

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. IGNACIO JAVIER ARIZNAVARRETA
ESTEBAN, VICEPRESIDENTE PRIMERO**

celebrada el jueves, 18 de noviembre de 1999

ORDEN DEL DÍA:

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

- Del doctor don Josep M.^a Ramírez Ribas, Director del Instituto Guttmann (Número de expediente 715/000426).
 - De don Joan Queralt Jiménez, Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona (Número de expediente 713/000909).
 - De don Alberto de Pinto Benito, Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos Aspaym (Número de expediente 715/000379).
-

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

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Buenos días, señorías. Se abre la sesión.

Procede, en primer lugar, someter a aprobación el acta de la sesión anterior, que ha sido distribuida a la Mesa y portavoces.

¿Se puede aprobar por asentimiento? (*Pausa.*)

Así consta.

COMPARECENCIAS:

— DE DON JOSEP MARÍA RAMÍREZ RIBAS, DIRECTOR DEL INSTITUTO GUTTMANN (715/000426).

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Punto primero del orden del día: Comparecencia del Doctor don Josep María Ramírez Ribas, Director del Instituto Guttmann.

Doctor, quiero transmitirle que es un honor para esta Comisión contar con su presencia. Escucharemos atentamente todos los razonamientos que tenga a bien hacernos.

Tiene usted la palabra.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO GUTTMANN (Ramírez Ribas): Muchas gracias, señor Presidente.

Señor Presidente, señorías, les anticipo en primer lugar que, por cortesía hacia ustedes, y también para no dejar de exponer ningún punto de los que previamente he preparado, voy a leer mi intervención.

Mi comparecencia ante ustedes, que me honra, está motivada por la convocatoria que sus señorías han tenido a bien efectuar, para que, junto con diversos especialistas en otras disciplinas, pueda expresarles y transmitirles mis criterios y opiniones acerca de un tema tan importante humana, médica y socialmente como es la eutanasia. Mi contribución a esta sesión estará dedicada a reflexionar sobre los principales aspectos que hacen referencia a la eutanasia y tienen relación con las personas afectadas por una gran discapacidad física, discapacidad que, lamentablemente, en la mayoría de casos, es hasta la fecha incurable y, por tanto, irreversible.

Espero y deseo que mi modesta aportación sea acertada, tanto por el fondo de los conceptos y pensamientos que exprese, como por la forma en que sea capaz de transmitírselo; que le sea de utilidad a esta Comisión al corresponderse adecuadamente a la confianza de su amable invitación, y que contribuya, en la medida de lo posible, a establecer algunos aspectos positivos acerca de este tema tan importante que nos ocupa.

El enfoque que doy a mi intervención, eutanasia y discapacidad, tiene su razón de ser en mi condición de médico y en mi experiencia profesional de casi 20 años dedicado a la rehabilitación de personas con una gran discapacidad física, fundamentalmente como consecuencia de una lesión medular, de un traumatismo craneoencefálico o de una enfermedad progresiva, y en el ejercicio desde 1990 del cargo de Director del Instituto Guttmann de Barcelona,

hospital de neuro-rehabilitación fundado en el año 1965, que fue el primer hospital de España especializado en el tratamiento de este tipo de pacientes, y hasta la fecha pionero en la introducción en nuestro país de las principales técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos para la rehabilitación y mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Me he permitido traer unos folletos explicativos sobre esta institución y una memoria de actividad de lo que allí realizamos que posteriormente entregaré al señor Letrado para que los distribuya entre sus señorías.

Entiendo que el debate práctico en torno a la eutanasia se centra hoy en la denominada eutanasia activa voluntaria, concepto que «Juana Teresa Bethancourt», vicepresidenta de la Asociación «Pro derecho a morir dignamente», que me consta que estuvo presente en esta Comisión, define como aquella en la que el paciente, correctamente informado y de manera libre, haría prevalecer su principio bioético de autonomía por encima del de beneficencia en una relación médico-paciente-entorno afectivo dialogante.

Considero que, aunque con lagunas jurídicas y una notable falta de información y, por consiguiente, con un cierto grado de inseguridad para pacientes, familiares y los propios facultativos, tanto la eutanasia pasiva como la indirecta se vienen aplicando ampliamente y con criterios razonables en los hospitales españoles.

Este desajuste en la práctica cotidiana de la medicina, entre las convicciones personales, los conceptos éticos o morales y las normas jurídicas, conduce a menudo al tratamiento desigual de casos similares, lleva a comportamientos profesionales no siempre coherentes y, en definitiva, comporta arbitrariedades que agravan las desigualdades y son, por lo tanto, generadoras de actitudes profundamente antiéticas, circunstancia que en los últimos años ha hecho crecer el interés de la medicina por la ética y también de ésta por la medicina o por la práctica médica. Estas situaciones últimamente son más frecuentes por dos razones: primera, por un mayor respeto a la libertad individual de la persona y, segunda, porque las transformaciones tecnológicas que afectan al uso de las posibilidades médicas nos sitúan en límites cada vez más extremos que nos plantean dudas razonables sobre qué es lo más conveniente o beneficioso para el enfermo y su dignidad.

Para Victoria Camps, catedrática de Filosofía y Ética de la Universidad Autónoma de Barcelona, sólo mediante el ejercicio profesional, basado en los principios éticos de la autonomía, la responsabilidad y la prudencia se puede lograr el respeto a la autodeterminación del paciente y a su dignidad, preservando de esa manera uno de los principios éticos fundamentales expresado por Kant, quien afirma que las personas no pueden nunca ser instrumento de las necesidades o intereses de nadie.

Así, el paciente debe ser tratado siempre como un fin y nunca como un medio, de manera que es exclusivamente al propio paciente, cuando ello sea posible, a quien le compete decidir, a la vista de su estado, el nivel de vida medio que le haría su existencia, si no gozosa, sí al menos llevadera. Para Joan Josep Querah letrado del Tribunal Supremo, la vida sin opción de vivirla pierde parte de su va-

lor y lo pierde totalmente cuando el nivel de calidad de la propia vida se sitúa muy por debajo del nivel ordinario o del que el propio individuo está dispuesto a aceptar. El ejercicio, pues, responsable de la profesión sanitaria no puede quedar reducido a la mera aplicación de soluciones exclusivamente técnicas que nos convertirían en servidores de la medicina pero no de las personas.

A este respecto, el filósofo Enmanuel Severino, profesor de la Universidad de Venecia, advierte sobre este riesgo. Dice: la civilización de la técnica no tiene otro fin que incrementar su propio poder hasta el infinito. Es por ello por lo que la tendencia fundamental de nuestro tiempo sea subordinar la organización ideológica de la sociedad a la organización tecnológica de la misma.

Así pues, los límites del tratamiento médico no pueden estar determinados únicamente por las posibilidades técnicas de las que se disponga para el mantenimiento de la vida. En situaciones de extrema gravedad, el límite entre lo lícito y lo ilícito lo determina la voluntad del afectado. El consentimiento informado se convierte de esta manera en el elemento decisivo para la protección de la libertad y la dignidad del enfermo.

El escritor Josep María Carandell en, a mi parecer, un interesante artículo titulado «La condición humana en el hombre y el enfermo», explica: El sufrimiento, el dolor, son espantosas realidades que ponen al hombre por debajo de la condición humana, allá donde la «humanitas» más generosa difícilmente llega. ¿Cómo buscar humanidad en aquello que ya es inhumano? Es terrible cuando tenemos a una persona querida enferma de una manera tal que el amor sucumbe porque la humanidad desaparece. Se ha de ser muy fuerte o muy generoso para resistir, para superar la visión de la degradación. El control de los esfínteres es algo que con frecuencia pierden los enfermos, y en ese estado la dignidad cae en picado. Se regresa a estadios infantiles pero ya no se es un niño para poderlo justificar. Incluso la persona más digna y de respeto queda marcada por el signo de la vergüenza y acaba diciendo: solamente debe haber una situación peor que la de enfermo, la de un enfermo pobre, y sólo alguna cosa peor que esto: un enfermo pobre y viejo.

Aun hoy, en la sociedad del bienestar, en la que Galbrighth denomina cultura de la satisfacción, son muchos los sectores de nuestra sociedad que consideran a las personas con discapacidad irreversible como individuos socialmente inútiles, improductivos y a menudo susceptibles de marginación.

Esta concepción social de que sólo vale lo que es bello, útil, productivo, es un falso estereotipo que nuestra sociedad va configurando progresivamente y que tiende a excluir a personas o colectivos que por razón de edad o discapacidad no se ajustan al modelo establecido. Si se da la doble condición de persona mayor y con discapacidad, entonces la marginación es aun más evidente, porque en nuestra sociedad estas personas molestan incluso estéticamente. Al respecto dice el filósofo Javier Sádaba: son como el espejo que uno no quiere ver por miedo a verse reflejado.

La idea de que las personas con gran discapacidad física no sirven, son una carga o no tienen un lugar adecuado

en nuestra sociedad significa establecer un ámbito que puede predisponer a las personas con discapacidad, o a sus familiares, a adoptar actitudes negativas respecto a la continuación de la vida. El menosprecio, la marginación o el rechazo social de las personas con discapacidad se convierten así en una antesala, discutible pero real, a la idea del suicidio o de la eutanasia compasiva, si me permiten esta expresión.

Las consecuencias de una lesión medular, ya sea una paraplejia o una tetraplejia o un traumatismo craneoencefálico severo o el de la fase avanzada en el desarrollo de una enfermedad progresiva, como por ejemplo la esclerosis múltiple, son tan catastróficas para el individuo que las padece, así como para sus seres más allegados, que bien pudiera parecer que los conceptos discapacidad y eutanasia deberían ir frecuentemente emparejados. Pero nada más lejos de la realidad. Los treinta y cinco años de experiencia del Instituto Guttmann nos han permitido constatar, incluso en los casos más límites de la discapacidad, una inequívoca voluntad de vivir y de adaptarse a la nueva realidad que han hecho que el lema de nuestro hospital sea precisamente el de ayudar a construir nuevas vías.

Sólo en unos pocos casos de los más de 6.000 pacientes atendidos en el Instituto Guttmann hemos debido registrar el suicidio como causa de muerte. Las estadísticas americanas ponen de manifiesto que el índice de suicidios de la población afectada por una lesión medular a los cinco años de establecida la lesión, no antes, no presenta diferencias significativas respecto al resto de la población. Un estudio realizado recientemente en Dinamarca destaca una mayor incidencia de suicidios en la población con lesión medular completa, preferentemente en mujeres, y con un componente psiquiátrico depresivo de base anterior a la instauración de la lesión.

Los profesionales que nos dedicamos al tratamiento médico rehabilitador: médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, hemos podido constatar cómo nuestros pacientes, incluso en las condiciones de mayor infortunio, en la inmensa mayoría de casos manifiestan claramente una actitud positiva que se traduce en un trabajo constante de superación y en un notable esfuerzo para restablecer un nuevo modelo posible y a la vez satisfactorio de vida, actitud que prevalece durante todo el proceso rehabilitador, excepto en la fase inicial denominada fase de duelo, que es la que se produce en el período inmediato o inicial posterior a la instauración de la discapacidad, en la que el paciente se da cuenta de las pérdidas que su lesión conlleva y durante la cual es fundamental el correcto tratamiento psicológico tanto de él como de sus familiares.

El objetivo último de la rehabilitación, siguiendo las enseñanzas del doctor Guttmann, es pasar de ser una persona desahuciada y desesperanzada a otra nuevamente emprendedora capaz de ser feliz y hacer feliz, y solidaria para con el resto de los ciudadanos. En nuestro ámbito de actuación no tiene significado la eutanasia, salvo en aquellos casos en que a la lesión discapacitante se le suma una enfermedad incurable en fase terminal, en cuyo caso nuestro

proceder es similar al de la mayoría de los hospitales, procurando a estos pacientes una muerte digna.

Aunque no corresponda a mi especialidad, permítanme una breve reflexión en torno a la praxis médica en las unidades de cuidados intensivos, de las que nuestros pacientes en su mayoría son tributarios en los primeros días de instaurarse la lesión.

Estimo que la medicina intensiva es actualmente el paradigma del esfuerzo humano para preservar la vida, pero en su práctica es donde con mayor facilidad puede sustituirse el objetivo lícito de servicio al paciente por el de servidumbre a la técnica. Algunas de sus actuaciones pueden tener más que ver con el denominado ensañamiento terapéutico, del que ya en 1957 el propio Pío XII se manifestó en contra, que con actitudes respetuosas para con la libertad y la dignidad del paciente.

A veces, sus logros conllevan, junto a una sobrevivencia con una más que dudosa calidad de vida, un sufrimiento humano y una desesperanza que invade el entorno afectivo del paciente imponiéndole graves y costosas cargas que condicionan sobremanera su futuro.

Éste es uno de los ámbitos terapéuticos en donde con mayor significado deben plantearse los problemas éticos relacionados con la eutanasia y en donde se hace más necesaria y urgente una formulación jurídica que reconozca o dé amparo al denominado testamento vital en el que, con anterioridad a las circunstancias concretas, la persona puede expresar libremente su voluntad.

Por su interés, es oportuno citar el punto 6.4 de la reciente Declaración de Ética y Medicina Crítica y Cuidados Intensivos suscrito en el Congreso Internacional Médico de esa especialidad celebrado en Madrid, que dice: «Cada vez que una medida terapéutica pudiera ser restringida en razón de la inaceptable calidad de vida del eventual sobreviviente, es necesario actuar en correspondencia con los deseos del paciente. Si no es posible conocerlos, la familia y las personas que lo representan deberían dar información sobre la que sería con más probabilidad la opinión del enfermo, ya que lo que tiene más importancia en una decisión basada en la calidad de vida son los valores y preferencias del paciente».

No quisiera abandonar el tema de los cuidados intensivos sin antes apelar a su condición de Senadores para que, en la medida de sus posibilidades, insten a quien corresponda a desarrollar los esfuerzos necesarios para la humanización de esos servicios, pues la información al paciente y a sus familiares, su necesario apoyo emocional, las condiciones ambientales y los tiempos de visita son hoy absolutamente insuficientes, inadecuados y generadores de ansiedad, soledad y sufrimiento, y todo ello en aras de una supuesta eficiencia clínica.

Si como decíamos el objetivo inmediato de la organización integral es que la persona con discapacidad física consiga el mayor grado de autonomía funcional posible a la vez que el restablecimiento de su autoestima y una disposición constructiva capaz de potenciar sus recursos personales, su fin último no es otro que el de alcanzar su plena reinserción social. Para ello es necesario que, además de las habilidades y la actitud de la persona con discapacidad,

se cuente con una sociedad respetuosa con las diferencias, capaz de valorar las distintas aportaciones de cada uno de sus miembros según sus posibilidades y solidaria para con las diversas necesidades individuales y colectivas. Éste es un reto que tenemos todos nosotros: alcanzar una sociedad más justa, más fraternal, en definitiva, más humana, en la que todas las personas sin excepción puedan ejercer plenamente sus derechos y proyectar su futuro con igualdad de oportunidades.

La percepción por parte de las personas con discapacidad y sus familias de consideraciones sociales de inutilidad, rechazo, conmisericordia, nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que éstas pueden propiciar o agravar en algunos casos la tendencia de desear la eutanasia o el suicidio como solución definitiva a sus problemas, como nos revela el reciente y lamentable caso de Ramón Sampedro.

