

CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

SENADO

COMISIÓN ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA

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

celebrada el lunes, 10 de mayo de 1999

ORDEN DEL DÍA:

Elección de los cargos de Vicepresidente Primero y Secretario Primero de la Comisión (Número de expediente 541/000025).

Comparecencias:

- De don Iñaki Serrano Beitia, Profesor de Legislación y Ética de la Escuela de Enfermería del País Vasco (Número de expediente 713/000770).
- Del Director General de Recursos Sanitarios de la Generalidad de Cataluña, don Lluís Monset i Castells (Número de expediente 713/000771).
- Del Dr. Philip Nitschket (Melbouerne) (Número de expediente 715/000290).

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

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

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

En primer lugar, someto a la consideración de sus señorías la aprobación del acta de la sesión anterior, la cual, según me han indicado, ha sido repartida a todos los señores portavoces.

¿Puede considerarse aprobada? *(Pausa.)*

Así consta. Muchas gracias.

Antes de comenzar con el desarrollo del orden del día, quiero informarles de que se ha dirigido a la Mesa de la Comisión un escrito de renuncia a sus cargos de los Senadores Zapatero Villalonga y Ariznavarreta Esteban, que hasta ahora desempeñaban la Vicepresidencia Primera y la Secretaría Primera, respectivamente.

Por tanto, solicito de la Comisión la modificación del orden del día, para incluir en el mismo la elección de los cargos vacantes. ¿Hay algún inconveniente? *(Pausa.)* Muchas gracias.

— ELECCIÓN DE LOS CARGOS DE VICEPRESIDENTE PRIMERO Y SECRETARIO PRIMERO DE LA COMISIÓN (541/000025).

La señora PRESIDENTA: Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, con objeto de que indique a la Mesa de la Comisión su propuesta para cubrir dichas vacantes.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En nombre del Grupo Popular, la propuesta es la siguiente: el Senador don Ignacio Ariznavarreta como Vicepresidente Primero, y el Senador don Alejandro Lamalfa como Secretario Primero.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Gutiérrez. ¿Dicha propuesta puede considerarse aprobada por asentimiento? *(Pausa.)* Muchas gracias.

Invito a los dos nuevos miembros de la Mesa a que se incorporen a la misma. *(Pausa.)*

— COMPARECENCIA DE DON IÑAKI SERRANO BEITIA, PROFESOR DE LEGISLACIÓN Y ÉTICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL PAÍS VASCO (713/000770).

La señora PRESIDENTA: Pasamos ya a la primera comparecencia.

Quiero presentarles a don Iñaki Serrano Beita, profesor de Legislación y Ética de la Escuela de Enfermería del País Vasco. Asimismo, ha sido gerente de «Espacio Vizcaya» y Director de Infancia y Juventud de la Diputación de Vizcaya. Además, actualmente es patrono fundador de la Fundación Aspaldiko para la tercera edad.

Profesor Serrano, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, como después harán los diferentes portavoces, quiero darle la bienvenida a esta Comisión especial de estudio, y sin más le cedo la palabra para que, a ser posible, en un tiempo no superior a veinte minutos, efectúe su exposición.

Muchas gracias y le repito la bienvenida.

El señor SERRANO BEITIA (Profesor de Legislación y Ética de la Escuela de Enfermería del País Vasco): Gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias a todos por la acogida y también por haber confiado en que yo pueda serles de cierta utilidad para tratar un tema de la trascendencia evidente que tiene éste. La importancia del foro en que me han convocado de alguna forma me apabulla, pero por otra parte creo que tengo también fuerza suficiente para estar a la altura de lo que ustedes me demandan y solicitan.

Voy a partir haciendo una primera consideración sobre la actualidad del tema que nos ocupa. Todavía podemos recordar todos cómo en julio del pasado año, en Francia, la enfermera Christiane Malavre saltaba a la prensa haciendo actualidad, más si cabe, esta reflexión sobre el problema de la eutanasia hoy. La reflexión que yo voy a efectuar es desde la perspectiva de la enfermería, tal y como ustedes me han solicitado; pero también quiero decirles que va a ser con mi propia y personal percepción y sensibilidad, y va a ser de manera práctica, directa y breve.

Esta reflexión nace del deseo de aportar elementos que ayuden a encontrar salidas dignas a un reto tan difícil como delicado, en el que se hacen presentes sensibilidades éticas, religiosas, culturales, ideológicas y económicas muy dispares, lo que debe llevarnos a buscarlas juntos, con el propósito único de hallar lo que sea más digno para el hombre. Por otra parte, estoy convencido de que todos nosotros, ante el problema ético de las fronteras últimas de lo humano, buscamos lo mismo: el bien de la persona, porque al fin y al cabo estamos configurando nuestro propio morir y el de los seres que queremos y amamos. Es pues con este espíritu de diálogo y de escucha interdisciplinar como ofrezco estas palabras a su consideración.

He dividido mi intervención en cuatro partes. En la primera expondré unos hechos; en la segunda, unas consideraciones sobre esos hechos; en la tercera, unas propuestas de actuación, y en la cuarta, un epílogo. Paso a la primera parte, que se refiere a hechos o supuestos.

En primer lugar, conviene que tengamos presente que Enfermería, tanto por número como por permanencia y continuidad, es el colectivo sanitario que vive como ningún otro la asistencia al morir de los ciudadanos españoles. Tengamos presente que aproximadamente el 65 por ciento de todos los profesionales sanitarios son enfermeras, y que más del 80 por ciento del tiempo de atención de salud a la población es utilizado por enfermería en dedicación y prestación de cuidados. Esta realidad y su consiguiente experiencia vivencial no trasciende como debiera en la representación que se hace la sociedad española del morir de sus miembros. A la espera de un estudio de la realidad con garantías metodológicas, creo que de esta experiencia de en-

fermería se puede plantear que la inmensa mayoría de nuestros conciudadanos en trance de morir no plantean peticiones eutanásicas, sino más bien asistencia y auxilio al morir para ellos y los que les acompañan. Que de enfermería —y lo uno con el comienzo de mi intervención— trascienden a la sociedad española aquellas actuaciones episódicas llamativas y escandalosas de algunas enfermeras en su tarea de cuidar.

Dentro de estos hechos, voy a reseñar de manera especial otro, y lo voy a hacer preguntándome y preguntando dónde se muere y dónde se dan los últimos cuidados. Me voy a referir efectivamente a varios ámbitos, excepción hecha de los muertos en carretera y en el lugar de trabajo. He marcado cuatro ámbitos. El primero es el hospitalario, y dentro de él, las UVI, las plantas con crónicos y terminales en zona de agudos, y las unidades paliativas. Otro segundo ámbito importante es el referido a los centros de crónicos, los «hospices», todavía no muy numerosos entre nosotros. Otro tercer ámbito —y quiero reseñar que, a mi entender, con una gran importancia— es el de las residencias de ancianos, entre las que tenemos que distinguir las públicas, las privadas con ánimo de lucro, sin ánimo de lucro, y otras como fundaciones, etcétera. Por último, tenemos el ámbito del hogar, los domicilios. Aquí cuidan las familias, cuidados paliativos a domicilio y también cuidadores semiprofesionales.

En estos cuatro ámbitos están presentes las siguientes personas o estamentos: médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, gerocultoras, cuidadoras semiprofesionales y la familia. La presencia y actividad de los distintos profesionales en los escenarios señalados es inversamente proporcional a medida que descendemos en su enumeración. También hay que tener presente que en la actualidad parece que todavía el 70 por ciento de las muertes que se producen en España suceden en el hospital.

Centrándome en el tercero de los ámbitos señalados, residencias de ancianos, se puede constatar que las condiciones en las que acceden son muy limitantes. Hablo de una residencia que conozco que, a fecha de 24 de marzo de 1999, ofrecía el siguiente panorama: De los 158 residentes, un 60,13 por ciento sufre disfunciones psicogeríatras, accidentes cardiovasculares, Alzheimer, Parkinson, patologías psiquiátricas, demencias, etcétera. Solamente ocho personas no tienen ningún tipo de dependencia física —de 158 solamente ocho— y 48 la tienen leve. Tienen una dependencia física total 80 ancianos.

Voy a pasar a la segunda parte: consideraciones. Parece legítimo y lógico que, a la vista de lo dicho, haga algunas preguntas y consideraciones.

Primera. ¿Se conoce con la precisión debida la realidad del morir de los ciudadanos españoles? Segunda. ¿La idea o representación del morir que se hace en nuestra sociedad es de primera mano? Creo que las demandas de auxilio y asistencia en ese momento son peticiones de una ética de los cuidados al morir, de la que ni la opinión pública tiene conocimiento cabal, ni a la que los representantes sociales dan la importancia que merece. También, a veces, informaciones no suficientemente ponderadas de esas actuaciones episódicas, llamativas y escandalosas de algunas en-

fermeras como la que hacía referencia al comienzo de mi intervención, pueden contribuir a desmoralizar y a angustiar a amplios sectores de la profesión, que es fundamental —no lo olvidemos— a la hora de dar los cuidados que prestan, en muchas ocasiones, en un contexto muy difícil, y que pueden llegar a pensar que la única actuación inteligente es la que nos presenta esas noticias por ciertas formas de tratamiento. Repito que las enfermeras tienen a veces que prestar esos cuidados en situaciones difíciles. ¿Por qué? Porque, como hijas de su tiempo, viven en una sociedad en la que se da el ocultamiento personal y social de la muerte y, en la práctica, se ignora la dimensión mortal y sufriente de la existencia humana y, en consecuencia, no se integran en la propia vida; porque viven en una sociedad donde la pérdida de la salud, con su consecuente improductividad, así como la ancianidad, con sus secuelas de inutilidad, son sancionadas socialmente de alguna manera; porque son profesionales formados en la estima y prestigio de lo técnico y lo científico, y así debe ser, pero puede suceder que se encuentren con un bagaje bastante más pobre en cuanto a su preparación humanística; porque la propia organización del sistema de salud que tenemos prioriza y realza sobremanera el curar sobre el cuidar; porque se da un desarrollo muy insuficiente del espacio sociosanitario; porque se está dando entre nosotros, cada día más, un aumento muy significativo del número de enfermos crónicos degenerativos y ancianos, con núcleos familiares cada vez más reducidos; porque viven con frecuencia situaciones distanásicas de hecho —me contaron recientemente el caso de una residencia de ancianos en la que la gerencia pedía al personal sanitario que procurara que fulanito de tal llegara hasta el 20 de este mes—; por un insuficiente desarrollo de las medidas organizativas, humanas y materiales, orientadas a potenciar y a actualizar el área del cuidado.

Todas estas circunstancias, unidas a otras muchas y a su vivencia cotidiana de cuidar a hombres y mujeres con nombres y apellidos concretos, traspasados por el dolor, la angustia y el sufrimiento en trance de morir, ¿no harán que su tarea de cuidar se haga en medio de una tensión física y emocional cada vez mayor? ¿No se estará colocando a las enfermeras en situaciones problemáticas con salidas muy difíciles y escasas? ¿Qué salidas se les ofrece para que puedan cuidar éticamente, a plena satisfacción personal y profesional? En este punto también me voy a extender sobre unas consideraciones relativas al ámbito de las residencias de ancianos.

