor al que se dice que tiene que vivir aunque manifiesta que le duele mucho y que no tiene ninguna expectativa vital? ¿Qué es lo que se está protegiendo? Yo no tengo la respuesta válida, salvo que se dijera: se protege la realidad biológica que es vivir. Pero eso es una realidad, no es un derecho a. Por eso si introducimos ya las matizaciones jurídicas el razonamiento empieza a quebrarse. ¿Quién es el titular de ese bien jurídico? El individuo. Si el interesado quiere realizar un acto de disposición ya que, a lo mejor, la máxima manifestación del derecho a vivir es el derecho a morir —y no es un juego de palabras—, ¿qué nos queda de este precepto? Creo que poco, pero vamos a seguir pensando.

Pongamos la cuestión en positivo. Es decir, ¿qué quiero proteger? Y cuando lo resuelva, lo protejo. Se puede decir que quiero proteger un imperativo ético. Ya está. Pero se está hablando de otra cosa distinta al bien jurídico. Se está hablando de que el Código Penal debe utilizarse para proteger un determinado orden ético, que me parece una cuestión tan respetable como otra, pero que no comparto.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Berdugo.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En nombre de mi Grupo le doy las buenas tardes y sea bienvenido a esta Comisión, profesor Berdugo.

Voy a plantearle sólo una cuestión. Diferentes autores plantean cuatro posibilidades de reforma en este sentido: una sería la legalización sin más; otra sería la vía que ha seguido el Código Penal de atenuación de la pena; otra podría ser una exclusión facultativa de la pena, es decir, que el juez decidiera si en determinadas condiciones es impune o no esa situación, o una exclusión automática, que es lo que propone el Grupo de Estudios de Política Criminal, del que usted forma parte.

Me gustaría que ahondara un poco sobre cuál de estas cuatro vías cree que es la más adecuada, y si considera correcta la vía del Grupo de Estudios de Política Criminal.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Si forma parte de ese Grupo, me temo que sí, pero vamos a escucharle a él. ¿No?

Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra el señor Berdugo.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): Muchas gracias, señora Presidenta.

Yo estoy acostumbrado a estar en minorías, por eso le digo que no necesariamente. (*Risas.*)

Personalmente me iría a la primera y explico el porqué. Creo que hay que regularlo. La posición primera es no regularlo, pero por entender que no está madura una discusión. No me parece que sea aceptable la situación actual por un tema de principio: la atenuación supone decir que está prohibido algo, que quiero evitar algo, pero como hay un interés que aparece por ahí y que debo tratar de dotarle de relevancia, lo que hago es atenuar la sanción. Pero el punto de partida sí que está prohibido.

Lo que sí que creo es que hay determinados bienes jurídicos en el Código Penal respecto a los cuales, por su importancia y, sobre todo, por el carácter irreversible de su lesión, debe el legislador, y es importante hacerlo, rodear de garantías cualquier acto de disposición que afecte a los mismos, tanto en este caso, como en la salud, como en otros. Por ejemplo, si usted se somete a una operación de cambio de sexo, tiene una cierta dificultad en volver a la situación anterior, pero si usted decide morir y efectivamente se muere, tiene pocas probabilidades de vuelta atrás.

El planteamiento es: respetando que usted puede tomar esa decisión, el Ordenamiento Jurídico debe rodearlo de garantías que hagan que su consentimiento esté válidamente emitido y que tenga garantías de las consecuencias a lo que lleva una decisión como la que usted adopta.

¿Eso qué supone? Supone realmente la primera y la cuarta posibilidad. Yo no me aparto de la posición que siguen mis compañeros del Grupo de Estudios de Política Criminal. Efectivamente la respuesta debe ser positiva, pero no en el sentido de decir que está autorizada la eutanasia, ya que eso me parece una barbaridad. Decisiones de ese tipo, sobre el punto de partida —lo he dicho varias veces— de que es un bien jurídico de carácter personal, deben rodearse de garantías, aunque, en último término debe primar siempre la voluntad del titular.