Si somos capaces de plantearnos y demandar el derecho a una muerte digna, por extensión y coherencia, mediante el impulso de los derechos individuales y colectivos y los avances sociales, deberíamos ser también capaces de exigir para todos el derecho a una vida digna, a una vida con calidad, a una vida que merezca la pena ser vivida. Para ello es necesario que se avance significativamente en el desarrollo de todos aquellos factores actualmente no resueltos o resueltos insuficiente o insatisfactoriamente y que son determinantes para la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias. Así, en España conviene señalar la falta de hospitales especializados en neuro-rehabilitación; por ejemplo, para el tratamiento integral de personas con daño cerebral severo, con traumatismos craneoencefálicos, que es una enfermedad que afecta, sobre todo, a personas jóvenes, sólo existen tres instituciones en España —la nuestra, el Instituto Guttmann en Barcelona, otro en el País Vasco y un tercero en Burgos, todos ellos de titularidad privada— que se ocupan de estas enfermedades. Sólo hay tres.

Conviene destacar también en el orden sanitario la falta de centros específicos destinados al posterior mantenimiento de los niveles de autonomía adquiridos por las personas con discapacidad durante la fase de rehabilitación hospitalaria.

Es totalmente necesario ampliar y adecuar el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social a las verdaderas necesidades de las personas con discapacidad para que ésta no se traduzca en una mayor carga económica para quienes la padecen o simplemente tengan que verse privados de las enormes desventajas que hoy las ayudas técnicas, los elementos ortésicos y las modernas prótesis posibilitan a sus usuarios.

Mención destacada merece la atención personal destinada a dar cobertura a las necesidades derivadas de la dependencia, es decir, la necesidad de una tercera persona para suplir la falta de autonomía personal para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. En nuestro país, por motivos socioculturales, esta necesidad ha estado tradicionalmente cubierta por las familias y, especialmente, por las mujeres con el grave perjuicio que ello supone en cuanto a costes económicos, personales y de expectativas laborales. Así pues, es muy urgente y necesario desarrollar un sis-

tema de servicios de atención personal y de ayuda en el hogar que facilite la integración doméstica de las personas con discapacidad sin los perjuicios antes citados, o bien establecer un seguro de dependencia que venga a compensar económicamente la adecuada cobertura de estos servicios.

De lo dicho hasta aquí se deduce que vivir con una discapacidad es caro, porque tanto la persona afectada como su familia deben hacer frente a unas necesidades específicas en el ámbito de la salud y de la atención personal ya citadas y para desenvolverse socialmente. Debemos indicar que las prestaciones por incapacidad permanente contributivas o no contributivas, los subsidios por hijos discapacitados a cargo, las prestaciones para facilitar la integración social y las exenciones de impuestos son líneas de protección que existen en nuestro país, pero que en muchos casos proporcionan una cobertura insuficiente para permitir hacer frente a los costes efectivos que genera una discapacidad.

Es ciertamente necesario que se haga una evaluación actualizada del sobrecoste que supone desenvolverse con una discapacidad en nuestra sociedad y un análisis crítico del actual sistema público de protección económica de la discapacidad para reajustarlo, con criterios de equidad y equiparación social, a las necesidades reales de los diferentes colectivos afectados.

La manera idónea de solucionar el problema económico de las personas con discapacidad —cuando ello es posible— es mediante la integración laboral. Las personas con discapacidad presentan un índice de desempleo muy superior a la media nacional y aún se encuentran con severas dificultades de aceptación cuando se plantean su integración laboral. Sin embargo, conseguir una relación laboral permanente, constituye un objetivo muy deseable que permite a la persona afectada alcanzar su autonomía económica y obtener un mayor grado de protección personal y social. Si bien el empleo de las personas con discapacidad en un entorno competitivo será siempre que sea posible, la opción a priorizar, las fórmulas de trabajo protegido y a domicilio deben ser también alternativas a considerar y a promover para las personas gravemente afectadas.

Otro problema al que se enfrentan las personas con discapacidad es el hecho de que sin vivienda adaptada, sin accesibilidad y sin movilidad, no es posible su plena integración social. Es imprescindible que puedan disponer de una vivienda adaptada a la discapacidad que les permita desenvolverse en las actividades diarias con autonomía. También es necesario un entorno social accesible, edificaciones y urbanismo, con el cual interactuar y unos medios de transporte públicos y privados que faciliten la movilidad y los traslados que generan las actividades laborales, culturales y de tiempo libre.

Por todo ello, es recomendable que se impulse una política efectiva de promoción de viviendas accesibles, tanto desde el punto de vista arquitectónico como económico, a la vez que un decidido empeño en hacer efectivas las leyes de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras arquitectónicas y en el transporte.

Incluso, con todos estos problemas resueltos nos quedaría otra barrera por superar, quizás la más sutil e infran-

queable, la de las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad.

Por una parte, tendremos que seguir trabajando y divulgando el concepto de normalización, es decir, la sociedad debe hacer un esfuerzo y realizar aquellos ajustes y transformaciones que sean necesarios para conseguir un entorno participativo y equiparador que favorezca la integración social y la igualdad de oportunidades en las personas con discapacidad.

Por otra parte, debemos promover un estado de opinión favorable a la aceptación de aquellos que por la gravedad de sus secuelas precisan de apoyo y protección por parte de la sociedad.

En todos los casos, los valores sociales que prioricen el valor de la vida humana, la solidaridad, el respeto a las diferencias, el apoyo a las minorías y a los colectivos vulnerables y su equiparación social, favorecerán a las personas con discapacidad.

Así pues, a modo de conclusión, he de decir que, en la medida en que seamos capaces de actuar positivamente, facilitando la rehabilitación especializada de las personas con discapacidad, mejorando su autonomía económica, reforzando sus posibilidades laborales, de vivienda, de accesibilidad y movilidad, a la vez que procurando actitudes sociales más favorables y solidarias, conseguiremos una mayor integración social del colectivo de personas con discapacidad y contribuiremos a mejorar su calidad de vida, lo que sin duda será una buena prevención de las tendencias al suicidio o a desear la eutanasia que algunas de estas personas tienden a presentar.

Permítanme, para finalizar, llamar su atención sobre un hecho que considero digno de destacar en el contexto de la eutanasia. Me refiero, por su especial gravedad e importancia, a los accidentes de tráfico, que se han convertido en un verdadero reto sanitario y, posiblemente, en uno de los mayores problemas de salud pública de la sociedad moderna.

Según la OMS, los accidentes de tráfico, con todas sus secuelas, junto con las enfermedades mentales, son los dos grandes retos sanitarios de los próximos 25 años. Las personas jóvenes son uno de los grupos de población que sufren más accidentes de tráfico. En una información reciente se decía que en la ciudad de Barcelona ésta era la primer causa de mortalidad de jóvenes entre 25 y 44 años, aunque algunos falleciesen en carretera fuera de Barcelona. Además de la irreparable mortalidad que esto supone, las secuelas más graves que pueden sufrir son consecuencia de las lesiones irreversibles del sistema nervioso central, lesión medular y traumatismo craneoencefálico, básicamente. Según el profesor Luis Montero, Catedrático de Seguridad Vial de la Universidad de Valencia, la situación es muy grave y no parece que tenga un buen pronóstico de futuro si no se toman medidas urgentes para evitar este tipo de accidentes.

Apelo, pues, a su buen criterio para que, dentro de sus posibilidades, intervengan en todos aquellos aspectos que puedan evitar, o tiendan a rebajar, la siniestralidad en el tráfico como factor de prevención a considerar en la problemática de la eutanasia.

Nada más. Muchas gracias por su tiempo, por su atención y por el importante trabajo que están desarrollando.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, doctor Ramírez Ribas.

Señorías, se abre el turno de portavoces. El compareciente podrá contestar conjuntamente, siguiendo la práctica habitual de esta Comisión. Ausentes los portavoces de los Grupos Parlamentarios Mixto y de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra el Senador Cardona, del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señor Presidente.

Señorías, en primer lugar, quiero agradecer al doctor Ramírez su comparecencia y, sobre todo, la visión experimentada que nos ha transmitido de estos casos de personas, jóvenes en general, que ven truncadas sus previsiones de vida. Concretamente, ha terminado su intervención con el ruego de que hagamos cuanto podamos o evitemos en lo posible todos esos accidentes de tráfico que, evidentemente, cambian total y radicalmente la vida de esos jóvenes.

Le rogaría que incidiera más en el proceso de evolución hacia la aceptación de esta nueva situación por parte de estas personas.

Ha hablado de la eutanasia activa, sólo de voluntaria, puesto que las otras formas sólo son estamos de acuerdo parte de la buena praxis médica y no serían, por tanto, lo que tradicionalmente se ha entendido por eutanasia. Se ha podido comprobar en los 35 años de experiencia del Instituto Guttmann, que la mayor parte de estos afectados superan la situación, si bien hay una fase inicial en la cual muchas veces necesitan de un soporte específico psicológico o psiquiátrico, no sólo el afectado sino también la familia, lo que no se debe olvidar nunca.

Se ha referido también a las unidades de cuidados intensivos, que son el paradigma técnico para superar la vida, y ha dicho que ha echado en falta más humanitarismo, y que hay que tener en cuenta los deseos del enfermo, si los puede expresar, o en otro caso, si se tiene, los antecedentes sobre sus deseos.

En este sentido, me gustaría saber si tiene alguna noticia acerca de una proposición de ley que se presentó en el Parlament de Catalunya por parte de todos los grupos, que además se ha trasladado ya a la Comisión, y que se refiere al derecho a la información y a la autonomía por parte de los enfermos; también existía un apéndice —lo digo de memoria— acerca de las historias clínicas.

Tendremos que leer detenidamente su intervención porque nos ayudará mucho a comprender el proceso evolutivo de estas personas y nos servirá para realizar —si tenemos ocasión— el informe correspondiente.

Ha hecho hincapié en la falta de centros dedicados a personas con falta de autonomía. Me permito decirle que este tema no es propio de esta Comisión que hay una Ponencia en el seno de la Comisión de Sanidad sobre envejecimiento de la población, en la cual una de las materias que

se han estudiado es la dependencia. Tenemos cierta experiencia —aunque sólo sea teórica— de un viaje que hicimos tanto a Francia como a Alemania, donde parece que el seguro de dependencia está mejor solucionado que en nuestro país.

Ha hablado también de la integración laboral de estas personas, de la adecuación de la vivienda y de que la barrera fundamental ante la que se encuentran es la actitud social, es decir, la mentalidad con que la sociedad acepta estos casos.

Finalmente quería plantear dos cuestiones muy concretas. En primer lugar, aunque sé que cada caso es único, me gustaría saber cuánto dura en general el proceso de rehabilitación en el centro para esos casos de tetrapléjicos; naturalmente es un proceso que no terminará mientras haya vida; no sólo los discapacitados, sino todos nosotros, vamos evolucionando y aprendiendo con la intención de mejorar, pero eso es otra cuestión. En cualquier caso, para estas personas que de jóvenes ven menoscabada su situación que cambia radicalmente, la readaptación, es mucho más constante. Es decir, quería saber si hay una fecha determinada para poder decir que ha concluido esa fase de rehabilitación.

En segundo lugar querría saber si en su opinión podemos considerar desde el punto de vista ético social, moral, político, desde todos los ámbitos, a una persona como un ser solitario, único, abstrayéndolo de ese contexto social, es decir, que prevalezca más el principio de autonomía, en el sentido de decir: no sólo yo, porque mientras yo pueda disponer de mí mismo, ejecuto y se acabó, sino de acuerdo con este principio de autonomía yo decido que la sociedad pueda ofrecerme estos servicios. Por tanto, sacando a la persona de este contexto social, que prevalezca el principio de autonomía sobre el derecho de la justicia en cuanto contexto social comunitario.

Repito que leeremos detenidamente su intervención porque pienso que vale la pena, tanto para enriquecernos desde el punto de vista personal, como para hacer las aportaciones correspondientes a nuestro informe en su momento.

Gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Quiero darle las gracias y la bienvenida al doctor Ramírez Ribas en nombre de mi Grupo. Comenzaré diciéndole que no puedo dejar de felicitarle a usted, así como a todo el equipo que trabaja en este fabuloso proyecto de asistencia neurorehabilitadora, por la encomiable labor que realiza. He podido leer la información que figura en la página Web del Instituto Guttmann, y no sólo tienen actividades asistenciales, sino también formativas de otros profesionales así como actividades investigadoras. Por ello, le agradezco la información que nos ha dado y quiero felicitarle por la calidad de ese trabajo.

También le agradezco las propuestas y sugerencias, concretas que nos ha hecho sobre las medidas que cree que debemos adoptar para avanzar en la mejora de la atención a estas personas con discapacidades físicas. Usted se ha centrado en aquellas personas que tienen grandes discapacidades físicas, y el mayor porcentaje de pacientes que tratan en su hospital corresponde a lesionados medulares y a personas con daños cerebrales causados en la mayoría de los casos por traumatismos craneoencefálicos, no en vano, la incidencia de este tipo de lesiones traumáticas es mayor que el de otras enfermedades neurológicas progresivas. Está claro también —y creo que en la Comisión se ha sacado esa conclusión— que en estos casos de pacientes parapléjicos o tetrapléjicos son extraordinariamente excepcionales las peticiones de eutanasia, y todos hemos coincidido en que el caso de Ramón Sampederro fue casi único. Sin embargo, también tratan, como nos ha dicho, a esas otras personas aquejadas de trastornos neurológicos progresivos, como esclerosis lateral amiotrófica o esclerosis múltiple, y es en estos casos en los que quería centrarme, porque es probable —y así se nos ha planteado aquí— que sea entre ellos donde se planteen las peticiones de eutanasia, y me refiero a la eutanasia directa, activa, voluntaria. No podemos olvidar que en el objeto de esta Comisión están, sin ninguna duda, esas personas que consciente y libremente solicitan ayuda para morir.

Le digo esto, porque hace unas semanas compareció en esta Comisión el doctor Monés, que es Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona, y nos planteaba los casos de pacientes con gravísimos sufrimientos por tener, por ejemplo, esclerosis lateral amiotrófica, y decía que éstos son los pacientes que realmente plantean la eutanasia. Nos decía que el problema es la persona despierta, de 45 años, con enfermedad grave, que se está deteriorando como consecuencia, por ejemplo, de una esclerosis lateral amiotrófica, una esclerosis múltiple, etcétera, que dice conscientemente que ya no puede más, y pide de forma reiterada que alguien alivie sus penas, morales y físicas. Ése es el problema real, excepcional, pero real. Quisiera saber si usted comparte esta opinión y si, según su experiencia y los datos de la Memoria de actividades de su hospital (según los cuales durante el año pasado fueron atendidas 20 personas con alguna de esas enfermedades neurológicas progresivas y en rehabilitación ambulatoria unas 766), sabe usted de personas que, encontrándose en esas circunstancias, hayan solicitado conscientemente y de forma reiterada esa ayuda directa para morir.

También nos ha comentado que en los casos de lesionados medulares sólo se han encontrado con peticiones en los casos en que hay añadida una enfermedad terminal, y en esos casos, al igual que en todos los hospitales, procuran darles una muerte digna. Relacionándolo con eso, ha comentado la necesidad de los testamentos vitales, por lo que quisiera preguntarle si cree que dentro de esa muerte digna y de esos testamentos vitales, deberíamos aceptar que se pudiera incluir la petición reiterada y consciente de una ayuda directa a morir.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el Senador Castell Campesino.

El señor CASTELL CAMPESINO: Muchas gracias, señor Presidente.

Quiero felicitar y dar la enhorabuena, en nombre del Grupo Parlamentario Popular y entiendo que de la Comisión completa, al doctor Ramírez. Reitero prácticamente toda la primera parte de la intervención de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, en cuanto a la felicitación a todo su equipo por la gran labor que realizan, y prácticamente suscribimos también todo lo que el Senador Cardona le ha dicho; por tanto, no voy a reiterarlo.