¿Por qué quiero hacer aquí una reflexión sobre ellas? En primer lugar, ustedes saben que el personal que trabaja en las residencias de ancianos es, en su gran mayoría, personal auxiliar, son gerocultoras, y que, al frente de ellas, suelen estar unas pocas enfermeras. Desde esta perspectiva, hago la siguiente consideración.

Tradicionalmente, la eutanasia se ha considerado un problema eminentemente clínico y con protagonismo sobre todo médico y de enfermería, pero creo que en estos momentos están emergiendo con fuerza creciente un escenario y unos protagonistas nuevos: las residencias, las enfermeras, las gerocultoras y los ancianos, y tanto por el nú-

mero cada día más creciente de las personas que acceden a ellas como por las problemáticas de salud que presentan —psíquicas, sociales y de todo tipo—, así como por las características que concurren en las gerocultoras, etcétera, es evidente que el problema puede presentarse, si no lo está haciendo ya, con unas connotaciones y dimensiones nuevas desconocidas hasta ahora.

Esto que digo refiriéndome a las residencias, es perfectamente aplicable a los cuidadores semiprofesionales que atienden en los domicilios. Es de todos conocido el «boom» de cuidadores suramericanos que, en ciertas poblaciones, atienden de manera preferente estas atenciones domiciliarias.

Paso a la tercera parte: propuestas de actuación. Las voy a presentar respondiendo a tres preguntas. La primera de ellas es: ¿qué puede aportar Enfermería para colocar el problema que nos ocupa en una perspectiva de globalidad? Y digo globalidad porque podría suceder que se propusieran actuaciones que se podrían considerar tal vez incorrectas desde ciertos ámbitos, pero no por falsas, sino por incompletas, y Enfermería puede contribuir a evitar tal eventualidad ofreciendo algo básico: datos reales y objetivos del morir del ciudadano español; por ejemplo, número real de peticiones eutanásicas que, de alguna forma, nos estaría reflejando la relevancia social del problema; el porqué, el cómo y el para qué de estas peticiones; evaluación de dichas peticiones; aquellos que persisten, los que desisten, y por qué lo hacen.

Segunda pregunta. ¿Qué necesitaría Enfermería para acometer desde la ética el cuidado de los moribundos? Precisaríamos una atenta, respetuosa y ponderada acogida de su experiencia y conocimiento vivencial del cuidado de moribundos y, además, que se reconociera y potenciara la dimensión ética de su trabajo cotidiano de cuidar a los que están en trance de morir, que es —y no hay que olvidarlo nunca—, en última instancia, garantizar la calidad asistencial en grado sumo y poder contar para ello con instrumentos que, por su configuración ética, ayudan a realizar su trabajo: programas de educación y concienciación sobre estas cuestiones, dirigidos a toda la sociedad; instauración eficaz del consentimiento informado; instauración de las directrices previas; creación y acreditación de los comités de ética asistencial; potenciación de las unidades del dolor; promoción de programas de formación de todos los profesionales de la salud en el manejo de los tratamientos del dolor; desarrollo adecuado de las unidades de cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios; una eficaz y progresiva asistencia social; y a modo de pregunta, porque sé la dificultad que entraña su concreción, ¿sería posible determinar el límite del esfuerzo terapéutico?

De entre todos éstos, me permito señalar especialmente dos: la formación de todos los profesionales en el manejo del tratamiento del dolor, así como una asistencia social eficaz y progresiva. Pienso que estos dos son los que pueden incidir de manera más inmediata y directa en las situaciones descritas.

Por último, hay una tercera pregunta. ¿Qué necesita la propia Enfermería para llevar a cabo, de forma ética, los cuidados del que muere y de su familia? Una formación

adecuada, no sólo recibéndola, sino también generándola como fruto de su trabajo, y una presencia permanente en los debates sobre todos los asuntos relacionados con la salud y sus cuidados.

He empezado mi intervención hablando de la presencia que tiene Enfermería en el ámbito de la salud. Me permito recordar que el 65 por ciento de todos los profesionales sanitarios son enfermeras y que más del 80 por ciento del tiempo de atención de salud a la población es utilizado por Enfermería en dedicación y prestación de cuidados.

Respecto del personal que trabaja en las residencias, en primer lugar tendríamos que reconocer la importancia de su trabajo en orden al bienestar de nuestros ancianos y al sosiego de sus familias. En segundo lugar, reforzar su formación en conocimiento, habilidades y aptitudes y adecuar sus convenios, contratos, condiciones laborales, etcétera. Respecto de las mismas residencias, deberíamos lograr que se pudiera decir de todas ellas, de las privadas con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro, de las públicas y de las fundaciones, que son auténticos hogares para sus moradores.

He llegado a la última parte de mi intervención, que es a modo de epílogo. ¿Qué he pretendido con lo expuesto? Hacer una llamada a no perder el sentido de la realidad, al cultivo positivo del valor de la vida, al cuidado atento y solícito y al acompañamiento fraternal que deben arrojar hasta el último momento de su vida a los hombres y mujeres que, en medio del sufrimiento, están en trance de morir. Toda salida digna a este problema no puede ignorar o dejar de lado este panorama. Nuestra sociedad tiene la obligación, ya que tiene los medios para ello, de lograr que el morir de sus miembros sea cada día más humano. Me permito hacer una digresión: la muerte con dignidad se produce cuando un enfermo fallece rodeado de sus seres queridos, en casa si es posible, conociendo hasta dónde quiere y puede soportar la verdad, sin acortar directamente la vida ni alargarla innecesariamente, con la ayuda sanitaria, social, afectiva, espiritual que se desee, ya que ni la muerte —y digo ni la muerte entre comillas— de un enfermo terminal por compasión ni la prolongación sin sentido del terrible sufrimiento y angustia de la persona en trance de morir es algo positivo o deseado. Este dilema debe significar para toda la sociedad un desafío y un compromiso que le haga responder, creativamente, con nuevas posibilidades que nos sustraigan de este planteamiento. ¿Por qué nuestra sociedad no va a ser capaz, en los albores del siglo XXI, de reemplazar este cuadro y plantear salidas menos terribles y traumáticas? Porque pienso que, si así se hace, este camino reducirá al mínimo los casos conflictivos en los que se puede presentar tan terrible dilema y, cuando se presente, más que en ningún otro momento, redoblar el acompañamiento al enfermo y a su familia con respeto total y profundo ante la decisión que se tome en conciencia, que tiene su dignidad suprema no tanto en el acierto objetivo como en la honestidad de la intención.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Serrano.

A partir de ahora abrimos un turno de portavoces.

En primer lugar, voy a dar la palabra al Senador Martiarena, en nombre del Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos.

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias, señora Presidenta.

Solamente quiero agradecer la exposición que nos ha hecho el profesor Serrano que, por otra parte, es coincidente con otras que ya han tenido lugar en esta Comisión. Creo que su perspectiva ha sido suficientemente clara y, por lo tanto, le reitero nuestro agradecimiento por sus explicaciones.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Martiarena.

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

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

En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia del profesor Serrano y su exposición que, como ha indicado al inicio de la misma, es una reflexión sobre el reto tan sensible que, desde el punto de vista del sector de la Enfermería, existe sobre la cuestión que estamos debatiendo, que presenta aspectos tan dispares que, lógicamente, genera posiciones enfrentadas.

El profesor Serrano ha dividido su exposición en cuatro partes: la enfermería y la asistencia a morir tanto desde el punto de vista de atención o de curación, como en el aspecto hospitalario y domiciliario; consideraciones y preguntas sobre la realidad del morir; propuestas de actuación, y consideraciones finales en el epílogo, en el cual hay una, que respetamos absolutamente y con la que coincidimos, relativa a la muerte con dignidad dentro de una paz familiar y sabiendo adónde se puede o se ha podido llegar porque, desde el punto de vista de la medicina, si no se cura, por lo menos hay que aliviar y, en cualquier caso, siempre hay que intentar reconfortar no sólo al enfermo, sino también a la familia que, en ese momento, está atravesando una situación difícil.

Sobre la referencia que ha hecho a los aspectos y aptitudes en las residencias de ancianos, quiero destacar una frase concreta en la que ha dicho: Hasta que llegue a una fecha concreta. Esto supone, desde el punto de vista ético, un gran peligro en el sentido de que si eso es así, y evidentemente puede existir, ¿adónde nos conduciría despenalizar la eutanasia? Esta reflexión nos lleva también a determinar lo que es o no eutanasia, porque dar morfina, si está indicada, aunque no llegue a la fecha indicada o se pase de la misma, es una buena praxis médica, no es otra cosa, no es eutanasia, ni es ayuda al homicidio, ni homicidio por compasión, ni ayuda al suicidio. Por lo tanto, en este sentido, creo que éticamente comportaría un gran peligro si llegáramos a la posibilidad de despenalizarla o regularla mediante una ley específica. Ésta es nuestra primera consideración.

También ha dicho lo siguiente: ¿Sería posible determinar el límite del tratamiento terapéutico? Es muy difícil porque la medicina no es una ciencia exacta, pero sí se puede llegar a la posición de no administrar un tratamiento fútil o desproporcionado, en el sentido de que si está indicado el tratamiento que se instaura a un paciente, ¿tiene éste que ser siempre un enfermo terminal o puede ser un enfermo crónico o afectado por otras situaciones distintas de las de enfermedad terminal, como es el caso de un tetrapléjico? Porque en un enfermo terminal sabemos la situación, lo que está indicado y lo que no. Si administramos la medicación indicada o practicamos una intervención médico-quirúrgica adecuada, con lo cual acortamos la vida del enfermo, estamos ante una buena praxis médica. En un momento determinado podría entenderse de otra forma, pero creo que hoy en día lo debemos entender así. Si partimos de la base de que tiene que tratarse de un enfermo terminal, la situación estará en el enfermo y en la familia debidamente informados que den su consentimiento y que sea una decisión entre las tres partes y, en este caso, creo que la proporcionalidad de la terapia a la situación del enfermo puede adecuarse debidamente al código ético y deontológico.

Mi última consideración se refiere a que yo creo que, en cuidados paliativos, la Enfermería interviene más, dentro de un equipo médico, que los propios médicos, de forma que los cuidados paliativos pueden representar el mejor antídoto contra la petición de eutanasia, y contra la obstinación terapéutica, que es lo que ha desencadenado y motivado principalmente este debate tan trascendental y la impresión que podemos tener en nuestra conciencia de las actuaciones desproporcionadas que, en muchas fases de la historia de la medicina, se han ejercido y que, como consecuencia y de rebote, han llevado a pedir la eutanasia. De modo y manera que es normal que en un testamento vital se diga: que no se me someta a un tratamiento desproporcionado. Si esos tratamientos ya no se hacen, es evidente que no hace falta esa advertencia. Lo cierto es que hoy en día la obstinación es una mala praxis médica.