Mi duda desde el principio es: ¿qué ocurre cuando el titular no lo puede decir o no está en condiciones de prestar su consentimiento? Puedo parecer muy reiterativo en esto, pero creo que, ése es el problema dramáticamente práctico, es decir, el del niño que nace con gravísimas malformaciones. Ahí pende otra vez la vieja tesis de Binding, que fue el origen teórico de gran parte de las posiciones del Nacionalsocialismo de la destrucción de los seres desprovistos de vigor vital. ¿Quién determina cuándo alguien está desprovisto de vigor vital? Es un tema de importancia y trascendencia tal como para ir paso a paso y midiendo nuestro alcance.

En mi primera intervención subrayé que cuando fui miembro de la Ponencia de reforma del Código Penal de 1992 mi posición era que prefería que el Código siguiera como estaba antes, sin decir nada, y ya se hablaría de la eutanasia en su momento, porque es importante buscar un principio de legitimación y de adaptación social de las normas. Es decir, si en el año 1992 sin más el Código dice que está autorizada la eutanasia o la fórmula que se quiera, hubiera supuesto un elemento que hubiera dinamitado el Código, si me permiten la expresión; no hubiera llegado a ningún lugar ese proyecto. Hay temas que tienen implicaciones sociales vinculadas a posiciones éticas muy controvertidas, vinculadas a algo que realmente es en donde nos movemos. Con independencia de las posiciones personales de cada uno, lo que está claro es que el marco en el que nos situamos es un orden ético donde el mayor pecado siempre ha sido disponer de la propia vida, y en ese ámbito cultural hemos sido educados y formados. No se puede desconocer ese hecho, a pesar de que se racionalice o se llegue a una conclusión distinta, que ése es otro tema; no se puede desconocer la realidad en la que te mueves.

Creo que temas como éste deben venir precedidos de un amplio debate, independientemente de cuál sea la consecuencia. Por eso yo en aquel momento defendí que era algo que debía estar fuera del Código para que fuera un debate que no contaminara a éste; por cierto, recuerden que se realizó en otros temas, como el aborto. Además, introducir este elemento rompería en buena medida la estructura técnica del propio Código. Ése es el planteamiento. Es decir, no me aparto del Grupo de Estudios de Política Criminal, pero lo matizaría.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señor Berdugo.

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

El señor CASTELL CAMPESINO: Muchas gracias, señora Presidenta.

Profesor Berdugo, en su respuesta a los dos portavoces me ha aclarado gran parte de las preguntas que yo tenía.

Ha manifestado que ni llegaban ni llegan a los tribunales situaciones de denuncia y que éstos no llegan a condenar casos de eutanasia pasiva. ¿Existen archivos o no hay casuística?

Ha hablado también de que en esa época de 1992-1994 no estaba el tema socialmente maduro. Por lo tanto, la pregunta es: ¿ahora ya está socialmente maduro? Pero en la respuesta que le ha dado a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista me ha parecido entender que todavía no está suficientemente maduro.

¿Cree que el tema de la eutanasia en sí está socialmente maduro como para tener un gran debate no a nivel de una comisión, sino en uno mucho más amplio?

La última pregunta es si considera, dada su experiencia, que la eutanasia debería ser un asunto estrictamente jurídico o legal, estrictamente político o estrictamente médico.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señoría.

Tiene la palabra el profesor Berdugo.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): Muchas gracias, señora Presidenta.

Permítame que vuelva hacia atrás. Si ustedes repasan las hemerotecas y consultan el archivo de los medios de comunicación de los últimos quince años, podrán ver que el tema que nos ocupa ha sido algo así como un Guadiana. Hubo una gran discusión a mediados de los años ochenta, creo recordar; luego se habló de otras cosas y después volvió a salir el tema otra vez, aunque en el medio nos dedicamos también a hablar de otros temas. De alguna forma es un debate social interrumpido, no porque no exista el problema, que sigue existiendo, sino porque hay otras prioridades, y eso depende de factores muy complejos.