Me gustaría hacerle una pregunta. Dada su gran experiencia, en las unidades de cuidados intensivos y en la problemática de los discapacitados por lesiones medulares o traumatismos, muy distinta, como bien ha dicho la portavoz socialista, a la que corresponde a las enfermedades degenerativas, nos gustaría conocer su opinión clara y directa sobre si la modificación para el derecho a esa muerte digna y también a esa vida digna que manifestaba debería basarse en una modificación de la Ley General de Sanidad o en una modificación a nivel de Código Penal o ambas.

Ha comentado que estas instituciones son privadas, y mi pregunta es si tienen algún tipo de concierto con las diversas instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, Senador Castell.

Tiene la palabra el profesor Ramírez Ribas.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO GUTTMANN (Ramírez Ribas): Gracias, señor Presidente.

Ante todo, quiero agradecerles la amabilidad que han tenido con la institución y con los compañeros que forman parte de ella, por lo que, en nombre de todos ellos, les agradezco sus amables palabras.

Son variados los temas y las preguntas que se plantean. Lo primero que he de aclarar es que para mí es muy difícil hablar de eutanasia, porque no es mi ámbito de actuación natural, y lo que he pretendido con mi intervención anterior era decir que en mi caso se daba en muy pocas ocasiones esta problemática. No obstante, me parecía bueno venir y exponerles a ustedes que esta idea de eutanasia, de muerte o de suicidio se da con frecuencia, y está descrita ampliamente, tanto en lesionados medulares como en enfermedades degenerativas, aunque no en traumatismos craneoencefálicos porque no hay voluntad, no hay capacidad individual. Por ejemplo, estas ideas surgen en padres con hijos en comas prolongados, pero el enfermo no puede plantearlo por sí mismo. Por ello, me parecía bueno decir que, por la literatura, por la experiencia, por los trabajos que hay, el resultado final del deseo a morir, de la eutanasia, a veces es por la dificultad de adaptarse a un entorno totalmente difícil. Lo que quería era aprovechar —ya sé

que a lo mejor he hecho mal— para decir que no sé si les voy a aportar mucho en el tema de la eutanasia, pero si ustedes me ayudan en el otro problema, quizá tendríamos menos eutanasias que aplicar. Éste era el juego que yo me planteaba y que me he atrevido llevar adelante.

Me ha preguntado su señoría cuándo se supera la catástrofe que sufre una persona, como es un traumatismo craneoencefálico o una lesión medular. Lo cierto es que podríamos hablar del tiempo que está en el hospital, por ejemplo, tres o cuatro meses un parapléjico, y seis o siete meses un tetrapléjico, pero un traumatismo cerebral dependerá del tiempo que tarde en evolucionar, que es absolutamente impredecible; hoy no tenemos medios para pronosticar qué va a pasar ni para saber cómo va a evolucionar. Lo que ocurre es que por imperativos del sistema económico, no de aquí afortunadamente —todavía, espero—, cuando se viaja por Estados Unidos o por Europa se ve que cada vez los tiempos de permanencia hospitalaria se van acortando, y no es simplemente un problema de eficacia médica que permite una mayor rotación de pacientes, sino que a veces es por imperativo de las coberturas aseguradoras, que cubren durante cierto número de meses como máximo —en Estados Unidos son tres—, y a partir de ahí cada uno tiene que pagar sus gastos.

Esto es muy injusto, porque no todo el mundo llega a una lesión medular con los mismos recursos propios, y no sólo me refiero a los económicos, que son muy importantes porque uno puede afrontar el infortunio con mayor tranquilidad cuando tiene recursos económicos, sino también a los recursos intelectuales, familiares, afectivos, todo esto es importante. Por ello, pensar que todo el mundo ha de ser tratado en tres o en cuatro meses es absurdo; no es así.

Ahora bien, relacionándolo con el tema que a ustedes les ocupa, hablando de lesionados medulares que, por lo tanto, son conscientes de la pérdida que han tenido y se deben enfrentar a una nueva realidad, todas las estadísticas sobre suicidio hablan de un período de cinco años en el cual la tendencia al suicidio está aumentada, y con posterioridad a los cinco años la incidencia del suicidio, en la medida en que esto se puede estudiar, es la que correspondería a una población de iguales características a las personas sujetas a estudio, pero sin lesión medular. Esto es complicado, pero lo hacen los americanos y obtienen esta conclusión: a partir de los cinco años la incidencia es similar.

Por tanto, yo diría que uno necesita haber experimentado el duelo de lo que ha perdido realmente, que es mucho, y luego requiere un tiempo de rehabilitación, más o menos activa, en un centro con gente que le ayude, con poca intervención de los médicos. Los médicos podemos orientar el tratamiento, pero lo realmente bueno para el traumático-craneal, para el lesionado medular y para las personas con gran discapacidad, no son únicamente las indicaciones médicas —tal vez sería lo menos importante—, sino que lo principal es la convivencia durante un tiempo con personas que han pasado por situaciones similares y que son capaces de mostrar un poco el futuro que le espera al recién accidentado. Y esto es mucho más terapéutico y estimulante que lo que una persona que anda y no ha te-

nido un accidente le pueda decir, por mucho médico que se sea o bata blanca que lleve, sobre cuál va a ser su futuro, porque no nos creen. En cambio, sí que perciben cómo otras personas en circunstancias más o menos similares han sido capaces de salir de su situación y, por tanto, ven diferentes modelos, esquemas o referencias que ellos utilizan, y lo van superando.

No les voy a decir lo que dicen los pacientes lesionados medulares sobre cuándo uno está rehabilitado, porque yo no sé si en la Cámara se pueden decir ciertas palabras; lo dije una vez a un periodista como colofón de una entrevista de un hora y fue el titular. Lo voy a decir porque lo resume muy bien, y lo dicen ellos, no yo: un paciente se considera rehabilitado cuando la silla de ruedas la lleva en el culo y no en la cabeza. Creo que es muy representativo. Cuando uno ya empieza a vivir la vida y a tener los problemas de los niños, del trabajo o de lo que sea, en ese momento la persona no está ya enferma o no tiene ya su obsesión en lo que ha perdido o en su enfermedad.

De todas maneras, cuando hablamos de la incidencia del suicidio, que a los cinco años se normaliza, quisiera hacer énfasis en un aspecto que no está muy bien estudiado, que es el de las llamadas conductas de autoabandono o de autonegligencia, que seguramente podrían variar las estadísticas de la incidencia de suicidio, porque sería un tipo de suicidio no registrable como tal. Es decir, son pacientes en los que no se puede hablar de suicidio —porque ya les he dicho que en nuestro caso suicidios descritos tenemos seis de 6.000 pacientes—, pero sí presentan tendencias o manifestaciones de autoabandono o autonegligencia. ¿Qué es esto? Son pacientes que se automutilan, se autoagreden —hemos tenido pacientes que se han cortado las piernas de la manera más brutal, pero sin dolor—; pacientes que de alguna manera tienen una conducta autodestructiva, pero, además, no quejosa, les es igual, los ves que se están destruyendo, no son capaces de salir del problema. Otros pacientes tienen una pasividad extrema en la rehabilitación, y algunos aceptan sin buscar solución los problemas sanitarios que le ocurren, casi como si los persiguieran. Es decir, el no cuidado personal, la no vigilancia u observancia de determinadas normas que les permiten preservarse las úlceras, la vejiga, es como si no les importara y desearan que todo aquello se descompusiera. En algunos casos el alcohol y las drogas también son conductas que podemos llamar de autoabandono o autonegligencia.

Esto se ha estudiado poco, pero hay un trabajo de Nueva Zelanda que señala un nueve por ciento de pacientes con este tipo de conductas —con mi experiencia personal no diría tantas, pero sí que las hay—, de las cuales casi un 60 por ciento serían con patología psiquiátrica previa. Hay un núcleo de la población que no acepta su situación, en un 60 por ciento de los casos por patología adaptativa, porque no se adaptan a la nueva situación y porque el entorno les es absolutamente contrario; en un 25 por ciento es por trastornos depresivos mayores, y un 16 por ciento por una posición existencial, es decir, no quieren seguir viviendo en aquellas condiciones. Digo esto porque hemos hablado de eutanasia, de suicidio, pero aquí hay un suicidio oculto, que en un 60 por ciento de los casos es falta de

adaptación, yo no sé si por mala rehabilitación en algunos casos o por el entorno duro que el paciente ha de intentar remontar; el 25 por ciento es por trastornos depresivos, ya tenía una patología previa y, además, les ha sucedido una circunstancia peor; y un 16 por ciento de este nueve por ciento —es decir, estamos hablando de una población muy pequeña— dice que así no quiere continuar viviendo, decide destruirse o autoliquidarse, en definitiva, autoabandonarse. No es el caso de Sampedro, esto es seguro, porque era un hombre que se cuidaba, es decir, no buscó la muerte de esta manera. No sé si con esto he abundado en las ideas que perseguían obtener sobre el proceso rehabilitador; yo lo he intentado.

En cuanto a la regulación aprobada por el Parlamento catalán, efectivamente se ha aprobado el derecho a la información del paciente y al consentimiento informado, que era absolutamente necesario y lo que se ha hecho es avanzar más. La historia clínica es una propiedad del propio paciente y, por lo tanto, nuestra obligación es dársela. Desde la visión de la práctica médica, esto me parece razonable, lo que es cierto es que después tenemos que llevar otros papeles porque a veces se anotan impresiones u opiniones que sirven para darte una idea personal y deben escribirse aparte, porque no tienen un rigor científico y al enfermo no tienen que llegarle. En principio, estamos de acuerdo y, es más, en nuestro caso llevamos más de 15 años en que se da toda la información a los pacientes que lo solicitan, sin ningún tipo de ocultación. Es razonable, porque si no se puede llegar a la autodeterminación del paciente por falta de información.

El señor Cardona me preguntaba por la dependencia, y estoy de acuerdo en que se está estudiando desde el Inmerso, pero quiero recalcar que cuando se habla de dependencia siempre lo circunscriben a personas mayores, y no es cierto. La dependencia es la necesidad de una tercera persona para poder satisfacer las necesidades personales de otra. Por lo tanto, sería una discriminación terrible que se planteara un seguro de dependencia o unos servicios para las personas mayores incapaces y no para los jóvenes por el hecho de serlo, aunque sean igualmente incapaces. Me parecería una injusticia y creo que es bueno recordarlo.

La señora Rodríguez me preguntaba sobre la experiencia que tenemos en relación con los lesionados medulares. Apartemos a los traumáticos craneales y a las enfermedades progresivas, porque son casos en los que la dificultad radica más en la familia que en ellos mismos.

La experiencia es dura. Sé que es un debate latente, sé que, en definitiva, la ayuda directa es el gran problema que se plantea. Yo he tratado personalmente a muchas personas con esclerosis en placas o esclerosis lateral amiotrófica, en este caso menos, porque hay muchos menos pacientes. Por la naturaleza de la Institución donde estoy, yo no les diagnóstico, sino que les atiendo en el momento final, cuando sus dependencias son mayores, que es cuando vienen a la Institución, porque previamente tienen diagnóstico y acuden de vez en cuando a su neurólogo, pero hasta que no presentan déficit no se dan cuenta de que han de ir al rehabilitador, que es el que puede intentar compensar algo de todo esto. En estos casos nunca se ha planteado ningún

problema de eutanasia. Sin embargo, en el caso de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, sí se ha pedido que no se les intubara, porque de esta forma se prolongaba la vida a enfermos que no tienen remedio, y lo único que se consigue es retrasar unos días o meses la muerte. Esto se ha hecho cuando se ha pedido que se haga, es decir, que hemos sido muy respetuosos. Yo he tenido muchos pacientes con esclerosis múltiple y he visto morir personas afectadas por esta enfermedad, y nunca me han planteado la posibilidad de la eutanasia; al contrario, lo que quieren es superar esta enfermedad y están a la expectativa de cualquier invento o medicina nueva que pudiera surgir.

Es cierto —no sé si mi aportación les puede servir de algo— que hay una contradicción y que, incluso, puedo aplicarme a mí mismo. Si yo tuviera que llegar a unas circunstancias determinadas, como es el caso de la esclerosis múltiple, en el que ya la afectación no es únicamente de autonomía personal, sino también de capacidad cognitiva, es decir, de regirte por ti mismo en plena capacidad, no me gustaría esa situación personal para mí. En consecuencia, me parece que el testamento vital es una cuestión muy importante, porque es la única manera que existe para decir que cuando yo llegue a este nivel de pérdida de mi capacidad de regirme, no quiero que me prolonguen la vida de una manera innecesaria. Lo digo porque estas personas que siempre han dicho que si se daban determinadas condiciones querían morir, sin embargo, cuando llega el momento ya no están en condiciones de decirlo, y si no hay un reconocimiento previo se está conculcando el derecho de esa persona, porque ella va a querer ejercitar ese derecho precisamente cuando ya no va a poder expresar esa voluntad o nadie le va a hacer caso a esa voluntad o no va a tener esas ganas de morir porque habrá perdido conciencia de sí mismo y de su entorno.

Por lo tanto, sobre la ayuda directa, no tengo un criterio suficiente para expresar mi opinión. Es excepcional pero real, como usted ha manifestado, pero yo le digo que no tengo ninguna experiencia de nadie que haya expresado esto.

Hay una cosa que está muy clara. De los seis pacientes que yo he tenido y que antes les he comentado, cuatro se han suicidado en casa y dos en el hospital, y en ninguno de los dos casos —y la literatura es muy extensa sobre los suicidios— el impedimento físico fue obstáculo para poder ejercer por él mismo el suicidio. Ésta es una opinión personal y, como todo consta en acta, no sé si decirlo, pero el señor Sampedro podría haber puesto fin a sus días por sí mismo de muchas maneras, no necesariamente a través de un tercero; si me preguntan cómo se lo diré. Hay posibilidades, porque el paciente dispone de muchos mecanismos.

Cuando se plantea que sea eutanasia activa, como usted me preguntaba, entiendo que en las progresivas ya no se tiene esta capacidad. Por lo tanto, creo que es anterior, en el testamento vital, y luego en segunda intención, cuando llega el momento, ya no es para hacer una activa sino, en todo caso, para proporcionar una muerte digna, según sobrevenga, cuidándolo con dignidad, porque no hay nada más que hacer. No hay urgencia por parte del paciente en morir en aquel momento.

Usted me ha preguntado una cosa muy concreta sobre la titularidad y si había conciertos. En nuestro caso sí estamos dentro de la red pública. En Cataluña es bastante frecuente la existencia de hospitales privados pero, en definitiva, mayoritariamente estamos actuando para el sistema público. No es éste el caso de los otros dos hospitales que hay para traumáticos craneales, y me refiero a hospitales, porque unidades de traumáticos craneales sí hay. Hay unidades de traumáticos craneales en todos los hospitales generales, en los hospitales de nivel terciario, pero no hay neuropsicólogo, y se dedican a ponerlos en pie y a que anden, pero el déficit más importante del traumatismo craneoencefálico son las funciones cognitivas, y esto no se rehabilita porque no existe el profesional adecuado. Por eso me refería a hospitales donde se pueda hacer el trabajo integral, y sólo existen estos tres que he citado y, al margen del que yo conozco por estar implicado en él, los otros dos son privados y creo que no tienen concierto con la Seguridad Social.

Me ha preguntado algo el señor Castell que lamento no haber anotado. Se refería a una modificación de la Ley General de Sanidad o del Código Penal, y me he perdido.