Por tanto, he de decir que, a ese respecto, tenemos conciencia de que las curas paliativas funcionan. Y puedo decirles que lo que se está haciendo en Cataluña y en Canarias desde el punto de vista de la experimentación, forma parte de lo que hemos podido escuchar a algunos comparecientes en esta Comisión. En lo que al resto de España se refiere, parece que no se ha insistido tanto en ello.

En relación con ello, yo sometería a su consideración la siguiente pregunta: ¿No cree que antes de acometer una modificación del ordenamiento jurídico —bien sea mediante la despenalización, bien sea mediante una ley específica— sería conveniente, por no decir inexcusable, ampliar esos servicios de cuidados paliativos en extensión y calidad por todo el país antes de meternos en ese berenjenal? (*Risas.*) (Digo berenjenal como expresión cordial en el fragor de esta exposición, aunque quizá no sea demasiado correcto utilizarla aquí, pero lo de las posiciones contrapuestas me ha llevado a pronunciar indebidamente esa palabra de un modo verdaderamente coloquial, por lo que pido excusas.)

No vayamos a hacer lo que en Holanda, país donde parece ser que, según han dicho algunos autorizadamente —otros no—, han puesto el carro antes que los bueyes al despenalizar la eutanasia sin haber hecho antes una ley específica sobre ella, con lo cual, ahora están invirtiendo los términos al haberse dado cuenta de la importancia que tienen los cuidados paliativos.

¿Cuál es la situación actual en el País Vasco y cuál es su experiencia a este respecto? Aunque estoy convencido de que allí la sanidad funciona bien, quisiera saber si en lo que a cuidados paliativos se refiere se ha hecho allí todo cuanto se puede hacer en relación con evitar llevar a efecto las peticiones de eutanasia que se producen en esa Comunidad Autónoma.

Sólo me queda reiterar el agradecimiento por parte de nuestro Grupo Parlamentario por su comparecencia y por su exposición.

Muchas gracias, señora Presidenta, señorías.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

Tiene la palabra el Senador Gibert en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

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

Muchas gracias, Profesor Serrano, por su presencia y por su exposición ante esta Comisión. Como comprenderá, los que estamos apabullados somos nosotros ante la complejidad del problema que vamos descubriendo a medida que avanzan los trabajos de esta Comisión y escuchamos las diferentes opiniones de los comparecientes, aunque hay que decir que esa complejidad ya la intuíamos desde un principio. Hoy, por ejemplo, usted nos ha vuelto a recordar, diría que de un modo especial —puesto que ha tratado usted esta cuestión desde el punto de vista clínico y jurídico—, lo que ocurre con las personas que mueren en residencias o en sus domicilios y no en hospitales, aspecto éste menos clínico hoy por hoy en mi opinión. En este sentido, una de las convicciones que creo vamos adquiriendo todos los miembros de la Comisión es que hay que potenciar los cuidados paliativos. Creo que eso está claro. Pero, probablemente, cuando se habla de porcentajes de cobertura, se está pensando más en casos registrados relacionados con la vida hospitalaria. En relación con ello, quiero preguntarle si los porcentajes de cobertura actual serían menores si contempláramos todo el universo de casos.

Usted se ha referido a que, para bien o para mal, lo que en realidad trasciende es lo llamativo, y nos decía algo que es ciertamente preocupante: que no se conoce estadísticamente o cualitativamente la realidad de lo que ocurre en estas situaciones. Eso me hace suponer —y no lo consideramos sorprendente, sino completamente normal— que, evitando cualquier valoración numérica que no soy capaz de hacer en este momento, se tendrán que producir casos de praxis buenas, menos buenas y de malas en el conjunto de la atención a los enfermos terminales.

Aunque aún nos quedan muchos comparecientes a los que escuchar en esta Comisión, y más allá de las posicio-

nes personales que tenga cada uno de ellos, yo diría que ya hemos logrado superar algunas simplificaciones que tal vez podríamos haber superado desde un principio. Por eso mismo, la cuestión que quería plantearle es solamente una. Hemos recibido diversas impresiones con distintos matices que podríamos resumir en dos líneas de pensamiento, ambas absolutamente partidarias de los cuidados paliativos como gran cuestión. La primera se refiere a que se debe poner énfasis en que cada caso es distinto y en que, por lo tanto, debe darse un cierto margen de discrecionalidad a la actuación de los profesionales que atienden a los enfermos, cosa que por otra parte tienen su lógica, puesto que, como digo, cada caso es distinto —y lo entendemos perfectamente—, aunque eso conduce probablemente al desconocimiento de las situaciones y a un trato aleatoriamente distinto en casos parecidos.

La segunda línea consistiría en protocolizar con la máxima flexibilidad, y en función de las dificultades de cada caso, las constataciones empíricas de los distintos casos que puedan ser objeto de protocolización, cosa que hoy parece más fácil de hacer en la vida hospitalaria que en casos más heterogéneos por todo lo que se nos ha ido diciendo. Nos gustaría conocer su opinión a ese respecto.

Por último, desearíamos saber si es usted partidario en líneas generales de una cierta protocolización —que no necesariamente legislación, ése sería otro tema—, o si cree que simplemente habría que potenciar los servicios paliativos procurando que éstos alcancen al mayor número posible de casos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Gibert.

Finalmente, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el Senador Gutiérrez Ruiz.

El señor GUTIÉRREZ RUIZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Profesor Serrano, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, sea usted bienvenido. Realmente me he alegrado de escuchar su exposición tan positiva y tan clara. Estoy seguro de que va a resultar muy importante para esta Comisión a la hora de elaborar sus conclusiones finales.

En primer lugar, quería conocer su opinión concreta sobre algunas cuestiones a las que usted se ha referido en su exposición. Si hablamos de dignidad ante la muerte, teniendo en cuenta las medidas con que contamos en la actualidad en lo que se refiere a cuidados paliativos, unidas contra el dolor, infraestructuras sociosanitarias, etcétera, ¿no cree usted que realmente en la gran mayoría de los casos no deberíamos hablar de falta de dignidad ante la muerte puesto que, como usted ha dicho muy bien, la gran mayoría de los sujetos que están encuadrados en la eutanasia en realidad no la solicitan, sino que lo que demandan es una asistencia en ese último tránsito tan difícil entre la vida y la muerte?

En segundo lugar, y teniendo en cuenta que ha tocado usted ese tema tan importante y posiblemente clave, la asistencia no sólo sanitaria sino también sociofamiliar, ¿no

cree usted que si se resolvieran las carencias que tiene la sociedad en este momento para poder ofrecer su ayuda a esas personas, las peticiones de eutanasia —que hoy son ya muy reducidas— serían prácticamente nulas?

En tercer lugar, ¿tiene usted encuestas relacionadas con el colectivo de Enfermería acerca de cuál es su postura ante este tema? Pregunto esto porque, como usted ha señalado, la Enfermería no sólo interviene en la asistencia sanitaria hospitalaria, sino también en las cada vez más numerosas residencias para ancianos.

Por último, ¿qué papel cree usted que puede desempeñar el colectivo de Enfermería en las unidades de cuidados paliativos?

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Gutiérrez Ruiz.

Profesor Serrano, tiene usted la palabra sin límite de tiempo.

El señor SERRANO BEITIA (Profesor de Legislación y Ética de la Escuela de Enfermería del País Vasco): Voy a ver si soy capaz de responder a sus señorías de manera global, como me ha indicado la señora Presidenta. Si alguno de ustedes no se siente satisfecho con mis respuestas, será probablemente porque a mi vez yo no he sido capaz de entenderles a ustedes. En ese caso, me ofrezco a que me vuelvan a formular sus preguntas hasta que lleguemos a entendernos.

Para comenzar, quiero darle las gracias al señor Martiarena.

Es evidente que al plantear el tema de la eutanasia así, de buenas a primeras, en función de la realidad que tenemos hoy, se nos podría acusar de una cierta frivolidad, enténdanme ustedes. ¿Dónde tenemos que situar la problemática de la eutanasia? Deberíamos preguntarnos qué es lo que ha llevado a que en estos momentos este tema se haga más vivo y más problemático, y encontraríamos cantidad de respuestas. Los avances médico-científicos han conseguido que la prolongación de la vida sea mayor, sin embargo, como dice un famoso eslogan, se han dado más años a la vida, pero no se ha dado vida a los años. Además, nos estamos encontrando con núcleos familiares cada vez menores y el papel fundamental que ejercía antes la familia, como primer ambulatorio o primer centro de salud, hoy día está desapareciendo. Desde Enfermería se capta perfectamente que la estructura sanitaria que tenemos se basa fundamentalmente en la medicina científica y de límite, agresiva y, efectivamente, se plantean problemas. Cuando se dice: se ha actuado según lo indicado, todos sabemos lo que ocurre con lo indicado. Cuando ingresamos en un hospital, nos damos cuenta —porque desde dentro se percibe perfectamente— qué profesionales son más agresivos, van más al límite, y cuáles tratan el tema de otra manera, sin hacer dejación de la atención, ni mucho menos.

Todos debemos hacer un esfuerzo para replantearnos el problema de la eutanasia, porque, si no, podemos entrar en un dilema —a mi entender— falso; falso no por los términos lógicos del planteamiento, sino por la realidad que in-

tenta resolver. Pronunciarnos, aquí y ahora, a favor o en contra, me parece realmente fuera de lugar. La sociedad tiene capacidad para intentar recolocar este dilema en otras coordenadas nuevas. No digo que no existan situaciones concretas en las que la eutanasia se pueda presentar dramáticamente; habrá circunstancias. Eso se tendrá que abordar y legislar con todas las salvaguardas. En este momento, me viene a la mente la ley sobre la esterilización de deficientes. Como ha dicho antes la señora Presidenta, yo he sido gerente de Aspace-Vizcaya, la Asociación de Parálíticos Cerebrales, y tengo referencia de que se trata de una ley que realmente procura salvar la dignidad de esas personas y resolver al mismo tiempo las dificultades que se puedan presentar, es un trámite garantista de que lo que se va a hacer se hace realmente por el bien de esa persona, teniendo en cuenta todos los elementos que se puedan presentar. Por eso decía: ¿Por qué en los albores del siglo XXI vamos a tener que estar dando vueltas a este mismo problema? ¿Por qué no empezamos a resituarse el escenario? Estoy convencido de que, dentro de pocos años, los hospitales terciarios quedarán para trasplantes y para los casos agudos y críticos, pero, probablemente, la atención sanitaria se va a ir desplazando —como, de hecho, estamos viendo— hacia los centros de salud e, incluso, a los domicilios. Eso va a requerir, sobre todo, fijar la atención, sin descuidarla, en lo que se ha hecho hasta ahora: curar científicamente, la medicina del límite, pero también potenciar todos los aspectos, que es lo que todos estamos demandando. Cuando uno entra en una residencia ve que esa gente que está allí necesita cuidados y los cuidados no se han considerado adecuadamente en nuestra cultura sanitaria. Los cuidados paliativos, las unidades del dolor, la formación de todos los profesionales en el tratamiento del dolor —que no se hace—, la asistencia socio-sanitaria, que tiene que ser cada día mayor y más eficaz y estar más al pie de los ciudadanos, todo esto resituaría el problema en sus justas dimensiones, lo cual no quiere decir que no se produzcan problemas, ¡claro que se van a producir y claro que se van a presentar situaciones conflictivas!