Yo creo que en nuestro país sí hay un antes y un después del caso de hace dos años, y que tiene gran repercusión en los medios de comunicación. Antes parecía que no llegaba ese tema; salían casos de eutanasia pasiva, de cesar un tratamiento; quién no ha tenido en su experiencia personal un caso en el que el médico haya dicho: mire usted, no hay nada que hacer, vamos a dejar de suministrar la medicación, y a nadie se le ocurre decir que es un comportamiento ilegal. Sin duda, ese caso marca un antes y un después, y ahora existe una situación de posible debate que puede concluir en una decisión legislativa, que tenga detrás la legitimación de ese debate; eso no se debe obviar, porque el problema existe, y no porque miremos hacia otro lado deja de existir. El problema está ahí y hay que resolverlo.

No veo que ahora existan, desde el punto de vista social, grandes obstáculos para abordar una medida de este tipo. Últimamente he estado leyendo un libro sobre el derecho a morir, publicado recientemente, no es un libro jurídico, sino casi un libro de casos de todo el mundo, y sólo

he encontrado uno donde haya habido sentencia condenatoria, y además con suspensión de condena inmediata.

No creo que ningún jurado condenara estos casos; jamás. Es decir, que socialmente hay una aceptación de ese planteamiento. La cuestión es cuando elaboramos una norma en cuanto supone de distanciamiento del caso. Pero aunque se penalice todo, y le pongamos la pena más terrible que se nos ocurra, si luego hay que juzgarlo, se iría normalmente a la vía de la exculpación y con la actitud mental de decir: ¡Ojo! Menos mal que yo no estoy en una situación análoga, porque siempre queda la duda de cómo hubieras actuado. Se pueden decir muchas cosas, distanciados del tema, pero ésa es una situación real. Por tanto, yo creo que socialmente sería el momento de plantear algo así, siempre que no se dé lugar a que la gente opine que lo que se está legalizando es que se pueda ir matando a los enfermos. Eso lo escucharemos, pero es otra cosa; se podrá hacer siempre que el debate esté en los términos razonables en los que debe situarse.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Veo que el Senador Ariznavarreta ha abandonado su puesto de Vicepresidente, por lo que entiendo que va a intervenir. Tiene su señoría la palabra.

El señor ARIZNAVARETA ESTEBAN: Muchas gracias, señora Presidenta.

Voy a ser muy breve. Después de la tormenta de ideas de esta tarde, va a ser complicado entrar muy técnicamente en el asunto, pero a mí me ha parecido entenderle que la regulación penal que recoge el actual texto de la eutanasia bien pudiera no figurar, tanto por el bien jurídico protegido —por cuanto en su informe no encuentra ese bien o esa causa que daría lugar a la protección— como incluso por la práctica. En la praxis jurisdiccional no ha encontrado ese tipo de sentencias. Pero a mí simplemente se me vienen a la cabeza dos cuestiones. El Estado viene protegiendo de muy diversas formas y en cantidad de aspectos de la vida al ser humano, a la vida y a otra serie de circunstancias relacionadas con el ser humano. Me estoy refiriendo no sólo a las cuestiones de sanidad pública, como podría ser la protección de los alimentos o el tráfico —por qué a usted no le dejan ir a 160 kilómetros por hora si, al final, su decisión es ir a 160 y usted puede ir a esa velocidad, porque en el fondo es libre; usted puede ir a 160, pero puede matar a otro—, sino más bien a cuestiones íntimamente personales, por ejemplo, el consumo de estupefacientes o de drogas que no causan un efecto inmediato que no sea el del «alucine» —si se me permite la expresión—, sino que a largo plazo el consumo de cocaína o el de heroína, incluso en las mejores condiciones, causa daños irreparables en esa persona, y esa persona no consume drogas para morir, sino con otras finalidades, con otras intenciones. El Estado aplica su protección en ese caso, siendo una decisión absolutamente personal, prohibiendo tanto el tráfico como la posibilidad de adquirir ese tipo de sustancias libremente, como de hecho se adquiere el alcohol o el tabaco. Ésa es una cuestión que a mí se me ocurre. ¿Por qué esa diferencia? ¿Qué es lo que hace que el Estado persiga

categoricamente el consumo de algo que sólo afecta a la persona —si me drogo es cosa mía, y usted a mí no me tiene que proteger—, frente a esta otra ausencia de razonamiento para proteger el que una persona quiera acabar con su vida antes de tiempo?