El señor CASTELL CAMPESINO: Le preguntaba sobre si, según su opinión personal, y después de toda la exposición que ha realizado, cree que para regular esa eutanasia activa o ese consentimiento es necesario modificar una ley sanitaria, como la Ley General de Sanidad, el Código Penal, o ambas.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO GUTTMAN (Ramírez Ribas): Creo que las dos. Quizá lo que voy a decir sea un atrevimiento, pero es que no me esperaba esta pregunta. Yo creo que el Código Penal es necesario modificarlo para que no sea una ilegalidad lo que se va a hacer, pero si se reconoce el derecho al paciente, también se ha de reconocer el derecho al profesional de querer practicarlo o no por convicciones morales. Cuando se está reconociendo el derecho a la eutanasia activa se podrá despenalizar el Código, pero luego se ha de permitir que se pueda ejercer, porque en este país, en ocasiones, hemos legalizado una situación, pero como luego es imposible practicarla en los sistemas públicos, resulta que no es accesible a la mayoría de los usuarios. Por lo tanto, la Ley General de Sanidad tiene que procurar que, si esto se reconoce como un derecho, se pueda ejercer y, al mismo tiempo, se pueda respetar el derecho del médico que no quiere practicarla pero, en cualquier caso, debe haber algún médico en el sistema público que pueda practicarla, porque si no estamos haciendo un derecho sobre el papel pero no ejercitable por la persona. Creo que tendrían que ser las dos.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, doctor Ramírez.

¿Alguna de sus señorías quiere hacer uso de la palabra? (El señor Gutiérrez Ruiz pide la palabra.)

El Senador Gutiérrez tiene la palabra.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, por supuesto, quiero agradecer y congratularme por la presencia entre nosotros del Director del muy prestigioso Instituto Guttman. He tenido mucha satisfacción en oír su comparecencia. Realmente creo que sus consideraciones van a ser importantes para los trabajos de esta Comisión y quería conocer su opinión sobre algunas consideraciones que le voy a exponer.

En el pasado mes de septiembre, una revista tan prestigiosa como es «The Lancet» publicaba un estudio en el que revelaba que la voluntad de vivir de los pacientes terminales o grandes lesionados medulares —tetraplégicos, parapléjicos, etcétera— fluctúa enormemente en períodos de tiempo muy cortos. Más aún, los expertos afirman que el temor a convertirse en una carga para la familia y los amigos es, con frecuencia, un factor tan importante como el dolor físico. Sería una gran tragedia que la ley diese a los enfermos terminales otra razón para pensar que, de hecho, son una carga. En otras palabras, las leyes cuyo fin es dar al paciente la opción de morir pueden fácilmente sugerirles que tienen la obligación de hacerlo.

Me gustaría conocer, a la luz de su gran experiencia, cuál es su opinión acerca de estas consideraciones.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Senador Gutiérrez.

¿Algún Senador más desea intervenir? (Pausa.)

Tiene la palabra el doctor Ramírez.

El señor DIRECTOR DEL INSTITUTO GUTTMANN (Ramírez Ribas): Gracias.

Estoy de acuerdo. Claramente he manifestado —y me dedico profesionalmente a ello— la importancia de la rehabilitación. Si el tratamiento rehabilitador, que tiene que ser el proceso inicial, se hace correctamente, lo que se persigue con ello es precisamente evitar, por una parte, que el paciente no viva su incapacidad como algo que no va a poder sobrellevar y, además, que no la viva como una carga para la familia. Pero para ello también hay que rehabilitar a la familia, porque ésta a veces sí lo vive como una carga, pero es que es una carga si, además, todo lo que les he referido sobre las necesidades del entorno no está preparado, porque, realmente, tener a una persona con discapacidad en la familia es una carga que cuesta mucho llevar.

Respecto a la referencia que usted hace a la revista «The Lancet», le diré que este estudio en concreto no lo he leído, pero le puedo asegurar que en todos los trabajos sobre suicidio o las conductas autonegligentes de las que antes hablábamos, lo que al final se pretende es que los que nos dedicamos a la práctica cotidiana con pacientes tengamos en cuenta las situaciones de depresión, porque pueden pasar desapercibidas.

¿Qué está pasando? Creo que hay que decirlo. Hasta hace poco, la mayoría de lesionados medulares se concentraban en hospitales especializados, donde se contemplaba una visión integral, es decir, tanto respecto del afectado, su estado físico, su estado emocional, como de las dificultades sociales para después reinsertarse socialmente de una manera activa, y se trabajaba con el paciente y la familia.

¿Últimamente, con qué nos encontramos? Por razones de mercado —seguramente debe ser por eso—, cada vez hay una dispersión mayor de pacientes parapléjicos que son rehabilitados en un hospital, hospital donde, a lo mejor, sólo se tiene a un parapléjico o dos al año, lo cual, desde un punto de vista médico, es de una calidad muy baja, pero es que, además, a lo mejor ese hospital no está pensado para ello, por lo que es más fácil que pasen desapercibidos ciertos aspectos de la situación del paciente, que en un lugar especializado, por rutina, se tienen en cuenta.

Por tanto, creo que todos estos trabajos que nos hablan del suicidio también hacen la reflexión de que o los pacientes lesionados medulares se ven desde esta visión integral o lo que se está haciendo es una mala praxis médica que puede conducir a tendencias al suicidio. Digo esto porque vemos que cada vez más llegan a nuestro hospital personas que han sido rehabilitadas en unidades o en equipos que han tenido la voluntad de hacerlo, pero con déficit muy importantes, es decir, con desconocimientos sobre sus propias posibilidades. Y esto pasa siempre en los primeros cinco años, coincidiendo, más concretamente, con el primer o segundo año, cuando la tendencia al suicidio es la más alta.

Nos encontramos con pacientes que llegan con auténticas carencias en cuanto a autonomía. Por ejemplo, no saben manejar su silla o, simplemente, dicen que no la necesitan. Estoy pensando, concretamente, en una chica de 30 años, de la Comunidad de Valencia, que hace tres semanas vino al hospital. Estuvo seis meses en otro centro y es tetrapléjica. Tiene una vida por delante y no muestra ningún interés en aprender hacer su vida desde una silla de ruedas, lo que quiere decir que ha sido muy mal rehabilitada. Desde mi punto de vista hay que hacer algo, porque dejarla así supondría que en el futuro será un problema para ella misma, pero también para su marido y sus hijos.

No sé si esto es por lo que usted me preguntaba o no, pero lo cierto es que, si únicamente se tienen en cuenta aspectos muy físicos y no se puede actuar sobre el entorno y la familia, seguramente muchos pacientes tendrán esta percepción de carga sobre los demás y querrán morir, cuando realmente no tienen por qué ser una carga si están bien rehabilitados, es decir, si conseguimos la mayor autonomía posible por parte de ellos y si la sociedad es lo suficientemente justa como para darles un entorno que no suponga una carga excesivamente pesada, es decir, que sea llevadera. Este es el esfuerzo que creo que deberíamos hacer.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Doctor Ramírez.

Quiero agradecerle, en nombre de la Comisión, su comparecencia.

Quiero también dejar constancia de que en una Comisión tan doctrinal e ideológica, o, al menos, ese es el sentido que ha presidido en todas las comparecencias, el recibir consideraciones tan prácticas, tan cercanas a la realidad siempre es muy satisfactorio, como algunos de los Senadores portavoces han manifestado. Desde luego, todas esas consideraciones y experiencias tan cercanas nos serán muy

útiles para los trabajos y conclusiones finales de esta Comisión.

Muchas gracias.

La siguiente comparecencia está prevista a las doce y media. Por tanto, suspendemos la sesión y la reanudamos a esa hora.

Muchas gracias. (*Pausa.*)

— DE DON JOAN QUERALT JIMÉNEZ, CATEDRÁTICO DE DERECHO PENAL DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA (713/000909).

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Señorías, se reanuda la sesión con la comparecencia de don Joan Queralt Jiménez, Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona.

Profesor, permítame darle la bienvenida en nombre de toda la Comisión.

Tiene la palabra el profesor Queralt Jiménez.

El señor QUERALT JIMÉNEZ (Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona): Buenos días, señorías.

No hay que decir que es un honor y un placer comparecer hoy ante ustedes para que, en la medida de lo posible, podamos esclarecer algunos de los problemas que plantea la Eutanasia o la muerte rogada en nuestro Derecho. Empezaré por la perspectiva estrictamente jurídico-penal e iremos retomando el vuelo para plantear alguna cuestión de carácter constitucional e incluso sociológica o deontológica, y espero que después, en el debate, se susciten cuestiones sobre algunos de los aspectos que propondré.

El Código Penal de 1995, el llamado nuevo Código Penal, a diferencia del anterior o de la regulación secular del Código Penal en los diferentes códigos penales anteriores, en lo que se refiere a inducción y auxilio al suicidio tenía una regulación absolutamente diferente a la actual. Los que llevamos tiempo dedicándonos a este asunto entendemos que, sin ser plenamente satisfactoria la anterior regulación, lo era mucho más que la actual, porque el anterior código, en algunas de sus modalidades, como el auxilio ejecutivo al suicidio, también llamado homicidio rogado, llegaba a equipararlo al homicidio, porque establecía la misma pena.

El actual artículo 143 del Código Penal mantiene la punición de la inducción y auxilio al suicidio, mantenimiento que creo cuenta con el apoyo de la doctrina de forma unánime; es decir, la inducción y auxilio al suicidio se refiere a una serie de conductas con relevancia jurídico-penal por afectar a bienes jurídicos esenciales, y en esa medida son merecedoras de pena. Pero, al mismo tiempo, los números 3 y 4 del nuevo artículo 143 contemplan una sensible atenuación para los casos de inducción y auxilio al suicidio, y no sé si el legislador —se lo tendría que preguntar a ustedes, que son colegisladores—, dolosa o imprudentemente, si se me permite la expresión, los ha despenalizado en la práctica. Y explicaré el porqué.

En primer lugar, en la nueva regulación del Código Penal, los números 1 y 2 del artículo 143 desparaigalan —lo que es positivo— la inducción y auxilio al suicidio del homicidio y la inducción al homicidio, contrariamente a lo que ocurría con los códigos anteriores. Y creo que eso obedece fundamentalmente a dos motivos. En primer lugar, a que el suicidio —que es el hecho del autor principal— es un hecho impune, y siempre se ha contemplado así en nuestro Derecho; al menos en el Derecho moderno. —Desde la Ley de Cementerios Civiles de 1980, e incluso antes, la separación en el camposanto entre suicidas y no suicidas ha dejado de producirse. Y no hay que olvidar que la Ley de 1934 de Cementerios Civiles fue uno de los caballos de batalla de la legislación republicana.

Como digo, se desparaigalan estas figuras porque, repito, el suicidio es un hecho impune, con lo cual estamos castigando una conducta de participación y no una conducta principal. En este sentido, en ciertos casos el Código Penal castiga específicamente conductas de participación; a veces como un mero recordatorio de las reglas generales de participación en los delitos, y otras, como excepción. Por ejemplo, en el caso del aborto sucede algo parecido: quien comete el aborto siempre es la mujer —ella es el sujeto activo—, pero también se castiga en tipos específicos a quien ayuda a la mujer a abortar, sin entrar ahora en los casos en que está legalmente previsto su despenalización.

Por tanto, no es una técnica infrecuente el que el legislador, por las razones que estime convenientes, y rompiendo con las reglas generales de la Parte General —por eso se denomina así—, castigue específicamente la participación, bien con la misma pena que resultaría de aplicar las reglas generales, bien con una pena diferente, aunque normalmente suele ser inferior a la que correspondería de aplicarse las reglas generales.

Existe otro motivo para que el legislador haya adoptado esta decisión: porque en el suicidio estamos hablando de la voluntad de un tercero de quitarse la vida, un hecho relevante para el legislador de 1995, al contrario que para los legisladores de los anteriores códigos penales, para quienes no lo era en absoluto. Como digo, el legislador del actual Código Penal considera relevante la voluntad del suicida, o el hecho de que esa voluntad se desencadene mediante la inducción. Pero también sabemos que la inducción es una forma de participación en el hecho de otro. Por tanto, quien tiene lo que en Derecho Penal se denomina técnicamente el dominio del hecho —aquel a quien se le tiene que imputar el hecho de su muerte— es el suicida. Como el hecho es de otro, y es realizado por su plena voluntad, el legislador considera que la pena no puede ser la misma que la prevista para el homicidio y da relevancia a la voluntad y designios del suicida.

Pero en los números 3 y 4 del artículo 143 el legislador ha ido más allá —siguiendo planteamientos que no le son del todo ajenos a quien les habla, por pertenecer al Grupo de política criminal, o algún otro movimiento de carácter ciudadano o cultural—, en el sentido de que para determinados supuestos, que son muy estrictos y que en algún caso plantean problemas interpretativos y de determinación, todavía rebaja más las penas, de suerte que si las apli-

camos en sus extremos inferiores nos encontramos con penas menores a dos años, y éstas pueden ser remitidas o suspendidas. De ahí que yo diga que el legislador habrá hecho sus cálculos, porque aunque establezca unas penas que en abstracto puedan suponer la cárcel, cuenta con la práctica forense habitual en España, según la cual, para determinadas penas —en este caso, para las inferiores a uno o dos años— se prevén unos mecanismos de sustitución de la privación de libertad. Por tanto, la persona no ingresa en la cárcel, o le es sustituida su pena por una de multa, etcétera, e incluso muchas veces no se cumple la pena, sino que ésta queda en suspenso. Por eso, al resultar estas penas en su tramo inferior menores a 24 meses de privación de libertad, creo que estamos ante una descriminalización de facto de la eutanasia.

No sé si esta solución es querida o no, pero es la que tenemos, y con la que, en principio, estoy conforme desde el punto de vista práctico, aunque no puedo ocultarles que me habría gustado que se hubiera dado un paso más para llegar a la despenalización efectiva, la cual, dicho sea de paso, en Europa sólo se prevé en Holanda. Me refiero a la despenalización de iure, porque, como digo, la eutanasia de facto está despenalizada en todo el mundo occidental. Por tanto, creo que convendría coger al toro por los cuernos, dejarnos de hipocresías —y lamento utilizar esta dura expresión—, y reconocer lo que sucede todos los días en nuestros hospitales y en otros centros médicos.

Esta atenuación específica para estas modalidades de eutanasia ha sido acotada por el legislador, por un lado, en el sentido de las actuaciones, y por otro, desde la perspectiva del solicitante de la eutanasia.

El número 4 del artículo 143 establece: «El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro. El legislador se ha encargado, al describir este tipo, de rodearlo de exigencias que sabe que la jurisprudencia y la doctrina interpretarán de forma terriblemente estricta. Por tanto, todos los actos necesarios y directos para la muerte de otro, quedan fuera del ámbito de lo punible.