¿Qué hacer entonces? Por parte de Enfermería apoyar a esas personas en el ámbito social y afectivo, respetándolas, porque, al final, de lo que se trata es de la rectitud de intención, y que el sistema jurídico de nuestro país contemple esto, acompañándolo de medidas garantistas.

No sé si en esta primera respuesta he contestado a todos y cada uno o ha quedado algún problema pendiente.

El Senador Gibert i Bosch me hablaba de protocolizar la eutanasia o de limitarla sólo a cuidados paliativos. Yo creo que no se excluyen. Por eso he hecho una relación grande de cosas que hoy tiene que incorporar nuestro sistema sanitario. Perdonen que insista, nuestro sistema sanitario tiene que ser menos científico, menos de límite y más de cuidados, más de a pie de cama, más con la persona, más humano. Entonces los problemas adquirirán otra dimensión y otro contexto totalmente distinto.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Serrano.

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

Tiene la palabra el Senador Gibert.

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

Solamente quiero hacer una aclaración. Cuando hablaba de protocolo, me refería a protocolizar la eutanasia. Es decir, para que el derecho a ser atendido adecuadamente sea observado de forma homogénea habría dos caminos, ambos coincidentes en la aplicación de los cuidados paliativos como remedio en la mayoría de los casos. Uno consistiría en protocolizar, divulgar —por difícil que sea y, eventualmente, legislar— si fuera necesario, con cambios legislativos—, no la eutanasia, sino la forma en que se atiende a los enfermos en casos empíricamente constatables como similares, con toda la dificultad que eso comporta. Otro, consistiría en pensar que éste es un problema de buena práctica de los profesionales de todo tipo, que actuarán en función de sus criterios deontológicos. Ésta es la duda que tengo. No quiero ocultar que, con todas las reservas y dificultades que eso comporta, hasta ahora me han parecido más convincentes las líneas que tienden a protocolizar comportamientos, por lo menos en el ámbito hospitalario, porque supongo que esta línea de actuación es más difícil en otros ámbitos extrahospitalarios.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Tiene la palabra el profesor Serrano.

El señor SERRANO BEITIA (Profesor de Legislación y Ética de la Escuela de Enfermería del País Vasco): Muchas gracias, señora Presidenta.

Protocolizar en el mundo de la salud, sobre todo en temas de cierta dificultad, ayuda al ejercicio profesional, no solamente a la buena praxis, sino, incluso, a los nuevos dilemas que se presentan, pero también tiene un cierto peligro que se constata: que el personal sanitario se agarre al protocolo, y el protocolo, al final, como toda norma a la que uno se agarra, cosifica, y la sanidad es ciencia, es arte, es humanidad, y los hechos concretos a los que usted se refería son distintos. Se dice que no hay enfermedades, hay enfermos. Creo que es una ventaja, pero también tiene ese inconveniente; el revés y el envés. Para ayudar, con el protocolo en la mano, pueden estar los comités de ética asistencial, que considero claves dentro de la política del consentimiento informado, de directrices previas, etcétera.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señorías.

¿Alguna otra intervención? (*Pausa.*) Tan sólo me queda despedir al profesor Serrano y darle las gracias por su interesante y, sobre todo, muy esclarecedora exposición, que desde ya le adelanto, como ha tenido ocasión de manifestar algún otro portavoz, que nos será de gran utilidad para el informe final que redacte esta Comisión.

La próxima comparecencia está prevista para las doce y media, pero dado que el compareciente nos acompaña desde el comienzo de la sesión, creo que podríamos seguir con el orden del día y, por tanto, invitarle a que se incorpore a esta Mesa. En consecuencia, suspendemos unos mi-

nutos para despedir al profesor Serrano y seguimos con el orden del día.

Muchas gracias.

— DEL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS SANITARIOS DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA (713/000771).

La señora PRESIDENTA: Antes de presentar a todas sus señorías a nuestro próximo compareciente y darle la palabra, quiero anunciarles que se está repartiendo en estos momentos una entrevista publicada este fin de semana en un diario nacional con el compareciente que vendrá esta tarde, el doctor australiano Philip Nitschke. Se reparte a efectos de general conocimiento, por si alguna de sus señorías no hubiera tenido oportunidad de leer dicha entrevista.

Ahora ya sí, paso a presentarles a nuestro siguiente compareciente, el doctor Lluís Monset i Castells, Director General de Recursos Sanitarios de la Generalidad de Cataluña y Presidente de la Comisión Asesora de Bioética del Departamento de Sanidad.

Doctor Monset i Castells, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, quiero darle la bienvenida a esta Comisión especial de estudio y, sin más, le cedo la palabra por un tiempo, a ser posible, de 20 minutos.

El señor DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS SANITARIOS DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA (Monset i Castells): Muchas gracias, señora Presidenta. Me parece que podré limitarme a los 20 minutos, puesto que así estaba calculado.

Señorías, ante todo quiero agradecerles la confianza que han depositado en mí al invitarme a compartir y debatir algunas ideas con sus señorías respecto a un tema que ha demostrado sobradamente ser uno de los que más atención atraen en los medios de comunicación cuando se suscita, en justa correspondencia, a mi modo de ver, con los encendidos sentimientos y reacciones que la reflexión sobre la muerte crea, como, por cierto, pienso que seguirá creando a lo largo de toda la historia en aquellos hombres libres pensantes.

Sean que, además, es motivo de un gran orgullo y satisfacción poderme dirigir a todas sus señorías, aunque el hecho de venir aquí a estar con todos ustedes ha tenido como consecuencia que en los últimos días no dejara de darle vueltas a un tema tan extremadamente complicado y delicado como éste, pero en todo caso, es un orgullo y les agradezco su confianza.

Existe ahora una diferencia suficientemente significativa entre el discurso sobre el «tanatos» de los filósofos o los psicólogos y la reflexión actual. La tecnología y el desarrollo médico han posibilitado situaciones nuevas en las que a través de sofisticados medios la vida de una persona con funciones muy deterioradas es prolongada, mejorándola unas veces, otras no, y este hecho es ofrecido en los países de nuestro entorno a todos los ciudadanos. Hoy son muy pocos los españoles que no han tenido una experien-

cia personal de algún allegado que fallece después de una larga lucha con una muerte anunciada, tal vez considerada por él demasiado larga e inútil. La reflexión actual puede seguir siendo para el filósofo o el teólogo una pregunta en abstracto sobre las razones de la existencia, su esencia, y la trascendencia, pero el hombre de la calle se pregunta en concreto qué actitud desearía de los médicos y del sistema sanitario si a él le llegara también una situación semejante.

Y esta pregunta que inquieta a un gran número de ciudadanos, ha tenido en este Senado su correspondencia. Por tanto, déjenme que una vez más, modestamente, felicite su valentía. Porque todas sus señorías saben que avanzar, aunque sólo sea intelectualmente, en este terreno tiene severos obstáculos y puede tener incluso sus costes, pero han aceptado el reto convencidos de que las Cámaras de representación política pueden ser muchas cosas, pero nunca pueden dejar de ser un lugar de debate de las inquietudes ciudadanas. Sus señorías pueden estar absolutamente seguras de que esta Cámara lo es y, además, está bien que así sea, pues su debate no sólo nos puede hacer avanzar hacia la solución de esa inquietud concreta, sino que crea en nuestra sociedad un debate, o tal vez, mejor aún, una reflexión sobre algo que a estas alturas de la historia no podemos dejar de nuevo en manos de expertos, como lo estuviera antaño: la validez y priorización de los valores que queremos iluminen nuestra sociedad. Porque el debate sobre la eutanasia es muchas cosas, pero sobre todo es un debate sobre la escala de valores.

Adentrándonos en el tema que nos ocupa, empezaré intentando enfatizar algo que me parece excepcionalmente básico. El único debate que sigue abierto en este terreno hoy en nuestra sociedad es el que gira en torno a la eutanasia, antes llamada activa, y me uno a las voces que reclaman que sea hoy denominada simplemente eutanasia, ya que actitudes establecidas con el objetivo de paliar el sufrimiento del moribundo, que acaban secundariamente acortando su agonía —la llamada anteriormente eutanasia indirecta—, o actitudes de cesación de terapias, que sólo comportan un angustioso alargamiento de la misma, eutanasia pasiva, son casi unánimemente aceptadas como actuaciones de buena praxis médica, diferenciadas del hecho eutanásico.

Inmediatamente después, creo imprescindible decir, en voz también muy alta, que la única actitud a mi juicio debatible es la de la bondad ética y consecuente despenalización y/o legalización de la eutanasia voluntaria. Afortunadamente no he oído a nadie que en nuestra sociedad defienda otra cosa, o al menos públicamente, pero es necesario que así se sepa para que los ciudadanos entiendan de qué estamos hablando.

Cualquier acción que ponga fin a la vida de otro ser humano, sea cual fuese su estado físico, psíquico o social, sin su consentimiento previo, en pleno uso de sus capacidades mentales y sin coacción alguna, ni ahora ni nunca puede, a mi juicio, ser contemplada como deseable individual o socialmente y debe ser siempre punible en la ley y reprobada por la sociedad. Se trataría, a mi manera de ver, simple y llanamente, de un homicidio o un asesinato. Quiero decir, además, que si existiera un caso en que dicha actuación no

voluntaria fuera ejercida por un médico o una enfermera debería contemplarse, a mi juicio, como un agravante, ya que representaría un abuso execrable de la confianza que la sociedad y el propio paciente depositan en los profesionales sanitarios para la lucha a favor de su salud.

Así pues, mi exposición inicial tendrá como premisa que, salvo las cuestiones que sus señorías quieran plantear posteriormente, hablo únicamente, en principio, de algunas consecuencias éticas y jurídicas que, desde mi punto de vista, vale la pena resaltar sobre el reconocimiento como derecho de la eutanasia voluntaria, y entiendo por ello la acción realizada por un médico, a demanda incuestionable del paciente, hecha en pleno uso de sus facultades, de acortar su agonía frente a una muerte inminente e inexorable, agotados todos los procedimientos a su alcance para hacer tolerable el sufrimiento físico o psíquico.

Son muchísimas las reflexiones que se pueden hacer, pero ya que los diferentes expertos citados a esta Cámara han ido apuntando prácticamente todas, me ceñiré a destacar las que hoy me parecen, después de todo lo visto y oído, las más sobresalientes para progresar adecuadamente.