En segundo lugar, quisiera saber qué opinión le merece el tema, que no es que sea muy frecuente o que ocurra todos los días, pero que ya hemos tenido algún caso que otro, de las sectas o de los grupos sectarios. En Estados Unidos ha habido casos en que se ha producido una autoinducción colectiva a acabar con la vida, y el tratamiento penal que dan a eso es la persecución, la aplicación de la ley, la detención e incluso se busca al culpable último que ha inducido a todas esas personas, bien sea por métodos psicológicos, psiquiátricos, mentales, a hacer eso.

Por último —aunque he dicho que iba a ser muy breve— quiero resaltar el tema del famoso doctor Muerte, en Estados Unidos. Yo no conozco —lo he de confesar— ni poco ni mucho el sistema de persecución penal americano, ni si la motivación es, como se dice muchas veces, por una sociedad excesivamente moralizante o con fuerte peso moral o si es por otras cuestiones estrictamente jurídicas, pero hay una persecución real y legal en algunos Estados, frente a otros donde hay permisividad.

Esas tres cuestiones son las que me gustaría que comentase, y perdón por la extensión de mi intervención, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el profesor Berdugo.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): Muchas gracias, señora Presidenta.

Le agradezco muchísimo su intervención, señoría. Hay una explicación técnica a las preguntas que usted plantea, y siguiendo su misma línea de razonamiento, por ejemplo, usted y yo podemos tomar medidas y tener comportamientos que afectan a nuestra salud negativamente; estoy seguro de que no duerme ocho horas, yo no las duermo, incluso trasnocho algún día bastante; bebes algo de alcohol, comes grasas, haces poco deporte, incluso llevas a cabo comportamientos arriesgados como correr en los sanfermines, ya que no eres torero; incluso alguien habrá consumido droga, porque el consumo no es un hecho delictivo. Pero, ¿qué obligación tiene el Estado? El Estado está obligado, en relación con los bienes jurídicos personales, a no generar normas que menoscaben esos bienes jurídicos personales, sino que debe generar situaciones que favorezcan todo su ejercicio. Y, ¿qué es lo que hace? Protege la salud pública, que es algo distinto de la salud individual. Y, ¿cómo lo hace? Lo que califica como delictivo es lo que rodea ese acto; usted puede realizar lo que desee respecto a las decisiones individuales que afectan a su salud, pero yo, como Estado, penalizo algunas; penalizo el tráfico de drogas, por ejemplo, pero hay una explicación de por qué es así.

¿Que se quiere suicidar? Adelante. ¿Qué hago? Penalizar la inducción al suicidio, el auxilio al suicidio, pero no

el suicidio. Penalizo las sectas, pero si usted quiere suicidarse y luego fracasa, mala suerte.

Hay algo que no me han preguntado y que técnicamente tiene un problema. Si el suicidio es un acto lícito sería un acto de coacción el del bombero o el del policía que impide el suicidio. Esto excede el ámbito de esta Comisión y yo no tengo respuesta. Es un caso práctico de difícil solución. Yo estoy en un acto de libertad y voy a tirarme desde el piso veinte y, en cambio, le ponemos una medalla al que lo evita y no le metemos en la cárcel.

Cuando en el debate del Grupo de Policía Criminal algún compañero dice que es un acto de servicio, opino que tiene razón, pero tiene algo particular, porque si somos coherentes jurídicamente resulta que esa armonía jurídica me obliga a meter en la cárcel a ese policía por coacciones en lugar de aplaudir su acción y fomentarla. Luego no puede ser así y tengo que buscar otras vías.

Ésta es una primera explicación de por qué puedo defender perfectamente que la eutanasia no sea en sí un comportamiento delictivo, pero yo no voy a favorecerla, sino a regularla, que es algo distinto. Yo no voy a dictar normas que favorezcan esa decisión porque sería totalmente contrario al texto constitucional; otra cosa es que se regule, que cuando puede llegar a realizarse un acto de esa trascendencia esté jurídicamente regulado cómo puede llegar a ser, con todas las garantías del mundo sobre ese ámbito.