Desde la perspectiva del sujeto que pretende quitarse la vida, se requiere una petición expresa, seria e inequívoca, en el caso de que la víctima sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que sufra graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. La regulación del que pretende quitarse la vida, del supuesto típico en que tiene que encontrarse el que desea quitarse la vida para que entre en juego esta atenuación, que es la pena inferior en uno o dos grados a la pena de dos a cinco años para la cooperación, y de seis a diez para el auxilio ejecutivo, ¿qué supone? Supone, por un lado, algo que yo entiendo que es importante: no acota la eutanasia a las situaciones de proximidad a la muerte, sino que la refiere también a las situaciones de padecimientos insostenibles; o sea, no hace falta que el sujeto esté en las puertas de la muerte; no se trata entonces de un acortamiento de la vida, de una muerte que sabemos cierta, que ocurrirá pasado mañana o dentro de quince días, porque estamos ante un enfermo terminal, sino que se acorta la vida de alguien que se sabe que su final está escrito, como el de todos no-

sotros, pero que no es inminente. Sin embargo, esta situación de postración en la que se encuentra hace que vivir sea para esa persona un daño añadido que le hace insoporable la vida. Yo sostengo que la eutanasia se da en aquellos supuestos, o la pide aquella persona que se encuentra en una situación de tal desesperación, más que física, psíquica, de tal desesperanza que ni siquiera puede matarse, porque si se pudiera matar, seguramente no querría la eutanasia. Ésa es la paradoja. Pide la eutanasia, pide que se le mate alguien que está en situación tal que ni siquiera puede gobernar este último designio suyo por sí mismo. Éste es el cuadro en el que tiene lugar la eutanasia.

Todo esto, ¿a qué nos lleva? Nos lleva a que todas estas distinciones de eutanasia pasiva, indirecta, etcétera, no tengan cabida dentro del Código, es decir, sean atípicas, porque no son actos necesarios y directos. Por tanto, quedan fuera. Sólo queda la eutanasia directa, que es la que primigeniamente quiere regular el Código. Esto plantea un problema, aunque tiene una gran ventaja respecto a otras fórmulas del Derecho comparado; por ejemplo, la fórmula holandesa o la fórmula alemana del proyecto alternativo a una ley que no existió nunca, y que corresponde al Círculo de Profesores Alternativos, es un proyecto sólido, lo que ocurre es que no parece que en Alemania estén por la labor de cambiar el Código Penal en este aspecto, es decir, el párrafo 212 y siguientes. La gran ventaja es que no limita a los médicos, y, si lo desean, después nos podemos extender, porque es algo positivo. Me gustaría que, igual que se dice, en tono más o menos jocoso, que la guerra es algo demasiado importante para dejarlo a los militares, se dijera que la salud o la vida es algo demasiado importante para dejarlo solamente a los médicos. Por tanto, me parece importante que no se hable de personal médico ni de facultativos.

En cambio, lo que puede plantear problemas serios, a la hora de delimitar el ámbito de lo punible y de lo impune, es que el requerimiento sea expreso, consciente, serio, inequívoco; es decir, que requiere la plena consciencia de la persona en ese momento, con lo cual nos planteamos todos aquellos padecimientos, ya sean próximos a la muerte ya sean personas conectadas a máquinas, o sea encarnamiento terapéutico —que ya en su día, en 1979, el Consejo de Europa recomendó su prohibición— cuando la persona no sea consciente y no puede prestar su consentimiento, a pesar de que lo haya pedido cuando lo estaba, con lo cual también entraríamos colateralmente en el tema del testamento vital.

Una interpretación generosa debería conectar directamente con el artículo 1.1 de nuestra Constitución, que dice que los valores superiores al ámbito jurídico son la libertad, la igualdad, la justicia y el pluralismo político —no habla de la vida—; también con el artículo 10, de la dignidad de la persona. Esto haría que alguien, bajo el nombre de testamento vital o cualquier otra manifestación de voluntad expresa e incontestada, pudiera decir: si me encuentro en una situación tal, debería practicarse la eutanasia. Freud le dijo a su doctor: usted y yo tenemos un pacto —Freud sufrió treinta y tantas operaciones de cáncer—, y el médico cumplió el pacto.

Por tanto creo que no habría mayor inconveniente, en una interpretación en que prime la libertad y la dignidad, desde el punto de vista jurídico-penal, para considerar también que quien ha anunciado de forma inequívoca su voluntad, en determinado momento, que establece el Código como de proximidad a la muerte o situación de padecimientos absolutamente incompatibles, de acuerdo a la concepción de la vida de cada uno, con lo que cada uno entiende como dignidad humana, se pudiera producir también la eutanasia. Esto en cuanto a lo que da de sí la aplicación de este precepto.

Como ustedes ven, y aquí salgo ya del Código Penal, entronco con el artículo 10 y con el artículo 1.1 de la Constitución. En el artículo 10, el apartado primero habla de la dignidad de la persona, y el artículo 1.1 establece como valores superiores los que he indicado antes: la libertad, la igualdad, la justicia y el pluralismo político. En cuanto a la libertad de las personas, ya no es la libertad del artículo 17, tal como la define nuestro Tribunal Constitucional, sino la libertad en general, la libertad de autonomía de la personalidad, porque sin autonomía de la personalidad no puede haber dignidad, y difícilmente puede haber pluralismo político si no hay pluralismo cultural; el soporte del pluralismo político es el pluralismo cultural, las diferentes concepciones de la vida, porque si no se admitiera un planteamiento más o menos permisivo —el actual del Código es razonablemente satisfactorio en la práctica, aunque sea criticable esa tendencia a resolver los problemas debajo de la mesa camilla, en vez de afrontarlos abiertamente—, resultaría que se llegaría a la interpretación contraria: se llegaría a la interpretación —llevada al absurdo— de que no habría derecho a la vida, sino deber de vivir. No sé hasta qué punto el Estado puede imponer como obligación a sus ciudadanos el vivir; puede que desde el punto de vista fiscal sea excelente —mientras no fuera clase pasiva—, pero aparte de ese supuesto, creo que no sería excelente para nadie. Pero es que además, aparte de esta «boutade», yo creo que hay que poner de relieve otra cosa; un aspecto desde mi punto de vista esencial —y con esto ya concluyo, para no aburrirles más y darles a ustedes la palabra, que creo que es lo importante—: si nosotros hacemos una construcción, los elementos que nos permiten levantarla, sea física, teórica o normativa, deben ser elementos ciertos. Partimos de una aporía, que es la sacrosantidad del derecho a la vida. Es una aporía, una mentira, una falacia. En nuestro ordenamiento la vida no es un derecho absoluto y se sacrifica cada vez que hay que sacrificarla. Afortunadamente ya no me refiero a aquellos estados de nuestra órbita cultural que todavía están sumidos en la barbarie y tienen la pena de muerte; me refiero a los supuestos ordinarios en los que, por ejemplo, a médicos, policías o bomberos no se les permite negarse a prestar sus servicios aun a riesgo de su propia vida. No les es de aplicación el estado de necesidad, porque el estado de necesidad en el Código Penal se inaplica a aquellos que por razón de su profesión o cargo tienen obligación de sacrificarse. Un médico tiene que acudir ante una epidemia, igual que un bombero a apagar un fuego, con el riesgo cierto, como demuestran las estadísticas, de perder la vida. A nadie se le ocurre decir que la

vida en estos aspectos es sacrosanta. ¿Qué pensaríamos de nuestros bomberos, nuestros médicos o nuestros policías si en las incidencias en que tienen que intervenir, y lamentablemente algunas veces lo tienen que hacer a costa de lo más importante que una persona puede tener, no lo hicieran? A nuestros soldados les pedimos por ley, porque el juramento a la bandera está regulado por ley, que den hasta la última gota de su sangre, y no es una frase retórica, está en una ley. La prueba es que el soldado que no lo cumple, sea profesional o de reemplazo, se enfrenta a serias consecuencias de carácter jurídico-penal, afortunadamente a la pena de muerte ya no, ni siquiera en tiempo de guerra desde el año 1998, pero sí a gravísimas penas de cárcel, y dentro de la comunidad castrense —y según en qué casos incluso fuera de la comunidad castrense— al estigma del deshonor por cobardía.

Si quieren ustedes podemos tocar temas menos dramáticos. El 1.º de enero de cada año podemos predecir cuántas muertes se van a producir en nuestros servicios de urgencia de hospitales por causa de accidentes de tráfico, de infartos de miocardio, de accidentes de mina y de otros accidentes laborales, y no por ello prohibimos la circulación viaria ni el trabajo en las minas ni que los albañiles se suban a los andamios, y lo sabemos perfectamente. No sabemos quiénes, pero nuestras estadísticas nos dicen a priori cuántos van a morir cada año en las carreteras, en las obras, en las minas y, sin embargo, no lo prohibimos; es decir, la vida es sacrosanta menos cuando es útil a la sociedad.

Por lo tanto, a veces estas palabras con las que nos llenamos la boca convendría ponerlas en solfa y reflexionar. Yo no critico que sea así, pero cuando se habla de la sacrosantidad de la vida hay que relativizar el concepto mucho porque la propia sociedad moderna, el propio Estado moderno, está basado en su normativa y en su realidad —realidad aceptada por todos— sobre pilares que relativizan este derecho a la vida. Si ello es así en bien de la sociedad ¿qué no tendrá que ser, señorías —y con esto concluyo— cuando es la propia persona la que decide, autónomamente, que alguien por él ponga fin a su vida porque está en una situación tal que ni siquiera él puede hacerlo?

Nada más y muchísimas gracias, por su atención.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, profesor Queralt.

Abrimos un turno de portavoces. En ausencia de los portavoces de los Grupos Parlamentarios Mixto y de Senadores Nacionalistas Vascos, en nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergencia i Unió, tiene la palabra el Senador Cardona i Vila.

El señor CARDONA I VILA: Muchas gracias, señor Presidente.

Deseo agradecer la comparecencia del profesor Queralt. En primer lugar tengo que decir que nos lo ha puesto muy difícil, pues ha hecho un análisis jurídico en profundidad del artículo 143.4 del nuevo Código Penal. Si está o no resuelto ya lo ha contestado él; por lo tanto nos lo ha puesto más difícil. Ahora bien, me gustaría conocer su opi-

nión sobre algunas situaciones concretas, por supuesto sin ánimo de establecer ningún debate. Primero como reflexión, a mí me ha impactado lo que ha señalado en cuanto que no se debe limitar la acción de la práctica de la eutanasia al personal sanitario, a los médicos, si le he entendido bien. Estoy de acuerdo, porque la pregunta subsiguiente sería: ¿ello excluye o podría excluir en concreto que en un momento determinado pueda considerarse ese servicio o prestación de la práctica de la eutanasia como una actividad más, un derecho más del sistema sanitario? Ésa sería la primera consideración que me sugiere su aseveración, con la cual estoy de acuerdo. Una cosa es despenalizar un acto sin consecuencia penal para quien lo practique, y otra dar un paso más, es decir, una vez establecido el principio de autonomía de la persona que cuida a ese enfermo, llegar a considerarlo como la prestación de un servicio más del sistema sanitario. Me gustaría que me aclarase esto porque yo tengo mis dudas.

Estoy de acuerdo en que tenemos que asumir que el riesgo jurídico del profesional sanitario, del médico, es una parte insoslayable de su actividad que no se puede separar de ninguna forma. Tiene que asumir ese riesgo en su propia actividad de la misma forma que lo que tiene que hacer el albañil que se sube a un andamio con peligro de caerse. Tiene que asumirlo, y así se ha manifestado por parte de algún médico. Recuerdo que el doctor Viñas en su comparecencia afirmaba que el médico no puede ni debe renunciar a lo que constituye una parte más de su propia actividad.

Finalmente, me gustaría hacer una consideración que también hemos planteado al compareciente anterior, y sobre lo que me gustaría conocer su opinión. ¿Podemos considerar a la persona como un ser sólo, único solitario y no dentro del contexto social en el cual está inmerso o, por el contrario, debemos considerarlo como una parte de esta sociedad? Según de qué premisa partamos, podemos llegar a unas u otras conclusiones. En tanto que formo parte de una sociedad, la cual me debe ofrecer ciertos servicios, ¿puedo obligar a que esta sociedad, conforme al principio de autonomía, tenga que respetarme esta autonomía incluso sin tener en cuenta la consideración de que la muerte es sacrosanta, sino que es un paso más, el mismo que el de nacer, y tan natural tiene que ser pasar por una situación como por otra? Seguramente que en el curso de la vida muchas personas habrán tenido que llevar a costas alguna situación tan difícil como la última, encontrarse delante de la muerte en los últimos momentos de la vida.

Éstas son mis consideraciones. Debo felicitarle y agradecer su exposición clara, concreta y, sobre todo, razonada en fundamentos jurídicos.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRIGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida al doctor Queralt en nombre de mi grupo.

Al hilo de su intervención, querría plantearle un par de cuestiones. Usted ha comentado que el artículo 143.4 de la actual regulación del Código Penal comporta una despenalización en la práctica de la eutanasia. Lo que quiero preguntarle es si no considera que el alcance de esa despenalización es limitado en la medida en que supondría una despenalización en la práctica, no tener que ir a la cárcel, en casos muy concretos como el de una primera actuación de un médico en una ayuda directa a morir. Lo planteo porque pueden darse casos de médicos que, en determinados hospitales en los que tratan más pacientes en estas situaciones límite, se encuentren con más de una petición de ayuda para morir, y entonces estaría despenalizado, según tengo entendido, en una primera situación. Me gustaría que abundara un poco en ello.

Nos ha planteado que no se limite a la actuación de los médicos.

Quiero poner esto en relación con la propuesta del Grupo de Estudios de Política Criminal, del que usted ha dicho que forma parte, porque en la propuesta de modificación que presentan del Código Penal, sí incluyen que la actuación tendría que ser de un médico o de otra persona pero bajo la dirección de un médico. Me gustaría conocer su opinión sobre esto, y si considera que esa sería la fórmula adecuada.

También me gustaría saber si piensa que la propuesta del Grupo de Estudios de Política Criminal es ya suficiente o si se podría complementar con una ley del estilo de la que existe en Oregón, aunque no reconoce la eutanasia activa directa, o como la que hubo en su día en los Territorios del Norte, en Australia, que especifique claramente todas esas condiciones y esos requisitos: en qué condiciones se puede considerar que esa persona tiene capacidad de juicio, en qué situaciones va a ser válida esa decisión, qué requisitos ha de cumplir el médico, cuáles son las condiciones médicas en las que tiene que encontrarse la persona. En fin, toda esta serie de requisitos que estamos planteando como garantías para que no se pudieran cometer abusos.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el Senador Castell Campesino.

El señor CASTELL CAMPESINO: Gracias, Presidente.

Deseo agradecer, en nombre de mi Grupo, la presencia del profesor Queralt Jiménez en esta Comisión.

Ha sido muy claro en su exposición y ha vertido sus opiniones, que me parecen respetables al cien por cien. Sólo me quedan dos dudas o preguntas. La primera deriva tanto de su intervención como de la de otros comparecientes.

Parece ser que la praxis diaria en los hospitales sobre la eutanasia pasiva es una praxis generalizada, con lo cual mi pregunta es: Si está generalizada, ¿para qué hemos de legislar sobre ella? Perdone la pregunta inocente.

La segunda también va unida a una hipotética modificación de alguna legislación básica, y con el fin de no dejar la decisión última en manos de sanitarios o preferiblemente en manos de profesionales facultativos. En la actualidad, para ingresar a un enfermo psiquiátrico o un enfermo mental se necesita el consentimiento autorizado del juez de guardia. ¿Qué haría falta modificar para que fuese el mismo juzgado de guardia el que, en ese caso de solicitud última, diese la autorización o el consentimiento para el ingreso?

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Senador Castell.

Tiene la palabra el profesor Queralt.

El señor QUERALT JIMÉNEZ (Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona): Con la venia del señor Presidente, deseo agradecer las palabras de amabilidad que han tenido respecto a mí los portavoces de los grupos parlamentarios.

Voy a intentar contestar —espero acertar con las respuestas— a las observaciones o preguntas abiertas que se me han formulado.