En primer término, la valoración ética de la eutanasia voluntaria tiene condicionantes definitivos absolutamente reconocibles y respetables para todos aquellos que no la creen aceptable en su propia moral o porque comparten la doctrina oficial de la Iglesia u otras confesiones, que sean contrarios a su despenalización o legalización por razones de fe. Pero su reconocimiento jurídico como derecho todos sabemos que no comportaría ninguna transgresión para el moribundo con unas convicciones morales que le impedirían aceptarla, pues los derechos están a disposición de ser utilizados o no según el buen juicio del sujeto de los mismos. Sin embargo, sí cabe destacar en este terreno del respeto a las convicciones que en la acción eutanásica actúa también otra persona, el médico, que debería ser el único capacitado para tal, a mi juicio, y creo, por tanto, conveniente recalcar que, si se reconociera el derecho social a la eutanasia voluntaria, no debería entenderse ésta como una obligación recíproca para un médico concreto. Sin duda, existen médicos cuyos valores no entrarían en conflicto con dicha actuación y podrían practicar la eutanasia, pero jamás una norma de este estilo debe obligar al médico a ir en contra de sus creencias y debe siempre salvaguardarse la objeción de conciencia. Lo contrario comportaría la destrucción de la premisa más sólida para establecer una correcta y necesaria relación médico-enfermo: la confianza y la libre aceptación mutua.

En segundo término, una nueva reflexión sobre el respeto a la vida y, sobre todo, a la vida humana, que es, a mi juicio, el valor fundamental más universalmente identificable para construir una sociedad evolucionada. Debe constituirse, por tanto, como un derecho del individuo reconocible por la sociedad y amparado por la ley y comporta la obligación de ser respetado por todos los demás. Pero, si reflexionamos más allá, hemos de coincidir en que ésta no es la situación inequívoca en nuestras sociedades occidentales y menos aún de otras culturas. El derecho a la vida, que creemos ya garantizado, se reconoce entre noso-

tros demasiado a menudo como un valor condicionado a otros de más difícil conceptualización. La interrupción voluntaria del embarazo plantea dudas de congruencia y, evidentemente, la guerra, por más razones que haya para ella. De forma todavía más escandalosa, existe quien se proclama partidario de la pena de muerte y luego contrario a la eutanasia voluntaria, apelando a la inviolabilidad de la vida.

Creo que en los argumentos éticos utilizados para llegar a posicionamientos concretos debe exigirse absoluta congruencia en todos los casos. Sin embargo, en el caso de la eutanasia voluntaria en un enfermo condenado a corto plazo a una muerte cuya agonía y sufrimiento no puede paliarse, ¿creemos que facilitar el tránsito de manera satisfactoria para la voluntad del enfermo es atentar contra el derecho a la vida? Ésta es la pregunta que debemos contestar. Y al contestarla, creo que deberíamos aceptar que la disyuntiva planteada está entre una muerte anunciada con una agonía insufrible o una muerte acortando un sufrimiento que sólo el moribundo puede calificar. La disyuntiva no es, por tanto, entre vida o muerte, sino entre dos tipos de muerte.

En tercer lugar, como apuntaba anteriormente el Senador Cardona y han hecho otros comparecientes, en el caso de que nuestro ordenamiento jurídico acabara proclamando el derecho a la eutanasia voluntaria, las curas paliativas deberían ser ofrecidas como un derecho anterior y más consistente, que debe ser asegurado al moribundo de forma generalizada. Créanme sus señorías que en la experiencia de todo médico tras un ejercicio dilatado está la solicitud eutanásica de algunos pacientes; no lo duden. Pero tan incuestionable como esta realidad es que la solicitud de eutanasia está directamente ligada a la calidad de vida que pueda ofrecerse al moribundo en cuanto a acompañamiento humano, sanitario y a la paliación o desaparición de los síntomas que le angustian, le atormentan o le incomodan. Sería, pues, absolutamente injusto ofrecer discriminadamente cuidados paliativos a unos privilegiados y eutanasia a los menos afortunados.

En cuarto lugar, me gustaría decir que la profundización en el derecho a la autonomía de las personas para decidir sobre las intervenciones que los médicos o la sociedad puedan creer necesarios sobre su organismo me parece un avance sólido y absolutamente irrenunciable en la evolución histórica de la medicina. En España, la Ley General de Sanidad reconoce el consentimiento informado como un derecho. La necesidad de informar adecuadamente al paciente sobre las opciones terapéuticas existentes y el pronóstico de una forma comprensible y aceptable para su situación debe entenderse para lograr no sólo el cumplimiento formal de la ley, sino también su complicidad en el tratamiento propuesto y el esfuerzo consecuente, y es uno de los avances más destacables de la conceptualización ética del quehacer médico de los últimos años.

En este sentido están orientadas las iniciativas del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya y del Parlament de Catalunya para dotarse de un instrumento capaz de cumplir eficientemente con este precepto ético y legal —me refiero, naturalmente, al consentimiento infor-

mado— en aquellos casos en que el paciente ha expresado su voluntad previamente, por si llega el caso en que no puede decidir por sí mismo dada la evolución de una enfermedad. El documento de voluntades anticipadas tiene un valor en sí mismo dentro de este objetivo y no debe ser entendido como un paso previo que favorezca la adopción de una legislación eutanásica. Es el resultado de una reflexión que acaba en el mismo y que desde sectores tan enfrentados en su valoración de la eutanasia, como son la Conferencia Episcopal Española o la Asociación por el Derecho a una Muerte Digna, se coincide en valorar positivamente su existencia, aunque, naturalmente, discrepan en los contenidos concretos.

El argumento, ya destacado varias veces como falaz, de la pendiente resbaladiza no se justifica, a mi juicio, más que en el miedo de quien no está seguro de poder convencer con sus argumentos y prefiere el inmovilismo a la reflexión. El documento de voluntades anticipadas es un avance claramente aceptable y deseado por la sociedad. Cuando los valores son sólidos, la reflexión sobre sus razones, límites o temporalidad no sólo no los deterioran, sino que los fortalecen al contextualizarlos en una sociedad necesaria y maravillosamente cambiante.

Por último, en cuanto a estas ideas que me parecen básicas, es muy importante conceptualizar el debate sobre la bondad o no de la eutanasia voluntaria, pero el reconocimiento en la ley de dicho derecho contiene dificultades que, a mi juicio, son todavía, si cabe, mucho mayores. Por ello, países donde se ha intentado dar garantías jurídicas a opciones de eutanasia voluntaria se han esforzado aparentemente más en intentar evitar abusos que en reconocer el derecho. Y ello me parece lógico, por varios motivos. El primero es que hablamos de dar cobertura legal a una situación irreversible. No se puede rectificar si se produjera un error y éste sería de la máxima gravedad para el individuo. El segundo es que debe contemplarse que, al existir actuaciones de segundos o terceros, intereses ilegítimos de unos u otros pudieran socavar los derechos del moribundo, al no ofrecerle todas las alternativas anteriores para procurarle una muerte digna o, simplemente, suplantando su voluntad.

Por último, una noticia en un periódico me hizo volver a empezar mis reflexiones sobre la eutanasia, y quiero darles a conocer esta argumentación en forma de anécdota. Sé que sólo es una anécdota, pero, a mi juicio, delata la extrema sensibilidad con que debe tratarse la eutanasia.

El día 9 de enero de 1998, en pleno debate sobre el caso Sampedro, apareció en un periódico comarcal de Barcelona un artículo titulado «La eutanasia, ¿de qué tenemos miedo?» En él, entre otras ideas y razonamientos favorables a la eutanasia, se preguntaba: ¿De qué tiene miedo la gente que es contraria a la eutanasia? Y clamaba en su último párrafo: Es indignante que cuando alguien encuentra su particular versión de la verdad quiera convertirla en ley y aplicarla a todos por igual.

La verdad es que creo que aquella persona no había llegado al fondo de las cuestiones. Imagino que el azar hizo que quien se encargó de ilustrar aquel artículo con una imagen diera respuesta a sus interrogantes. El ilustrador

colocó —supongo que sin conocimiento del articulista— en el centro la fotografía de un joven delgado, sentado en una silla de ruedas, con la mirada perdida, característica de los deterioros severos de la conciencia. Aquel joven, a buen seguro, no podía solicitar voluntariamente la muerte, a la que en su pensamiento le había condenado el ilustrador, porque estos enfermos raramente pueden relacionarse con su entorno para hacer saber sus pensamientos y, por tanto, su voluntad de seguir viviendo o morir. El ilustrador había decidido por él que aquella vida no valía la pena vivirla.

Señorías, como han observado, tan sólo he manifestado algunas de mis reflexiones a 10 de mayo de 1999 sobre algunos de los muchísimos elementos que me parecía podían ayudarles a conformar el resultado final de esta Comisión Especial.

Creo que sus señorías ciertamente tienen por delante una delicada labor, pero quiero animarle una vez más a progresar, pues está consiguiendo ya algo de por sí muy importante, que es un nuevo impulso y clarificación del debate eterno sobre los valores humanos.

Durante el caso de Ramón Sampredo —y cabe insistir que se trataba de otro asunto diferente a la eutanasia, pues era un caso claro de suicidio asistido— brotó en la opinión pública tanta información como desinformación, tantos valores como prejuicios e, incluso, parecía que en ocasiones existía intención de distraer verdades objetivas del conocimiento de la población para reforzar posiciones apriorísticas.

Creo que este debate ahora está siendo callado y sereno, en el cual han surgido y seguirán apareciendo elementos útiles para tomar una decisión acertada. A la vez, sus señorías habrán conseguido poner de relieve que los debates políticos no sólo sirven para airear diferencias de criterios en cuestiones a veces demasiado concretas, sino también para meditar sobre los valores que siguen inspirando un siempre renovado contrato social. Si se quiere, en este debate se puede avanzar mucho más allá del simple informe o incluso del proyecto de ley correspondiente.

A mi juicio, una parte importante de las razones que nos han llevado a ser una sociedad desconfiada de los políticos, en ocasiones demasiado cerrada en el individualismo insolidario, avanzada en lo económico, pero algo desorientada en lo social, cabe encontrarlas básicamente en la falta de debate abierto sobre la vigencia de nuestros valores e ideales.

La pregunta a la que todos debemos contestar no puede ser qué hacer para seguir como estamos, sino qué hacer para no estar mañana donde estábamos ayer. Para situar los valores y los métodos en el eje de nuestra conducta deben cuestionarse y reinterpretarse continuamente; son como la energía que, como todos ustedes saben, ni se crea ni se destruye, pero sí se modifica. ¿Alguien cree que poseemos la libertad, hemos alcanzado la justicia, o vivimos en un mundo solidario? Sólo preguntándonos continuamente sobre la vigencia de nuestros valores, de la sincronía de nuestros comportamientos, equivocándonos, tal vez, y rectificando más tarde, podremos algún día gozar en plenitud de los ideales universales que algunos desean para acercarse

simplemente a una sociedad más justa, feliz y solidaria, y otros creen atributos incompletos de la esencia de un alma que les asemeja a Dios. El fin puede ser tal vez diferente, pero el camino es el mismo y estoy convencido de que este debate está contribuyendo a nuestro progreso social.

Muchas gracias por su atención.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Monset.

A continuación abrimos turno de portavoces.

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

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias, señora Presidenta.

Sólo quiero agradecer la exposición y las reflexiones aportadas por el señor Monset y, en todo caso, remarcar su opinión de que hay que establecer el derecho a unos cuidados generales para todos antes de empezar con otro tipo de derechos.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Martiarena.