Lo que no puede imponer tampoco —y eso no lo he dicho hasta ahora pero quiero subrayarlo— es un comportamiento de morir. A una persona se le puede decir que sus expectativas vitales son de menos diez, que está en una situación terminal, que va a durar un mes, y esa persona puede contestar que quiere durar un mes. Se le puede decir que le va a doler mucho, que va a tener horribles padecimientos, pero sería un hecho delictivo imponer en ese caso un comportamiento de acortar la vida, aunque se haga para que la persona muera más dulcemente. En ese aspecto positivo sí aceptaría que fuera subrogado por parte del consentimiento de los familiares, pero no en el aspecto negativo, es decir, tomen otra vez como referencia el consentimiento en las lesiones, es decir, para una operación de esterilización la familia puede poner en marcha el procedimiento pero no tiene la decisión positiva, pero si la familia no lo pone en marcha el juez no puede imponerlo. Es la misma estructura de razonamiento.

Creo que, en relación con las sectas, ya he respondido.

Por lo que se refiere al doctor Muerte sé poco más o menos lo que sabe usted. Lo que sí es importante también es lo siguiente: Cuando nos aproximamos a la legislación norteamericana nos encontramos con un problema y es que, como ustedes saben, en el sistema jurídico norteamericano coexisten dos estructuras, la estructura federal y la de los derechos penales de cada Estado, y usted mismo ha afirmado que esos derechos penales de cada Estado pueden ser diversos en su contenido, y también es cierto que hay Estados donde la carga profundamente ética del derecho penal, o la vinculación a un determinado orden ético del derecho penal es absolutamente clara. Hay ejemplos muy tradicionales que llegan a los medios de comunicación —los llamados delitos de alcoba— que consisten en

penalizar determinados tipos de comportamientos sexuales aunque sean consentidos, de igual manera que el hecho de la pena capital no es un hecho cien por cien de los Estados Unidos, sino de un grupo de Estados de Estados Unidos donde coexisten con legislación de otro corte. Por eso es difícil, cuando uno se aproxima a la legislación anglosajona en Estados Unidos, ver cuál es la posición. Yo no tengo delante en este momento en qué lugar juzgan a este doctor para poder pronunciarme sobre cuál es el tipo de comportamiento.

Cuando se ha planteado el debate sobre ese derecho a morir en Estados Unidos se ha hecho en aplicación de un derecho bastante indefinido y poco construido en el derecho continental que es el derecho a la intimidad. Ustedes saben que cuando se reconoce en los años setenta el derecho a abortar en el Estado de Nueva York se hace en función de una manifestación del derecho a la intimidad. El derecho a la intimidad no tiene los perfiles que tiene en nuestro ordenamiento jurídico. A veces es difícil trasladar un tipo de razonamiento a otro, pero más me importa la estructura de que lo que se plantea en ese caso es que un tribunal autorice a, es decir, como modo de regular determinado tipo de comportamientos.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Señorías, ¿alguna pregunta más? (*Pausa.*)

Déjenme que les diga, a propósito del comentario del Profesor Berdugo de que éste era un asunto Guadiana que salía y entraba y desaparecía, que es cierto. Legislatura tras legislatura, sobre todo en el Congreso de los Diputados, se ha venido planteando, a través de iniciativas no legislativas vía proposiciones no de ley, y reiteradamente se ha ido rechazando por una mayoría abrumadora de votos incluso en esta propia legislatura. Lo que ocurre es que en esta ocasión se consideró que el Congreso no quería pero que, sin embargo, el Senado, por la especialización de este tipo de comisiones de estudio y de investigación, era el foro adecuado y el foro idóneo, con lo cual —a mí no me gusta poner picas en Flandes ni pasar a la historia por nada— yo creo que el Senado acertó creando esta Comisión, que es bueno que haya un debate y que quizá estemos ante el último gran debate de los derechos fundamentales. Por lo tanto, intentaremos hacerlo lo mejor posible.

Muchas gracias, Profesor Berdugo, por hacer que dudemos aún más.

El señor CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (Berdugo Gómez de la Torre): De todo lo que he dicho dudo y estoy dispuesto a aceptar la tesis contraria.

La señora PRESIDENTA: Por supuesto y, además, yo creo que cuanto más oigamos y más nos documentemos más dudaremos, lo cual será muy beneficioso para la sociedad.

Muchas gracias, señorías.

Se levanta la sesión.

Eran las diecinueve horas.