Creo que limitar la intervención de la práctica de la eutanasia activa al personal médico o facultativo exclusivamente supone una burocratización del derecho a la vida. Es un paso más en la tendencia a la hospitalización de la vida. Hemos avanzado muchísimo —es evidente— en cuanto a calidad de vida, a expectativa de vida, pero a cambio de eso hemos construido esos monstruos, esos hospitales enormes que son fábricas de salud o de muerte, y eso, hoy en día, está entrando en crisis.

Se vuelve a recomendar el parto natural, en casa, porque realmente dar a luz no es ninguna enfermedad salvo en casos en que el médico prevea complicación. Se tiende también a que algunos moribundos mueran en su casa, no en el hospital. Es decir, que se tiende a «desmedicalizar» una serie de aspectos importantes, incluso cosas que no son tan dramáticas como ésta; por ejemplo, los tratamientos ambulatorios después de una intervención quirúrgica que antes requerían dos meses de internamiento en el hospital y en la actualidad pueden ser sólo tres días; a algunos señores, como sucede en algún hospital catalán los alojan en un hotel delante del hospital, con lo cual están mucho mejor, y en otros casos es más barato pagarle el taxi cada semana o cada tres días para que vaya a hacer las curas que no tenerlo en una cama, por lo costoso que es y por la psicología de hospitalización que se produce, porque hay ya muchísimos estudios sobre ello que demuestran que se crea una psicosis hospitalaria por parte del paciente.

Dentro de este movimiento de «desmedicalizar» o «deshospitalizar» algunos aspectos que tienen que ver con nuestra salud, con nuestra integridad física y mental, creo que es importante hacer lo que manda el Código: no someter exclusivamente a los médicos la cuestión de la eutanasia u otras.

Ciertamente —y aquí retomo la pregunta que me ha formulado la portavoz del Grupo Parlamentario Socia-

lista—, el Grupo de Política Criminal habla de médico bajo su dirección. Son fórmulas de consenso a las que ustedes también están acostumbrados, porque no todos pensamos igual, y hay que contentar varias sensibilidades. Aunque formulemos propuestas alternativas en este Grupo, como tenemos la aspiración de llegar a la sociedad, si formulamos cinco alternativas no va a llegar ninguna. Por eso se consensúan las fórmulas. Puede ser personal médico o personal no médico bajo su dirección. Es una fórmula posible, pero que en cualquier caso me parece mejor que no la de restringir la decisión solamente a los médicos. En este aspecto, me parece muy bien la fórmula del Código Penal actual: no restringirla a los médicos. Ni siquiera hacer mención de ello. Por supuesto, los médicos, junto con el personal sanitario, están incluidos. Además, muchas veces pensamos en los médicos de bata blanca, pero hay otros, que son psiquiatras y psicólogos, que no son de bata blanca, y que también entrarían en esta órbita. Porque normalmente, cuando pensamos en un médico vemos al cirujano, y no a otros que no tienen que ver con el cuerpo material, pero hay otras especialidades médicas muy importantes. Habría que verlo. Por eso también se habla de personal sanitario, no exclusivamente médico; no todos los psicólogos son médicos. Están también los asistentes sociales o pedagogos que trabajan en el ámbito del sistema hospitalario.

Por eso creo que es importante hablar de facultativos o de personal sanitario en sentido amplio. Desde mi punto de vista, me reafirmo en que no es conveniente limitarlo. ¿Que el 99 por ciento de casos será así? No lo dudo, pero ya que nuestro Código no lo limita, no lo hagamos nosotros.

¿Por qué lo han limitado en los países en los que así lo han establecido? Porque la novedad es muy importante y se quieren adoptar garantías, porque los países que lo han autorizado o los que lo están estudiando, como es el caso de España, si se quiere avanzar más o si queremos quedarnos tal y como estamos, la inducción y auxilio al suicidio está igualmente castigada. No se levanta la punición de inducción y auxilio al suicidio, y todo el mundo está de acuerdo en que eso tiene que seguir así.

La pregunta formulada por el representante de Convergència i Unió me parece muy inteligente.

Dice su señoría: Yo tengo derecho a la eutanasia, en virtud de mi autonomía, pero ese derecho que a mí me corresponde, ¿comporta una obligación de alguien, un tercero público o privado, a satisfacer mi derecho?

Yo le podría contestar con un sofisma, con las sentencias que ha dictado el Tribunal Constitucional en materia de trabajo para presos, es decir, que es un derecho de desarrollo progresivo. O sea, los trabajos siguen sin preso, no se cumple eso porque el Tribunal Constitucional cuando dictó esas sentencias era consciente de que era imposible implementar, lo cual hubiera supuesto excarcelar a los presos por nulidad de la pena y, como el derecho tiene que dar soluciones razonables, no absolutamente abocadoras a una catatonía social, yo le podría contestar con ese sofisma, pero no lo voy a hacer así, aunque, bien mirado, no es un sofisma.

Le voy a decir que a la autonomía personal también se corresponde la solidaridad social y estoy seguro de que el móvil de piedad, que es lo que va a mover a algunas personas a ayudar en este último tránsito a otras, puede jugar cumplir perfectamente, porque de lo que sí estoy convencido es de que no existe el deber, la facultad por parte del ciudadano —o todavía no hemos llegado a ese nivel de desarrollo socio-jurídico— de que algunos derechos que tiene, que pueda tener, que se reconozcan o que se deriven de la estructura jurídica, comporten automáticamente una obligación, no un deber, de carácter público o privado.

Yo creo que el dilema se resuelve en el terreno de la solidaridad, de lo personal. Algo parecido sucede con la institución del matrimonio. El Código Civil impone la obligación a los cónyuges, no de amarse, pero si de respetarse y mantenerse fidelidad. Evidentemente, cuando el matrimonio entra en crisis la gente se divorcia, no acude al juez a que exija el cumplimiento de la obligación por parte del incumplidor, a que ponga un interdicto de hacer. No se puede acudir al juez diciendo: mi cónyuge tiene que respetarme, quererme. El amor se acabó, existe el divorcio y aquí paz y después gloria.

En este caso sucede exactamente lo mismo. Es decir, existen multitud de situaciones en las que, frente a un derecho, incluso importante, una facultad de autonomía de desarrollo esencial de la personalidad, como es ésta, no se le corresponde, porque no parece que esté dentro de la lógica del sistema, con una simétrica disposición, obligación jurídica pública o privada, coercitivamente exigible. Aparte de que —aludo también a la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista— usted sabe que se habla de la objeción de conciencia. Yo creo que en este caso estaríamos a salvo, pero la prescripción que hacía nuestro Grupo era que la objeción de conciencia se tenía que dar siempre, tanto en la clínica privada como en la pública, no solamente en ésta. No nos encontremos con el famoso caso de las abortistas de Ancona, en Italia, que fue un caso sumamente interesante e ilustrativo. Es decir, si un médico hace objeción de conciencia, a lo cual creo que tiene derecho, lo hace tanto en la clínica privada como en la pública.

Yo no soy muy partidario de las objeciones de conciencia porque es un chicle que se puede estirar mucho y para circunstancias que no estaban originariamente previstas, pero en este aspecto lo podemos permitir porque, como dice el Tribunal Constitucional y lo recuerda la sentencia del Tribunal Supremo, de 16 de enero de 1988, de lo contencioso-administrativo, en un recurso que pretendía impugnar el decreto que regulaba los centros para la prestación del aborto. Uno de los argumentos de la demanda —son demandas acumuladas sobre todo por parte de las dos asociaciones de médicos autoras del recurso— dice que no se regula el derecho a la objeción de conciencia. El último fundamento jurídico —muy cortito— de dicha sentencia que, por cierto, es bastante extensa, expresa que la objeción de conciencia no es un tema de reglamento, sino de Constitución, que se contiene en el artículo 16 porque forma parte, como ha dicho el Tribunal Constitucional, de la libertad ideológica, por lo que no puede regularse mediante un reglamento.

Yo creo que hay suficientes mecanismos de peso y contrapesos y no hay que olvidar que los engranajes sociales funcionan, no solamente gracias a las normas, sino a la prudencia de los sujetos que operan. El legislador parte de la base de que la gente es prudente, sensata, de que razona con una lógica medianamente coherente, a pesar de que haya supuestos patológicos, pero hay que legislar desde el sentido común, no desde la excepcionalidad del no sentido común.

Por último, yo creo que el Senador Cardona ha puesto un dedo en la llaga —lo estábamos hablando antes de entrar aquí—, que es el pavor que sienten los médicos ante cualquier situación que les pueda afectar por su situación profesional.

Yo creo que ese riesgo no es consustancial a su profesión. El albañil corre el riesgo de caerse del andamio, pero no un riesgo jurídico. Los médicos lo tienen a pincharse con una aguja infectada, pero no un riesgo jurídico. Otra cosa es —lo decía un buen amigo que, seguramente, conocerá el Senador Cardona— que no en vano a los médicos se les llama clase médica, y es por algo. Los médicos actuales quizá pagan los pecados de los anteriores. El ser el mago de la tribu plantea una serie de problemas. Ahora el médico, sobre todo el de base, el hospitalario, tiene una actitud abierta, ha cambiado mucho, ya que informa, incluso se desvive, se implica personalmente, etcétera, y puede pagar atavismos históricos de recelar del médico, que era alguien hermético, inaccesible, que ordenaba lo que el paciente tenía que hacer.

Además, existe algo que todavía no nos ha llegado a nosotros y que desborda, que es la responsabilidad en general jurídica del médico. Proviene del mundo anglosajón, pero porque allí la sanidad, fundamentalmente en el mundo norteamericano, está montada de forma absolutamente diferente a como lo está en la Europa continental. Yo creo que el riesgo jurídico es menor aquí, aunque sí que existe molestia jurídica, es decir, hay muchos médicos citados en los juzgados, pero condenados —hicimos un día un cálculo— sólo el 0,2 o el 0,3 por ciento, una cantidad ínfima, y por cosas de este tipo ninguno. Lo que ocurre es que el juez está obligado a abrir un expediente y a clausurarlo como puede.

Respecto a las preguntas de la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, yo creo que es evidente que la eutanasia, no es que esté despenalizada de «facto» por el artículo 143.4 del Código Penal, sino que lo está desde hace muchos años. Yo he visto en los últimos 20 años una sola sentencia que, además, no era para médicos, de marzo de 1986, de inducción al suicidio. Era muy simple una de esas a las que nos tenía acostumbrados el Tribunal Supremo, que se ventilaba una pena de seis años en dos folios literalmente, descargando argumentos absolutamente rituarios, pero yo dudo que en los últimos 50 años haya más de dos o tres sentencias, lo que a mí me lleva a suponer que, a diferencia de otros países, donde la sociedad se ha mojado, ha llevado los casos a los tribunales. En Holanda, un país mucho más pequeño que el nuestro territorial y poblacionalmente, han llegado 56 casos a los tribunales en 10 años, y en España no llegan casos. Es decir, son más importantes

otras cosas, no solamente políticas, sino extrapolíticas, que estos temas que afectan realmente al ciudadano. Se ventila debajo de la mesa camilla. ¿Cómo funcionan los hospitales? De distintas formas, en voz baja. Cualquiera que haya tenido ocasión de vivir de cerca estos problemas, con lo peligroso que es argumentar a partir de experiencias personales que no se pueden generalizar, ha tenido la sensación de que se rige por mecanismo ajenos al mundo del derecho o que éste no controla. Y a mí, además, me da la sensación de que no tiene interés en controlar. Cuando digo derecho me refiero a los aparatos jurídico-formales. No tienen interés en controlar. Son temas incómodos, complicados. Son problemas añadidos a la sobrecarga judicial, del Ministerio Fiscal. Saben ustedes que en el caso de Ramón Sampredo la semana pasada se ha producido un sobreseimiento provisional, después de prácticamente 18 meses sin practicar una sola diligencia; si no recuerdo mal casi ha estado año y medio sin practicarse una sola diligencia, y al final alguien ha dicho: ¡Este expediente habrá que cerrarlo! O sea, que tampoco se ve que los mecanismos formales tengan especial interés en llevar adelante estas cuestiones.

Respecto a una regulación estricta, las regulaciones estrictas pueden ser buenas o pueden ser malas, es decir, lo que hay que hacer es establecer garantías partiendo del principio de confianza y del principio de que nos movemos en un mundo de adultos, porque una regulación excesiva al final acaba convirtiendo al ciudadano en un infante, en un impúber, y eso a mí no me parece correcto desde el punto de vista jurídico; no es el modelo antropocéntrico que tiene ante sí la Constitución española, ni cuando se hizo en 1978 ni ahora. Nos dirigimos a adultos y los adultos toman decisiones que a lo mejor los demás no compartimos, pero esto no es una sociedad uniforme, por eso antes me he referido también al pluralismo político, y no hay pluralismo político si no hay pluralismo cultural, si no hay un pluralismo en las diferentes concepciones del mundo aunque a nosotros nos puedan parecer raras. Solamente aquellas que sean incompatibles con el ordenamiento básico son las que el ordenamiento proscribiera e intenta excluir, pero me parece que la eutanasia, no solamente en España, sino en los países de nuestro entorno, no es algo que hoy por hoy se haya demostrado empíricamente que vaya contra las raíces del sistema, lo cual no quiere decir que no sea un tema que por los puntos a los que afecta haya que tomárselo a la ligera. Por eso ustedes están estudiando esta cuestión.

Señor Castell, en la eutanasia pasiva lo que ha hecho el legislador ha sido reconocer un hecho, por eso les he dicho que en el ámbito que describía el artículo 143.4, al hablar de actos necesarios y directos, éstos no son actos necesarios y directos. Podríamos discutir mucho sobre esto, pero está claro que ni la ortotanasia, ni la eutanasia indirecta, ni la pasiva, incluso se ha llegado a discutir si la precoz —hay un caso famoso en Alemania donde el fiscal, que en Alemania es el que tiene la acción penal, archivó el caso—, lo son. El legislador ha querido circunscribirlo muchísimo, muchísimo, muchísimo; de una autopista ha hecho casi un canuto, pero el legislador es soberano y es el que acota la materia de lo punible. Y yo creo que en España se puede hablar con toda franqueza, con toda apertura, de que todas

las formas de eutanasia que no sean la eutanasia directa están despenalizadas, porque no son —como dice el legislador actos necesarios y directos.

Usted propone —y no es infrecuente— el que, paralelamente a lo que sucede con los internamientos psiquiátricos o alguna otra actividad en la esfera de las personas, se someta la eutanasia al juez de guardia, o simplemente al juez. Esto parece que da garantías, lo que pasa es que —retomando la consideración que he efectuado al Senador Cardona— me parece que estamos burocratizando en exceso algo que tiene que ser por su propia naturaleza, por la índole de los sentimientos y derechos que maneja, poco burocrático. Yo solamente acudiría al juez de guardia en caso de conflicto, pero si no hay conflicto, si la voluntad es clara —tanto por ser una voluntad expresa en ese momento como una voluntad documentadamente expresa, y con documentada no me refiero solamente a papeles, sino que puede ser por testigos porque hay que tener un criterio amplio—, no tiene por qué haber problema. Ahora bien, a lo que no hay derecho —y en esto yo creo que el Tribunal Constitucional tuvo razón cuando desestimó el asunto Ramón Sampedro, y esto entroncaría con la primera pregunta— es a pedir: Que venga alguien y me desconecte de la máquina. Ni juez, ni no juez, nadie; si no hay nadie que quiera ir, nadie tiene esa obligación. Al juez yo lo reservaría para los casos de conflicto, que es para lo que están los jueces; si no hay conflicto entre dos personas, el juez no tiene nada que hacer, porque la tutela del derecho —que es la segunda parte de la actividad judicial, no solamente juzgar y hacer cumplir lo juzgado, sino, dice la Constitución en el artículo 117, en tutela de cualquier derecho— se produce cuando ese derecho está en entredicho; si el derecho no está en entredicho incluso el juez, carece de legitimación —entiendo yo para entrar a ventilar un tema en el que no hay una contradicción.