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

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

Quiero agradecer al doctor Monset su comparecencia y su exposición. Ha empezado definiendo y acotando la terminología de la eutanasia, a la que sólo ha puesto un adjetivo, «voluntaria», prescindiendo de todo lo demás. Y es de agradecer porque una condición «sine qua non» es que la petición sea explícita ya que de otra forma estaríamos ante un homicidio, aunque fuera por compasión. Usted ha hablado, desde el punto de vista jurídico, incluso de asesinato, creo haber entendido.

Dentro de este concepto, para ir concretando y acotando terminología porque, si no, parece que hablamos de cosas diferentes, yo le preguntaría: ¿Es imprescindible que el enfermo sea terminal? Lo volveremos a preguntar esta tarde porque nos interesa saber qué opinan los comparecientes aunque sea reiterativo por nuestra parte, ya que la contestación no es siempre la misma. La Ley de Australia, derogada posteriormente, sólo afectaba a enfermos terminales, no a crónicos ni a tetraplégicos. Está claro. La Ley se expresaba en estos términos. Por tanto, yo lo sometería a su consideración.

Usted ha hablado en su definición de enfermos terminales, pero yo doy un paso más y le pido que concrete si no debería afectar a crónicos y a tetraplégicos. Después ha sido muy claro al hablar del tetraplégico de Galicia, el señor Sampredo, en el sentido de que aquello no fue una eutanasia, sino una ayuda al suicidio.

En cuanto a la definición, tal vez sería interesante añadirle la intencionalidad previa de la actuación del equipo sanitario, del médico, porque de esta forma acotamos más

la terminología. Si damos sedantes, calmantes, todo el arsenal terapéutico del que disponemos si está indicado y, con ello, acortamos la vida del enfermo, ¿es o no es eutanasia, o entra dentro del concepto de eutanasia?

Ha dicho que la eutanasia no es una disyuntiva entre la vida y la muerte, sino en las formas, y que cuando se aplican cuidados paliativos al alcance de todos los enfermos la petición de eutanasia baja. Me parece que hemos oído alguna vez por parte de los paliativistas —por decirlo de alguna forma— que las peticiones de eutanasia alcanzaban sólo un 0,3 por ciento, y durante más de un año de vigencia de esta Ley en Australia sólo se produjeron cuatro prácticas de eutanasia.

Me gustaría que profundizara en los avances del derecho de la autonomía con el consentimiento informado y con el documento de voluntades anticipadas, que la Asociación para una muerte digna conceptúa como documento vital, en tanto que, como Presidente de la Comisión de Bioética de la Consejería de Sanidad, participó en la redacción de este documento que, en cierta forma, modificó el nombre, a petición del Parlament de Catalunya por unanimidad. En este sentido quisiera someter a su consideración que este documento tal vez no pueda prever todas las situaciones, por ejemplo, cuando el enfermo no pueda expresarse, porque todas no son previsibles, y esto en cierta forma puede evitar la obstinación terapéutica. Aquellos casos en los que se puede decidir desconectar o conectar aparatos ¿entran dentro de lo que podríamos entender como eutanasia? Si tenemos la certeza —toda la que se puede tener con la medicina actual— de que no hay posibilidades de volver a una vida que no sea vegetativa, ¿se debe desconectar o no conectar? Me refiero a posiciones límite.

Me gustaría también que profundizara en el papel del fedatario, si está contemplado en el documento que la Consejería de Sanidad, a instancias de la Comisión de Bioética, envió al Parlamento.

Finalmente, quiero someter a su consideración algo que en cierta forma ya ha sido mencionado por el compareciente anterior. Lo que falla es la relación médico-enfermo que hoy día ya no es tal, porque el equipo sanitario es pluridisciplinar y el enfermo, no siempre, pero comúnmente, está dentro de un entorno, que es la familia, en cuyo seno muchas veces hay miembros que pueden pensar de una forma o de otra, y la toma de decisiones tiene que ser consensuada entre las tres partes. Por tanto la pregunta concreta es: ¿qué es lo que pueden aportar tanto el consentimiento informado, como el documento de voluntades anticipadas?

Dentro de la Comisión tendríamos que consensuar qué es lo que entendemos por eutanasia, porque me parece que a veces, no sólo los comparecientes sino incluso los comisionados, no hablamos del mismo concepto de eutanasia. Ya ha dicho que una condición indispensable es que sea voluntaria, es decir que se pida, porque si no sería homicidio. Y por último querría saber la relación del testamento vital con el derecho de autonomía del propio paciente.

Reitero el agradecimiento por su comparecencia y su exposición.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona. Por el Grupo Parlamentario Socialista, el Senador Gibert tiene la palabra.

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

Quiero agradecer al señor Monset su intervención. Voy a ser breve, entre otras razones, porque comparto sin reservas las reflexiones que nos ha hecho, aunque quiero referirme a dos aspectos.

En el terreno de los valores humanos, a los que se ha referido usted, en última instancia estamos tratando de un tema de libertad individual. Desde un punto de vista egoísta se podría explicar así: ante determinados supuestos imaginables me gustaría, en primer lugar, estar lúcido y, en segundo lugar, tener todo un menú de opciones. Pero esto no es lo relevante socialmente, sobre todo teniendo en cuenta que hay poquísima petición de eutanasia sin adjetivos, tal como usted decía, y además porque en última instancia es muy difícil arbitrar este derecho.

Lo relevante hoy socialmente —lo tenemos afortunadamente acotado en esta Comisión gracias a lo que hemos aprendido a lo largo de meses— es qué se hace para que los cuidados adecuados a las personas que están en trance de agonía o de enfermedad terminal —lo he dicho antes, pero lo repito— se conviertan en un derecho general y no aleatoriamente satisfecho, que es sobre lo que debería versar el informe, necesariamente consensuado, que elabore esta Comisión.

Pregunto al compareciente, por una parte, si le parece acertado este enfoque y, por otra, si en alguna medida nos pudiera avanzar las cosas que se pueden hacer en este sentido.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Gibert.

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

El señor BELLIDO MUÑOZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Agradezco al señor Monset su intervención, la aportación que evidentemente hace a los trabajos de esta Comisión, y el ánimo que nos da a los miembros de la misma en los trabajos que aún nos restan, que son amplios.

Ha dicho —y es cierto— que esta Comisión se creó en base a una inquietud ciudadana existente, que estuvo muy relacionada con la muerte de Ramón Sampederro, que coincidió con el criterio de que no se trataba de un caso de eutanasia propiamente dicho, sino de asistencia al suicidio.

En este momento, transcurrido ya más de un año, tengo muy serias dudas sobre la existencia real de esa inquietud en la sociedad, dudas que, además, se ven corroboradas de alguna manera en las encuestas en las que este elemento se introduce, en las que parece que realmente no interesa de una manera clara a la ciudadanía, aunque lógicamente esto no nos va a hacer desistir en este empeño.

No sé si el doctor Monset comparte el criterio de que la población está preocupada no tanto por la problemática de

la eutanasia como, a lo mejor, por la posibilidad de despenalizarla y encontrarse en una situación de conflictividad en sus últimos momentos de vida.

Lo que más me ha llamado la atención de la intervención del doctor Monset ha sido su apreciación sobre el término «pendiente resbaladiza», descalificando de alguna manera a aquellos que lo puedan utilizar como argumento. Por esta Comisión han desfilado grandes expertos en bioética que también eran expertos en jurisprudencia, grandes profesionales de la sanidad, que desde su propia experiencia utilizaron en muchas ocasiones este planteamiento de la pendiente resbaladiza, no en tanto en cuanto no estuviesen seguros de sus propios criterios, sino en cuanto al uso que la sociedad pueda hacer en el futuro de esa posible legislación y de la protección de los derechos individuales de la persona, como el derecho a la vida.

Y no sé si está hablando de una utopía cuando se refiere a dos tipos de muerte y sitúa su defensa de la eutanasia en los casos del ciudadano que, ante la inminencia de la muerte y superados todos los recursos para evitarle el dolor, la solicita. Aquí se nos ha dicho que casi en la totalidad de los casos la ciencia médica dispone de medidas paliativas, cuando no medidas que eliminen de una manera total y absoluta ese dolor. En cualquier caso, a la vista de ese planteamiento, quedaría por determinar qué entendemos por inminencia o quién determina la inminencia a la hora de morir y los gradientes de dolor, y no sólo físico, que posiblemente puedan ser determinados, porque partiendo de ese planteamiento y con una visión amplia y no excluyente, también tendríamos que hablar del dolor psíquico, de la imposibilidad de eliminar ese dolor psíquico y de un dolor psíquico que puede que no aparezca, única y exclusivamente, horas, días o meses antes de la muerte física, sino que puede aparecer años antes. Siguiendo este criterio, a lo mejor, hemos de estudiar la posibilidad de aplicar la eutanasia a esos pacientes.

A mi Grupo le ha suscitado dudas importantes su intervención. Quisiéramos saber qué opina sobre el papel que el actual Código Penal puede jugar, en qué términos lo modificaría su propuesta y si cree que la propia independencia de los jueces, a la hora de interpretar las leyes, actuaría como un elemento positivo en aquellos casos de asistencia terminal a un paciente que, de alguna manera, avanzaran por el camino de facilitar una muerte digna.

Nada más, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Bellido.

Doctor Monset, es su turno de palabra.

El señor DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS SANITARIOS DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA (Monset i Castells): Muchas gracias, señora Presidenta.

El Senador Cardona quería saber mi opinión sobre si la intencionalidad era una condición «sine qua non»; si estábamos hablando, única y exclusivamente, de aquella actuación en la cual se busca claramente la muerte del paciente, no en la que se busca paliar el dolor e indirectamente se consigue adelantar la muerte del paciente.

En mi exposición he intentado decir lo mismo que está planteando él. La eutanasia debe entenderse, única y exclusivamente, como esa situación. Una situación en la cual se busca el bien del paciente, pero se consigue secundariamente adelantar su muerte no me parece un acto eutanásico. Así lo reconocen, además, los códigos deontológicos y, en general, la sociedad que cree que ésa es una conducta adecuada de los médicos. Otra cosa sería que alguna persona fuera demandada y pudiera encontrarse con problemas judiciales. Pero desde el punto de vista ético el planteamiento debería ser éste.

En cuanto a la extensión o no de la eutanasia, en los términos que yo la concibo, a enfermos crónicos o tetrapléjicos, he intentado decir que en ningún caso; la eutanasia, desde mi punto de vista, es un término que va ligado a una situación terminal del paciente, de muerte inminente o vinculada a ese momento en que la ciencia médica cree que no puede hacer absolutamente nada más para mejorar la situación de un paciente para el que, a partir de un día o, incluso, de una hora, las cosas no solamente no van a poder mejorar, sino que van a ir empeorando irremisiblemente hasta llegar a una muerte, en general, extremadamente próxima.

El Senador Cardona me pedía que comentara cómo se ha planteado el documento de voluntades anticipadas que la Consejería de Sanidad presentó en el parlamento de Cataluña y que el parlamento de Cataluña, a través de una Comisión y con el acuerdo de todos los grupos, va a intentar llevar adelante de una manera consensuada.

En mi exposición he intentado ligarlo claramente con el hecho de que si reconocemos consentimiento informado, es decir, la capacidad como derecho del paciente de ser informado de cuál es su situación en todo momento para poder consentir o no sobre las terapias que se le ofrecen, si la situación es tal —como sucede en ocasiones— que el paciente no puede expresar libremente sus decisiones, cabe la posibilidad de que un documento escrito con anterioridad por este paciente, con garantías suficientes para que no pueda haber dudas de su legalidad, de la voluntariedad y razonabilidad con la cual ha estado escrito, cabe pensar —digo— que un documento de este tipo lleve este derecho reconocido por nuestra Ley General de Sanidad a algunos casos en los que en estos momentos puede ser imposible; pues lo que se acostumbra a hacer —en este sentido hablaba el Senador Cardona— cuando un paciente está en una situación en la que no puede expresar su voluntad y los médicos creen que se le debe someter a unos tratamientos determinados —me estoy refiriendo siempre a situaciones muy graves, críticas, etcétera— es acudir a la familia que es la que acaba decidiendo por el paciente. Se consulta a la familia y lo que sucede realmente es que la familia muy pocas veces no acaba consintiendo el criterio que le adelanta el médico.

Por lo tanto, creemos que pueden existir documentos que sean generalizables donde las voluntades anticipadas del paciente queden escritas, de tal manera que sean claramente identificables por los médicos. Esta práctica extenderá un derecho, que ya está reconocido, para aquellos casos en los cuales el paciente no puede manifestarse.

Eso, a nuestro juicio —así se recalca en el documento y en la exposición que hizo el Conseller de Sanitat ante el Parlamento—, no tiene forzosamente nada que ver con la posible legalización o despenalización de la eutanasia, puesto que un documento de este tipo no puede saltarse de ninguna manera la legalidad vigente. En estos momentos, dado que el hecho eutanásico está penado por la ley, ni el médico ni el paciente podrían saltarse esta legalidad. Por eso decía que este documento es independiente del tema del que estamos hablando, aunque hay quien cree que pueden tener algo que ver. Sin embargo, he intentado aclarar por qué creemos que no tiene nada que ver. Sencillamente es la prolongación de un derecho ya reconocido.

El Senador del Grupo Parlamentario Socialista entendía que el derecho o no a la eutanasia era una cuestión de libertad individual y me reclamaba que diera algunas indicaciones para llevar a la práctica adecuadamente este derecho. Me parece que, desgraciadamente, no le voy a poder dar muchos más datos, entre otras cosas, porque he intentado decirle que seguramente hay que dar muchos pasos previos antes de lograr este derecho.

Al Senador del Grupo Parlamentario Popular, que ha entendido que en mi disertación realizaba una defensa de la eutanasia, debo decirle que no he intentado justificarla, puesto que la eutanasia no puede defenderse en abstracto, sino en concreto, y mucho menos puede defenderse una ley de despenalización o una ley de derecho a la eutanasia sin conocer bien la misma porque, como decía anteriormente, los problemas que puede plantear la aceptación de una ley eutanásica son extremadamente complejos, y prueba de ello son las dificultades con las que se encuentran y las maneras tan curiosas que países que han intentado acercarse a este problema han utilizado para despenalizarla, o para conseguir que en aquellos casos en que pudiera estar indicada, que son pocos, pudiera realizarse sin penalizar a las personas que la llevaran a cabo; es decir, que no hubiera abusos, que sería una de las consecuencias extremadamente graves de leyes que fueran demasiado laxas y que pudieran dar pie a los mismos.

Por tanto, al Senador del Grupo Parlamentario Socialista me temo que voy a tener que contestarle que desgraciadamente van a tener que ser ustedes los que busquen la manera de adelantar en este derecho pero estoy absolutamente convencido de que éste es un camino en el que se debe andar muy lentamente, con mucho cuidado, y en el que la prudencia es una buena aliada.

El Senador del Grupo Parlamentario Popular manifestaba sus dudas sobre la inquietud que existe en la sociedad respecto a la eutanasia. La diferencia entre lo que usted planteaba y lo que yo pienso, viene dada por el hecho de que efectivamente si a los ciudadanos se les pregunta cuáles son las cuestiones sanitarias o sociales que más le preocupan, muy difícilmente contestará que una de ellas es el hecho eutanásico. Pero todos sabemos que la muerte conforma uno de los tabúes psicológicos más elementales en nuestro esquema mental y, por tanto, es una cuestión que sólo si uno se encuentra con la necesidad de reflexionar a este respecto acostumbra a reconocer que le inquieta. ¿Cómo vamos a pensar que la muerte no nos inquieta? Se-

ría absolutamente irracional la persona a quien no le preocupara la muerte.

Como he dicho antes, soy médico, he ejercido la medicina durante muchos años y pienso que todos los médicos hemos pasado por situaciones en las que los pacientes, dada su situación nos han solicitado que acabáramos con su sufrimiento. Me parece que la inmensa mayoría de los médicos han pasado por esta experiencia. Cuando surgió el caso Sampedro, las publicaciones que aparecieron se debían ni más ni menos que a la manifestación consciente o inconsciente de la liberación de este tabú. Cuando un médico se encuentra en una unidad de cuidados intensivos hablando con los familiares se da cuenta de que a éstos no sólo les preocupa tremendamente la situación en la que se halla este familiar, sino que reflexionan y empiezan espontáneamente a decir: Doctor, si yo me encontrara en una situación similar, haga esto o lo otro, desconecte, no siga adelante, etcétera.

Sinceramente pienso que la cuestión de la muerte y el morir adecuadamente, con dignidad, interesa mucho a la gente y debe ser una inquietud, tal y como han manifestado ustedes al aceptar este debate, que debe resonar entre estas paredes.

Su señoría ha entendido el argumento de la pendiente resbaladiza como una descalificación por mi parte. Aunque he intentado leer todas las comparencias, sólo he podido hacerlo por encima. No quería descalificar con ello a ningún ponente o a quien pudiera haberlo utilizado. Simplemente me refería a que tal y como yo lo entiendo, y de hecho así consta en muchos libros, la mayoría de éticos, bioéticos y filósofos consideran falaz el argumento de la pendiente resbaladiza. Es decir, desde el punto de vista ético, este argumento viene a decir que existiendo un hecho deseable que podemos llamar a), si éste nos lleva irremediamente a aceptar otro hecho diferente que podemos llamar b), no debe aceptarse el primero puesto que conduce al segundo que no es deseable. Eso es lo que se entiende por el argumento de la pendiente resbaladiza. Está claro que entre dos hechos nunca existe una necesidad insalvable de consecuencia. Nunca dos acciones diferentes son consecuencia irremediamente la una de la otra y, por tanto, si una acción es buena, existen peligros pero no la contundencia de que alguien, a través de ella, pudiera intentar llegar a una segunda. Y si lo creemos bueno, porque la idea de alguien pudiera llevarnos hacia otro camino, no deja de ser bueno en sí mismo. Por tanto, lo que es bueno lo es en sí mismo y no en función de los efectos que pueda producir en otras acciones. Esto es a lo que me refería. Pienso que la mayoría de éticos entienden que este argumento no puede utilizarse adecuadamente.

He comentado anteriormente a su señoría que no intentaba defender la eutanasia. Simplemente quería hacer algunas consideraciones que me parecían objetivas y que pienso se encuentran al alcance de cualquier persona que conozca estos temas y que desee enfocarlos sin prejuicios. No me atrevería nunca a señalarles a ustedes el camino que deben tomar con estas reflexiones. Me parece que se debe profundizar en la posibilidad de dar salidas a derechos que

pueden constituir un avance respecto a situaciones que tenemos en la actualidad.

Usted tenía dudas sobre dos cuestiones: quién decide la inminencia de la muerte y quién decide lo que es un dolor físico o psíquico insufrible. En este caso, la contestación debe ser sencilla puesto que la inminencia de la muerte no se trata más que de un pronóstico o un diagnóstico cuya competencia corresponde a los médicos, y que en general, créame su señoría, si los médicos son adecuados —y hemos de pensar que así es— es un diagnóstico muy fácil de hacer. No me estoy refiriendo a situaciones en las cuales uno diagnostica una enfermedad que piensa que acabará con la vida de aquella persona al cabo de un tiempo, sino a una situación de agonía, una situación terminal debido a enfermedades determinadas que están bien explicitadas. El citado diagnóstico o pronóstico —repito— es relativamente fácil de hacer, y sin duda el único que está facultado para decidir hasta qué punto el dolor físico o psíquico es inaguantable es el mismo paciente, porque los demás nunca sabemos cuáles son los sentimientos ni el grado de alteración de las terminaciones nerviosas del dolor en dicho paciente. Por tanto, debemos fiarnos de su manera de pensar. Ello no impide, desde mi punto de vista, que los médicos y los equipos sanitarios deban hacer todo lo posible para que este padecimiento físico y psíquico pueda ser paliado, consolado o cualquier otra cosa que se pueda hacer. Pero éste es mi criterio y así lo he identificado en más de una ocasión de manera personal: existen ocasiones en las que desgraciadamente no se puede hacer nada más para ayudar al paciente.

Me preguntaba cuál era mi opinión sobre la posibilidad de modificar o dejar tal y como está el Código Penal. Creo que el actual Código Penal representó en su día un relativo avance en cuanto a estos temas, sin embargo, no puedo posicionarme sobre una modificación que no conozco. Como he dicho antes, debería saber en qué consiste la modificación para manifestar mi opinión al respecto. Por tanto, cuando sea presentada me tendrá a su disposición para mostrarle mi opinión, pero en estos momentos no puedo dársela.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Monset.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (*El señor Gibert i Bosch pide la palabra.*)

Senador Gibert, tiene la palabra en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

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

Intervengo tan sólo para lamentar que, otra vez, haya vuelto a expresarme mal, pero probablemente los lunes por la mañana estoy más espeso que de costumbre.

Me he referido a que, en última instancia, es una cuestión de libertad individual, y me he mostrado partidario del menú completo. A continuación, he pretendido argumentar —y seguramente lo he hecho mal— que no me parecía lo más relevante socialmente en este momento; es más, he

dicho que no existe necesidad de prolongar el debate en esa dirección, sino que, por el contrario, habría que acortarlo lo más posible a lo que, en definitiva, es el contenido de mi pregunta, que es saber cómo se consigue que los cuidados adecuados —por lo tanto, casi excluyendo del debate la eutanasia, tal como usted la describía— se conviertan en un derecho general y no que se administren aleatoriamente. Eso es lo que nos preocupa en este momento al conjunto de la Comisión. También me gustaría saber si este enfoque le parece adecuado, así como que nos diese alguna concreción más sobre cómo se está avanzando en este sentido.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.
Doctor Monset, tiene la palabra.

El señor DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS SANITARIOS DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA (Monset i Castells): Senador, seguramente el que esté espeso sea yo al no haber entendido cuál era su pregunta.