No sé si he respondido a sus preguntas, en todo caso, si tienen más cuestiones que plantearme me brindo a estar aquí con ustedes todo el tiempo que haga falta y el señor Presidente lo autorice.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, Profesor Queralt.

¿Alguna de sus señorías quiere tomar de nuevo la palabra? (*Pausa.*)

Tiene la palabra, Senador Cardona.

El señor CARDONA I VILA: Muy brevemente, quiero agradecer las contestaciones. Ha sido muy claro y continúa siendo muy claro.

Estoy de acuerdo en la rectificación que me ha hecho: el riesgo jurídico es una parte que tiene que asumir el médico como un peligro que puede existir, no forma parte insoslayable de su actividad. Estoy de acuerdo.

En cuanto a la relación médico-enfermo, efectivamente se están pagando muchas cosas de aquella actitud paternalista en la que decidía el médico, él informaba a la familia y el enfermo no se enteraba. Ahora se ha pasado a otro tipo de relación médico-enfermo y las decisiones se toman de

una forma mucho más democrática: el enfermo la asume, la proyecta, la decide, fundamentalmente con la familia y con el médico, y el médico es el que la tiene que ejecutar. Estamos pagando muchos pecados anteriores y es cierto que se ha hecho mal, pero el encarnizamiento terapéutico también ha comportado que se vea ese problema de la eutanasia de una forma muy desenfocada, porque se han hecho verdaderas barbaridades y la clase médica lo tenemos que asumir, se han hecho y no hace tantos años.

Y, si me lo permite, voy a someter a su consideración una pregunta concreta. ¿Le parece que está bien resuelta desde el punto de vista jurídico la confidencialidad en la actividad médica, sin querer comparar con lo que sucede en otras actividades profesionales, por ejemplo, en la información mediática con los periodistas, aunque sí guarda cierta relación con la cuestión de la historia clínica? Quisiera saber si le parece que hay algún vacío legal o algo que tendría que solucionarse en cuanto a la problemática de la confidencialidad médica. El médico, para defenderse, tendría que argumentar algún posicionamiento, con lo cual rompería la confidencialidad, y eso también lo tenemos que admitir en tanto que médicos, pero sí me gustaría saber si hay algún vacío legal en el ordenamiento jurídico.

Reitero mi felicitación y mi agradecimiento por su exposición, que nos ayudará muchísimo.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, Senador Cardona.

Senador Castell, tiene la palabra.

El señor CASTELL CAMPESINO: Gracias, Presidente.

Profesor Queralt, ha sido de nuevo —como ha dicho el señor Cardona— muy claro y, obviamente, yo también estoy de acuerdo con usted en que ya están bastante burocratizados actualmente casi todos los aspectos de la vida, sobre todo en la prestación de asistencia.

No obstante, y estando de acuerdo, insisto, en que no habría que burocratizar el hecho de la eutanasia activa, de la breve experiencia que tengo en esta Comisión —en la cual estoy desde hace apenas tres meses, son seis o siete sesiones—, por lo que he escuchado y he leído, el único país en el que está legalizada es Holanda y el único Estado de los muchos que componen Estados Unidos —donde la pena de muerte en algunos es legal, y estoy totalmente en contra— es Oregón, y en ambos casos está extremadamente burocratizada también esta situación: hay que esperar seis meses, hay que tener dos diagnósticos médicos, hay que esperar, hay que confirmar; en Holanda, una vez realizado, pasa a la fiscalía y si se han respetado todos y cada uno de los pasos se archiva y si no pasa al juez de guardia para perseguir... Por supuesto que mis preguntas podrían ser muy simples, pero es que la solución de esos dos únicos países parece que todavía es más farragosa que la situación actual que disfrutamos —entre comillas— en España.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, Senador Castell.

Tiene la palabra, profesor Queralt.

El señor QUERALT JIMÉNEZ (Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona): Creo que el tema de la confidencialidad médica es considerablemente amplio cuando estamos ante un conflicto judicial, fuera de éstos la confidencialidad médica es absoluta. Justamente hoy viene publicada en la prensa una sentencia del Tribunal Constitucional sobre los datos médicos de los empleados de un gran banco; al parecer circulaban libremente por donde no tenían que circular, porque los servicios médicos del banco los difundían; no es que los publicaran en la prensa, pero sí eran utilizados de forma incorrecta.

En el caso concreto que nos ocupa, lo primero que hace el juez o el fiscal y, en su caso, las partes es solicitar el historial médico. Por tanto, el secreto médico desaparece. Lo que se plantea es la confidencialidad médica respecto a la familia y al tratamiento médico, mientras dure éste.

Estamos acostumbrados a una medicina —lo cual, en principio, no es malo— familiar, de forma que la relación médico-paciente la convertimos en un triángulo: paciente, médico y familia. Es más, muchas veces el paciente no quiere saber nada de la enfermedad que tiene y prefiere que sea su familia la que decida por él.

Esto no está plenamente recogido en nuestra Ley General de Sanidad, tan sólo hay algún indicio que podría permitir que esto fuera así. Podríamos reflexionar sobre ello y retomar su estudio, a mí no me parece mal ni creo que haya ningún problema. Pero quede claro que en caso de que el tema termine en un conflicto judicial, independientemente del resultando final, el médico y la Dirección del hospital, sea público o privado, están obligados a aportar toda la documentación que les sea requerida por el juzgado.

Respondiendo al Senador Castell, he de decirle que en Holanda no se necesita autoridad previa judicial. (*El señor Castell Campesino: Después, sí.*) Eso es, se requiere a posteriori pero no a priori. Lo que ocurre es que en los hospitales de allí hay unos comités de ética que funcionan muy bien, mientras que aquí hablamos de ellos pero no funcionan plenamente; depende de la disposición de los hospitales y de la decisión adoptada por las Comunidades Autónomas.

Creo que en este punto hay que llamar a las cosas por su nombre, y es que aquí la clase médica está escindida en dos grupos: los que están en la órbita colegial y los que están en la órbita hospitalaria. Cada hospital tiene su dinámica y la corporación colegial la suya propia, entonces son dos mundos que a veces coinciden y otras no. Como muchas cosas no se pueden llevar a cabo si no coinciden las dos esferas, nos encontramos en situaciones de «impasse». Lo cierto es que algunos grandes hospitales van por libre, al margen de lo que digan o dejen de decir las corporaciones médicas a las que, por territorialidad, pertenecen. Pero no creo que se hayan tomado pocas cautelas.

El caso de Oregón es especial porque allí está estrictamente regulado el tema del testamento vital, y la razón

es muy sencilla: no es lo mismo que yo con 25 años y en plenitud de facultades, que si no me como el mundo tres veces al día no estoy conforme, decida poner fin cuando ya no esté bien, que cuando tenga 70 años, que no es que no me coma el mundo tres veces al día es que ni siquiera me puedo tomar un pinchito de mundo una vez a la semana, piense que para lo que me queda de vida, si hubiera sabido que iba a estar así, hubiera firmado. Por eso, se exige reiterar el testamento y se anula en caso de que fuese hecho a los 30 años y ya haya cumplido los 60, porque su historia vital ha cambiado y no tenemos la certeza de que siga pensando lo mismo. Creo que las cautelas tienen su razón de ser en esto, más que cualquier otra cosa. Evidentemente, el tema no es baladí y hay que estudiarlo.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias.

Senadora Rodríguez Fouz, tiene la palabra.

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Se trata de una cuestión muy breve con referencia a esto último que acaba de comentar sobre el testamento vital. ¿No considera que un documento de este tipo no se hace a la ligera y que el hecho de que una persona lo firme a los 30 años y a los 60 lo siga manteniendo es absolutamente normal? ¿No cree que, si cambiara de opinión, lo primero que haría sería modificar ese testamento vital?

Puede relacionarse esto con la tenencia del carné de donante de órganos. Como hemos comentado antes, en la práctica no tiene mucha validez, pero uno lo tiene y si cambia de opinión lo hace saber. Lo que no puede ser es que la persona que lo tenga esté renovándolo y reiterando su voluntad de donar los órganos cada año. ¿No considera que el hecho de continuar con él pone de manifiesto que sigue siendo ésa su voluntad personal?

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

Para finalizar, tiene la palabra el profesor Queralt.

El señor QUERALT JIMÉNEZ (Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona): Creo que son dos supuestos diferentes. Es decir, lo que hagan con mis órganos una vez muerto es algo que a mí me importa poco, o sobre lo que tendré relativamente poco dominio.

Solamente el Cid ganaba batallas después de muerto; esta costumbre que tenemos de perpetuarnos en el tiempo y en el espacio me parece un poco fuera de lugar.

En cambio, lo que me pase antes sí que me incumbe. Si yo estuviera interesado en que me practicasen la eutanasia y estuviese el tema regulado, a mí no me parecería nada desdeñable que fuese necesario reiterar esta voluntad. Aunque con 30 años muy poca gente tomaría esa decisión, no es frecuente que se plantee en el horizonte de personas sanas de menos de 50 años.

En este sentido, creo que hay que mantener la expresión del Código, que literalmente dice: «petición expresa sería

e inequívoca». Mantener su vigencia cuando hay treinta años de diferencia entre la emisión del documento y el momento de llevar a cabo la eutanasia en una persona que así lo quiere, me parece que no es hilar muy fino sino más bien hilar muy gordo. Yo creo que, ante la duda, hay que dar un paso atrás, y considero que aquí hay margen más que suficiente para la duda.

Para entenderlo voy a poner un ejemplo de laboratorio. Imagínese que usted lo firma con 30 años, cuando es una desheredada de la fortuna y lleva una vida que considera que no merece la pena vivir, y resulta que a los 60 años es reconocida como receptora de una de las principales fortunas del mundo y se convierte en heredera de un imperio multimillonario. En ese momento los otros hijos legítimos podrían pensar que, como esta nueva tía o hermana que nos ha salido dijo a los 30 años que quería la eutanasia, conviene presentar el documento al médico, y usted, que puede defenderse poco porque del susto que se llevó al recibir la herencia se quedó parapléjica, no podría justificar su cambio de parecer. Sé que he puesto un ejemplo un poco risible, pero es sabido que familia, muerte y dinero es un trinomio que casa mal. Yo no me dedico a esto, pero los abogados que se dedican a herencias e incapacitaciones lo saben perfectamente. Nunca hay incapacitaciones de pobres; algo querrá decir. Aunque sólo sea para preservar su futuro, no debería diferirse tanto en el tiempo porque, además, ya tendrá ocasión de solicitarla en el momento debido.

Sucede exactamente lo mismo con el testamento; como dijo un profesor mío y Catedrático de Derecho Civil, el testamento es una broma hasta que alguien se muere. Yo puedo cambiar el testamento hasta el momento antes de morirme, y la ley ha tomado ciertas cautelas para evitar que sea heredero el cura, el médico o las personas que me han atendido; por lo demás, puedo cambiarlo cuantas veces quiera, hacer uno ante notario y después otro holografo, puedo haberme casado, desheredar a algunos, hacer herederos a otros, etcétera. Hasta que uno se muere tiene voluntad, y eso hay que respetarlo. A mi juicio, uno no puede quedarse atrapado por sus propias palabras cuando no está en condiciones de hacerlas respetar, sobre todo cuando hay este lapso de tiempo.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, profesor Queralt.

Permítame que, además de agradecerle sinceramente su comparecencia ante la Comisión y la exposición de cuantas consideraciones nos ha hecho, le diga que creo que ha podido comprobar que en esta Casa y en concreto en esta Comisión, además de preocuparnos la política y todo lo relacionado con ella, también nos preocupan cuestiones cercanas a los seres humanos, como son todos los temas tratados hoy.

Sin polemizar con los portavoces y a pesar de que todo está claro, la Presidenta titular de esta Comisión, que hoy no ha podido asistir, dijo el 21 de octubre que cuanto más oigamos y más nos documentemos más dudaremos, lo cual será muy beneficioso para la sociedad. Yo creo que hoy hemos hecho un ejercicio más, no de duda, sino de documen-

tación y conocimiento, gracias a su mediación, y por eso se lo agradezco sinceramente. Muchas gracias.

Se suspende la sesión.

Eran las trece horas y cuarenta minutos.

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

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Buenas tardes, señorías.

COMPARECENCIAS (Continuación):

— DE DON ALBERTO DE PINTO BENITO, PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE LESIONADOS MEDULARES Y GRANDES MINUSVÁLIDOS ASPAYM (715/000379).

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Reanudamos la sesión vespertina de esta Comisión con la comparecencia de don Alberto de Pinto Benito, Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos.

Quiero, en primer lugar, dar la bienvenida al compareciente y agradecerle su presencia. Sin más preámbulos, y sin perjuicio de que se vayan incorporando más Senadores a lo largo de la comparecencia, señor De Pinto, tiene usted la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE LESIONADOS MEDULARES Y GRANDES MINUSVÁLIDOS ASPAYM (De Pinto Benito): Buenas tardes, ilustre auditorio.

Quiero comenzar diciendo que es para mí, de verdad, un placer y un honor encontrarme hoy compareciendo en el seno de esta Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia. Quiero agradecer, en nombre de todos los lesionados medulares que en estos momentos represento, la deferencia que tienen para con nuestro colectivo y, en términos generales, para con las grandes y graves minusvalías al permitirnos comparecer ante sus señorías y preguntarnos por nuestro punto de vista sobre un tema tan controvertido y debatido últimamente en sociedad, como sin duda es el de la eutanasia.

Con su llamada para intervenir en esta sesión y, por tanto, con el interés que demuestran en escucharnos, sus señorías vienen a confirmar en gran medida que nosotros, los grupos más desfavorecidos socialmente, o al menos los que tenemos una dificultad sobreañadida para desarrollarnos con normalidad en nuestro entorno, cada vez somos más oídos; cada vez nuestros problemas preocupan más a la sociedad; cada vez se nos tiene más en cuenta y, en definitiva, cada vez se nos atiende mejor, lo cual, a nuestro juicio constituye, sin duda, uno de los mejores caminos para que podamos participar adecuada y convenientemente en el medio que nos rodea, ni más ni menos que cualquier otro ciudadano.

Por ello, señorías, aceptar venir a esta Comisión no solamente —insisto— es un orgullo, sino que es un deber que asumo plenamente complacido, pero también, si me lo permiten, con gran temor; temor a no poder aclararles nada sobre el buen morir o la buena muerte, como algunos prefieren llamar a la eutanasia aplicando su sentido etimológico, entre otras cosas, porque a nosotros no nos parece que el morir sea bueno, simplemente es un hecho real por el que todos, más tarde o más temprano, tenemos que pasar; temor, en definitiva, a no poder estar a la altura de las circunstancias o a lo que ustedes puedan esperar de mi intervención.

El que les habla no es ningún experto en bioética, ni en deontología, ni en ninguna ciencia que pueda acreditarle como una autoridad en el tema que nos ocupa. El que se dirige a ustedes, señorías, es simplemente un ciudadano de a pie, o, si me permiten la licencia, de a ruedas, ya que no me desplazo por medio de mis piernas y mis pies, como es lo habitual, sino impulsando las ruedas de mi silla, y al que, por hablar como representante de un grupo social pero, desde luego, desde sus propias vivencias, se le presupone, y creo que con toda lógica, como conocedor del hecho de poder compatibilizar la vida y la dignidad con situaciones físicas muy complejas y, a veces, hasta límites, en muchas ocasiones, difíciles de entender, sobre todo por personas ajenas o poco conocedoras de las grande minusvalías, de sus sentimientos, de sus preocupaciones, de sus necesidades y, por qué no decirlo también, de sus capacidades, con lo que fácilmente se podría incurrir en una inapropiada y mal entendida responsabilidad de sobreprotección y ayuda humanitaria, permitiendo y generalizando lo comprensible en determinados momentos muy traumáticos de la vida de una persona, o simplemente aceptando como norma de opinión de un colectivo las decisiones y actitudes particulares de un individuo que no coinciden, en absoluto, con las percepciones ni con los objetivos que tiene globalmente el colectivo al que yo represento.

Tal es el caso tristemente famoso de Ramón Sampredo, y sus señorías me permitirán que inevitablemente me refiera a él porque, evidentemente, provocó una polémica y un debate social enormes, al ser presentado ante la opinión pública, al menos desde nuestro punto de vista, como un hombre que no podía tener una vida digna a consecuencia de su tetraplejia y al que, además, se le negaba el derecho fundamental de dejar voluntariamente la vida, estableciéndose, probablemente sin querer, un paralelismo entre lesión medular, indignidad y eutanasia, que no solamente es injusto, sino falso e irreal y que nosotros, obviamente, no podemos compartir desde ningún punto de vista.

Qué duda cabe de que la lesión medular, en términos generales, comporta una pérdida de muchas capacidades físicas, entre las que no solamente hay que destacar una abolición de la motilidad de las extremidades inferiores en el caso de las paraplejias, y una afectación de las superiores si se trata de tetraplejias, sino que, además, existe también una falta de sensibilidad por debajo la lesión; se producen alteraciones del ritmo intestinal y del control de esfínteres; suele haber disfunciones sexuales y de procrea-

ción; hay alteraciones del aparato vascular e, incluso, pueden existir grandes y graves dificultades respiratorias.

Pero si encima de todo esto que, desde luego, lleva parejo un cambio importante en el modo y forma de vivir e incluso diría hasta un cambio de la filosofía de la vida, se insta de forma brusca, como ocurre en gran cantidad de casos, como consecuencia de un traumatismo agudo, no es de extrañar, sino todo lo contrario, que también ocurran, al menos inicialmente, durante los primeros meses de la lesión, alteraciones psicológicas y del comportamiento graves y serias que pueden conducir en esos primeros momentos a un estado de profunda depresión, a un cierto desinterés por la vida e, incluso, a un deseo por perderla.

Una vez superada esta fase de trauma agudo, y establecidos los tratamientos psicológicos precisos, los tratamientos médicos oportunos, paliativos, rehabilitadores, una vez potenciadas y reconducidas las capacidades residuales y adecuados los avances científico-tecnológicos y las ayudas técnicas oportunas a la nueva situación, la actitud y el sentimiento del afectado, del individuo, cambia ostensiblemente y se convierte en parte activa y positiva de su proceso de reintegración socio familiar en sus nuevas condiciones de vida.

Con todo esto quiero manifestar que no resulta un hecho ni mucho menos infrecuente que el afectado por una grave discapacidad pueda pasar por períodos de desesperación y temor ante el desconocimiento de su nueva situación y lo que ésta comporta, durante los cuales se puede autonegar la capacidad de ser feliz y de ocupar un puesto digno en la familia y la sociedad y, en consecuencia, esperar una vida llena de sufrimiento y dolor que no merece la pena ser continuada. Pero una vez superados estos momentos con la ayuda apropiada, las ganas de vivir y el deseo de participar en la sociedad con la misma intensidad que cualquier otro ciudadano, créanme, es la norma.

Pese a lo que pudiera equivocadamente parecer, a diferencia del caso personal de Ramón Sampredo —a nuestro juicio, sin duda un caso extremo y raro, e incluso me atrevería a decir que mal entendido por todos, y que se consumó públicamente como un acto de eutanasia piadosa, como algunos señalaron, o como la ejecución de un suicidio asistido, como otros prefirieron denominarlo, en virtud de que no se encontraba ante una situación de enfermedad terminal, sino que se trataba de una persona con una dolencia cronicada—, a diferencia, digo, de este caso, y confirmando precisamente la excepción a la regla de la opinión colectiva entre los lesionados medulares, los parapléjicos, los tetrapléjicos, los que padecemos grandes minusvalías en términos generales, desde el profundo respeto a su decisión y su actitud personal, no sólo tenemos que decir con rotundidad que no podemos compartir los motivos que la indujeron, o al menos los que los medios de comunicación nos presentaron, sino que la generalización con que se trató dicho caso nos provocó un gran rechazo y grandes molestias.

Aunque no poseo en estos momentos el aporte documental apropiado, hace años tuve la oportunidad de participar en un estudio sobre las causas de muerte en la lesión medular. Dicho estudio se realizó en el Hospital Nacional de Paraplé-

jicos, y creo recordar que en el seno del II Congreso Iberoamericano sobre lesiones medulares. Paradójicamente, en aquel estudio comprobamos que la tasa de suicidios entre los mielolesos era inferior a la tasa de suicidios del resto de la población, algo que no sólo se demostró con ese estudio, sino que es perfectamente conocido, sabido y asumido por todos los que en alguna medida estamos en contacto con este tipo de afecciones, siendo por el contrario un hecho cierto la existencia de lesiones medulares como consecuencia de un infructuoso y previo intento de autólisis.

Clásicamente, los grupos y asociaciones a favor de una muerte digna han establecido como tríada opositora a su reclamación de legalización de la eutanasia a los grupos religiosos conservadores, de quienes dicen que se oponen a la libertad personal de elección en muchas áreas: a las asociaciones médicas, de las que manifiestan que, como se dedican a salvar y alargar la vida de las personas, se sentirían incómodos ayudando a la gente a terminar con ella; y por último, nos incluyen a nosotros, a los grupos de discapacitados, que siempre, según ellos, tenemos miedo a que la eutanasia constituya el primer paso hacia una inclinación mayor de terminar sin nuestra voluntad con las vidas de la gente incapacitada, algo que, desde luego, al menos en lo que se refiere a nuestro grupo social, y a 60 años vista de las actuaciones hitlerianas de la II Guerra Mundial, hoy no tiene ninguna realidad objetiva.

Es, además, tan evidente como lógico que desde nuestras asociaciones lo que fundamental y permanentemente propongamos e incitemos sea a reclamar a todas las administraciones —locales, autonómicas y central—, a todos los poderes públicos y políticos y, en definitiva, a toda la sociedad, que nuestra situación de motilidad reducida, nuestra situación de disminución física, no constituya nunca un obstáculo insalvable como para no poder acceder o participar en todos los ambientes en igualdad de oportunidades, condiciones y derechos que el resto de la población, para que de esta forma no tuvieran ni siquiera que existir los raros y extremos casos, como el de Ramón Sampederro.

En definitiva, nuestro objetivo prioritario, e incluso la razón de ser y existir de nuestra agrupación, es, ni más ni menos, dignificar cada vez más nuestra vida en sociedad, alcanzando y desarrollando para ello hasta su más alta expresión el Estado de bienestar, constitucionalmente amparado y reconocido en el artículo 49 de nuestra Carta Magna, que sus señorías me permitirán que, para ir finalizando mi intervención, recuerde una vez más: Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Nuestra Federación, formada por doce asociaciones de carácter autonómico y regional —es decir, con implantación en todo el territorio nacional y, por tanto, abastecida de una gran variedad de personas con distintos enfoques y pensamientos sobre la vida y la muerte—, no puede ni debe desde un punto de vista colectivo pronunciarse a favor de la eutanasia ni tampoco condenarla, y menos aún

expresarse sobre la bondad o no de legalizarla. Eso me temo que es responsabilidad de sus señorías.

En todo caso, lo que nosotros institucionalmente estamos en disposición de manifestar respecto de este tema es que no nos parece adecuado ni prudente establecer un paralelismo entre la población de lesionados medulares, y más concretamente, entre los tetraplégicos, la indignidad y la eutanasia, ni tampoco que se nos considere como un grupo hipotéticamente social de usuarios y demandadores de la misma, necesitados de su legalización para ver más y mejor garantizados nuestros derechos. Nosotros, como colectivo, no la necesitamos.

En conclusión, lo que nosotros defendemos y demandamos es la importancia y la necesidad que todos tenemos de sentir nuestras vidas en condiciones de dignidad y libertad, entendida la dignidad como decoro, decencia y, sobre todo, el derecho al respeto de los demás, y la libertad como el poder y la facultad que tiene el individuo de decidir lo que desee en orden a su realización, siempre y cuando no se oponga a su moral, su ética, y al orden establecido. En definitiva, ni más ni menos de lo que les pediría cualquier ciudadano.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, señor De Pinto.

Abrimos turno de portavoces.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Buenas tardes, y bienvenido a esta Comisión, señor De Pinto. En nombre de mi Grupo quiero agradecerle especialmente las palabras que nos ha dirigido y el que nos haya recordado una vez más algo que a todos nos ha quedado muy claro: que no es precisamente entre las personas afectadas por lesiones medulares y que se encuentran en una situación parapléjica o tetrapléjica entre las que se producen peticiones de eutanasia, sino que es en otras circunstancias en las que se pueden plantear en mayor medida, aun siendo algo excepcional, esas peticiones.

Refiriéndonos al caso de Ramón Sampederro, creo que ninguno de los aquí presentes diría que no podía tener una vida digna, sino que, en mi opinión, los miembros de esta Comisión consideramos que él pensaba que su vida era indigna, algo muy subjetivo y que sólo puede definir cada persona.

Ha dicho usted que la norma entre las personas que tienen lesiones medulares es la adaptación a sus nuevas circunstancias y la inexistencia, prácticamente absoluta, de deseos de morir. Todos nos alegramos de ello, aparte de que son deseos que todos respetamos. Pero me gustaría saber lo que usted cree que se debe hacer con la excepción, es decir, si no habría de ser igualmente respetable el hipotético caso de alguien que en esas circunstancias considerara que no merece la pena seguir viviendo.

Muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, señora Rodríguez Fouz.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Gutiérrez Ruiz.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señor Presidente.

Bienvenido, don Alberto Pinto; muchas gracias por su comparecencia en esta Comisión. Nos parece de extraordinaria importancia conocer la opinión y la experiencia, no solamente de la Asociación de Grandes Minusválidos y Lesionados Medulares, sino su propia experiencia personal. A mí me gustaría simplemente hacerle una pregunta un tanto extraña en el tiempo, que le voy a tratar de explicar.

Es un hecho conocido que la voluntad de vivir de los pacientes que podríamos llamar terminales, o de otros grupos, entre los que podríamos incluir a los grandes minusválidos o a los enfermos medulares, fluctúa enormemente en el tiempo, en períodos de tiempo más cortos, y más aún si a ello unimos la sensación, que seguramente tienen, de ser una carga familiar en momentos determinados.

El Director del Instituto Guttmann, de Barcelona, esta mañana nos decía que los intentos o deseos de suicidio eran, entre estos colectivos, especialmente intensos entre el primer y segundo año del accidente, especialmente en los grandes minusválidos o lesionados medulares. En ese mismo criterio incide usted en su exposición, o al menos así me ha parecido entender. Si me lo permite, haciendo un ejercicio de salto en el tiempo y con todas las limitaciones que ello conlleva, me gustaría hacerle una pregunta. Suponiendo que la eutanasia estuviese despenalizada, ¿en qué grado cree que podría afectar al colectivo de grandes incapacitados o qué consecuencias podría conllevar? ¿Entraría ese colectivo en lo que algunos autores llaman «la pendiente peligrosa»?

Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Gracias, señor Gutiérrez.

Tiene la palabra, señor De Pinto.

El señor PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE LESIONADOS MEDULARES Y GRANDES MINUSVÁLIDOS (De Pinto Benito): Muchas gracias, señor Presidente.

Señora Rodríguez Fouz, si el Senado tiene la amabilidad de llamarnos como grupo para que hablemos de este tema, es porque existe al menos algún tipo de percepción de que nosotros podríamos ser hipotéticos usuarios. Ramón Sampredo consideraba su vida indigna, pero eso entra dentro de los sentimientos personales de cada persona, y es muy difícil de establecer cada caso; habría que individualizarlos.

En lo que yo insisto, desde la convicción de llevar veinte años trabajando como médico experto en lesiones medulares en el Hospital Nacional de Parapléjicos, y ahora desde mi nueva posición de Presidente de una Federación de Asociaciones, implantada en todo el territorio nacional, es en que la norma no es sentirse indigno. ¿Qué se ha de hacer —preguntaba su señoría— con la excepción? Ayu-

darla; pero, ¿ayudarla a qué? ¿Ayudarla a morir o ayudarla a vivir? ¿Ayudarla a morir dignamente o ayudarla a vivir dignamente? Yo estoy convencido —y créame que en nuestro colectivo ésta es la norma— de que hay que ayudarla a vivir dignamente.

Si Ramón Sampredo no hubiese vivido en un sitio total y absolutamente inadecuado, donde no tuvo en absoluto las ayudas técnicas, tecnológicas (él se nos presentaba —al menos así lo percibimos todos, y no digo todos nosotros, sino todos los españoles a través de la televisión— siempre postrado en cama, y se nos decía que ni siquiera podía escribir con un ordenador, porque le resultaba más llamativo —probablemente para la idea que él estaba defendiendo, que no condenábamos, sino que era su percepción y su intención— escribir con un punzón en la boca) si a este señor, desde el Estado, desde las Administraciones, se le hubiesen facilitado una serie de medidas técnicas, una vivienda en otras condiciones de dignidad, etcétera, estoy convencido de que Ramón Sampredo no hubiese considerado su vida indigna. En todo caso, legalizar situaciones extremas y raras no es necesario. Ése es mi punto de vista como ciudadano.

Senador Gutiérrez, la pregunta que usted me hace es para mí sencillísima. Usted preguntaba qué ocurría si se despenalizase ahora; permítame que me vaya un poco más atrás, si hace veintiocho años, la eutanasia hubiese estado despenalizada, créanme que casi con seguridad el que les habla en este momento no lo hubiese podido hacer. Es total y absolutamente inteligible —y lo decía en mi exposición— tras un cambio tan traumático en la vida de una persona —en mi caso con dieciocho años, estudiante, que iba a pasar de preuniversitario a la facultad de medicina— cuando ves absolutamente toda tu vida truncada, cuando tu vida da un giro total de 360 grados, que se te hundan el cielo y la tierra. En esos momentos la desesperación es tal, la sensación de indignidad es tal que no solamente no te importa morirte, sino que es ciertamente frecuente que pueda haber una petición de ayuda voluntaria a la muerte, más que suicidio, porque yo decía antes que la tasa de suicidios entre la población de lesionados medulares es ínfima, no recuerdo las cifras ahora mismo, pero es ínfima. Nada más y muchas gracias.

El señor VICEPRESIDENTE (Ariznavarreta Esteban): Muchas gracias, señor De Pinto.

¿Alguna intervención, señorías? (Pausa.)

En ese caso, muchas gracias de nuevo, señor De Pinto. Creo recoger el sentir general de la Comisión y de los señores Senadores hoy aquí presentes si además de agradecerle su comparecencia le digo que nos tiene a su disposición, la Federación de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos para conseguir esa dignificación de su vida en sociedad, y para que puedan sentir sus vidas, como usted mismo ha dicho, en condiciones de dignidad y de libertad. Desde luego lo que hoy ha hecho usted aquí es enriquecer esta Comisión; sus consideraciones van a ser de gran valor para los trabajos de la misma.

Sin más comentarios, se levanta la sesión.

Eran las diecisiete horas.