Efectivamente, creo que antes de plantear posibles situaciones es de justicia generalizar los cuidados paliativos. ¿Cómo se hace esto? De muchas maneras. Seguramente, la primera sea que los que tienen capacidad de decidir, que son los políticos, tomen conciencia social de que se trata de una prioridad y, por tanto, generalicen el conocimiento, la enseñanza, las unidades dirigidas a los cuidados paliativos, las unidades de atención domiciliaria, etcétera.

Como su señoría sabe, en Cataluña existe un programa —que ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como programa distinguido— para hacer posible la generalización de estos cuidados. Se trata básicamente de crear unidades específicas de cuidados paliativos en los centros hospitalarios —y en estos momentos están generalizadas en muchos hospitales de la red de utilización pública catalana—, así como de generalizar los llamados PAGES, que son equipos de atención domiciliaria especializados en geriatría, en cuidados a enfermos crónicos y en intentar paliar el dolor. Estos equipos, que significan un complemento muy importante para todos aquellos pacientes que no pueden estar ingresados en los centros hospitalarios porque la evolución de su enfermedad es prolongada y, por tanto, un internamiento no tiene sentido o tendría unos costos excesivamente altos y poca utilidad, se han planteado para complementar la atención que los enfermos crónicos domiciliarios, encamados en su domicilio, reciben de los equipos de atención primaria, y la experiencia ha sido muy positiva.

También se ha hecho otro tipo de intervenciones, a la espera de generalizar esta cultura de los cuidados paliativos, promoviendo lo que se han venido en denominar UFISS, unas unidades interdisciplinares dentro de los hospitales que todavía no tengan en funcionamiento un servicio de cuidados paliativos, de modo que sean una, dos o tres personas las que atiendan a determinados enfermos en los diferentes servicios, sin necesidad de que exista un servicio concreto destinado a tal fin; así, pueden ser atendidos aquellos enfermos que requieren de este tipo de interven-

ciones y que están en hospitales que no cuentan con unidades especializadas.

Yo soy absolutamente partidario de generalizar y entiendo que los cuidados paliativos son parte importante de los derechos que los ciudadanos tienen hoy en día. Por tanto, estoy a disposición de sus señorías para facilitarles todas las iniciativas planteadas y llevadas a cabo en Cataluña, que, aunque puedan tener algún defecto, han representado un gran avance en este sentido.

La señora PRESIDENTA: ¿Alguna otra intervención? (*Pausa.*)

Entonces, tan sólo me resta darle las gracias al doctor Monset i Castells por su intervención y por los muchos ánimos que nos da para continuar con nuestro trabajo.

Señorías, concluimos la sesión de la mañana y les convoco para las dieciséis y treinta horas.

Se suspende la sesión.

Eran las doce horas y cuarenta minutos.

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

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

— DEL DOCTOR PHILIP NITSCHKE (715/000290).

La señora PRESIDENTA: Corresponde tratar el último punto del orden del día de la sesión prevista para hoy.

En este sentido, quiero dar la bienvenida a esta Comisión, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, al Doctor Philip Nitschke, nacido en el sur de Australia y doctorado en las Universidades de Adelaida y de Flinders. Actualmente, trabaja en la Fundación de la primera clínica de información sobre la eutanasia en Melbourne.

Sin más, el Doctor Nitschke tiene la palabra para dirigirse a los miembros de la Comisión.

El Doctor PHILIP NITSCHKE (de la Fundación de la primera clínica de información sobre la eutanasia en Melbourne): Gracias.

Voy a comenzar haciendo una pregunta que será muy importante, en mi opinión, para todas las personas interesadas en el tema de la eutanasia. La pregunta es la siguiente: ¿Se puede elaborar una ley para la eutanasia voluntaria? ¿Puede elaborar el Parlamento una ley que aborde las necesidades de los enfermos terminales y que, al mismo tiempo, proteja a los inocentes? Voy a utilizar nuestra experiencia en Australia para intentar responder a esta pregunta. Demostraré que, en mi opinión, sí se puede elaborar una ley que funcione bien, una ley que proteja a los inocentes y permita a los enfermos terminales paliar sus sufrimientos.

En cuanto a la ley sobre la eutanasia en los territorios del Norte, en Australia tiene la siguiente historia: En 1995,

el líder del Gobierno de aquellos territorios indicó que le gustaría introducir una ley de estas características. Se debatió muchísimo en el Parlamento de los territorios del Norte, un Parlamento muy pequeño, que sólo tiene 25 escaños. Durante aquel debate se habló muchísimo del hecho de que los médicos australianos estaban totalmente en contra de una ley de estas características. La mayor parte de la oposición provino del Colegio de Médicos australianos, así como de la Iglesia. En aquel entonces yo era médico. Trabajaba en los territorios del norte, en el Northern Territory, y me molestó muchísimo esta oposición por parte del Colegio de Médicos, considerando lo popular que era la ley en cuestión.

Antes de que se votara esta ley en los territorios del norte, se hizo una encuesta entre toda la población australiana, a nivel nacional, sobre la eutanasia, cuyos resultados se exponen en la transparencia que pueden observar. Lo más importante de estos resultados es que muestran que la comunidad en general, las enfermeras y los médicos, tenían actitudes muy distintas ante esta ley. Podemos decir que el 79 por ciento de la comunidad en general apoyaba la ley y solamente el 35 por ciento de los médicos la apoyaban. Los médicos estaban en una posición muy distinta a la de la comunidad, lo que no ocurría en el caso de las enfermeras, mucho más sincronizadas con la opinión general.

La ley entró en vigor en julio de 1996. Se llamaba Ley de los derechos de los enfermos terminales y se aprobó por una votación de 13 a 12; estamos hablando de 25 escaños. Se trató de una lucha bastante amarga el conseguir que se promulgara ya que, sobre todo, enfrentaba la posición de la Iglesia y la de los médicos.

Cuando se promulgó había cambiado ya bastante en comparación con el borrador original. Se había convertido en una ley muy «medicalizada», por decirlo de alguna forma, puesto que había un temor muy claro, el temor de que los más débiles de la sociedad pudiesen estar en una situación vulnerable y, por tanto, se quería incluir a un gran número de médicos que asegurasen los derechos de estos pacientes. Marshall Perrin, que fue el líder del Gobierno de los territorios del Norte que propugnó esta ley no quería una legislación tan «medicalizada», no le parecía bien que tuviese que someterse a los pacientes a un examen, a un reconocimiento para ver si tenían o no derecho a acogerse a ella, no pensaba que los enfermos australianos tuviesen que pasar una especie de examen frente a los médicos para ver si tenían derecho o no a morir. Así, cuando se promulgó la ley en su versión definitiva, en virtud de la misma hacía falta que cuatro médicos examinasen al paciente y firmasen un documento antes de que se le diera a aquél el derecho de acogerse a la misma, la primera ley de estas características en el mundo, la ley de los territorios del Norte.

Asimismo, considerando, además, la oposición de la clase médica, era muy difícil su supervivencia. No obstante, se promulgó, y el 22 de septiembre de 1996 el primer hombre del mundo que murió acogiéndose a la eutanasia voluntaria fue mi paciente Bob Deut. Tenía cáncer de próstata y después de superar bastantes dificultades conseguí que tres médicos y yo mismo autorizásemos su solicitud. El día elegido por esta persona fui a visitarle a su casa,

pulsó un botón de una máquina que yo había construido, después de lo cual se le administró una inyección letal y el paciente murió pacíficamente en los brazos de su mujer. Ésta fue la primera experiencia de la aplicación de esta ley. Después, cuatro personas más se acogieron a ella, los cuatro pacientes míos.

Ahora bien, esta ley se enfrentaba a una enorme hostilidad y a una gran oposición de grupos concretos de la comunidad australiana, oposición que culminó en su derogación en abril de 1997 por el Gobierno Federal de Canberra. Por tanto, la ley sólo estuvo en vigor durante nueve meses y únicamente cuatro personas, todos ellas pacientes míos, pudieron acogerse a la misma.

La derogación de la ley de los territorios del Norte se realizó acogiéndose a una anomalía constitucional que me gustaría explicarles. Los territorios del Norte no son un Estado australiano y no tienen la misma protección legislativa que disfrutaban los seis Estados restantes de Australia, por lo que no pueden promulgar su propia legislación, que tiene que recibir la autorización del Parlamento federal. Debido a esta autorización, la votación realizada en el Senado australiano en Canberra dio como resultado la derogación de esta ley, una derogación por dos votos, cuando estamos hablando de un Senado de 120 escaños.

A continuación, quiero referirme brevemente a lo que ha ocurrido desde entonces. La ley funcionó muy bien mientras estuvo en vigor. Ahora no hay ley que cubra este aspecto. Hemos vuelto a lo que describo como una jungla, como la selva, y las personas que actualmente necesitan ayuda porque son enfermos terminales y han pedido una y otra vez acogerse a una ley de estas características, enfermos que además han tenido acceso a buenos cuidados terminales, a una buena atención paliativa, personas que no están deprimidas, personas que están en las condiciones reflejadas en la ley derogada, no pueden recibir ayuda legalmente. Los médicos que quieren prestársela se exponen a riesgos muy graves.

Voy a mostrarles otra transparencia, la de un paciente que cumplía los requisitos establecidos en la ley de los territorios del Norte, pero el Senado la derogó antes de que esta enferma terminal se pudiese acoger a ella. La única forma en la que yo pude ayudarla —y en la que muchos encuentran ahora atención en nuestra sociedad, en Australia— fue dándole una infusión de fármacos durante varios días, que la mantuvieron inconsciente hasta que, al final, murió.

El argumento que yo esgrimi frente a la policía, fue que la estaba tratando para paliar su dolor, administrándole morfina y manteniéndola inconsciente hasta que expiró. Esto se llama eutanasia lenta y es legal en mi país. Supongo que aquí en España también lo es. Como médico yo no estoy matando a la paciente, sino tratando, paliando el dolor. Sin embargo, esto es hipocresía, pues estamos atiborrando de fármacos al paciente hasta que llega la inconsciencia y, después de una serie de días, a veces varias semanas, muere. Ésta es la situación actual.

Yo diría que en función de la experiencia australiana hemos visto que se puede elaborar una legislación que funcione. Nunca antes había habido unas leyes de estas caracte-

terísticas en ningún país del mundo. Nosotros tuvimos una en Australia y demostramos que podíamos servir perfectamente a los intereses de los enfermos terminales.

Ahora hablaré brevemente de la batalla que, en el campo de la eutanasia, se ha librado desde entonces, no solamente en Australia, sino en todo el mundo, a medida que se intenta establecer quién tiene razón y quién no. Este argumento se ha desarrollado en varios Parlamentos, en varios países del mundo. Se han hecho intentos de revisar bastantes artículos en las publicaciones científicas, en la literatura médica de todo el mundo. En nuestro propio caso, en Australia, hubo una publicación, de la que yo fui coautor, que resumía la situación en Australia. Lo publicamos en el «Lancet Medical Journal» de New England. Vimos que los siete pacientes que se habían acogido a esta ley en los territorios del Norte tenían cáncer, la mayor parte en estado terminal. Tres estaban aislados socialmente, con síntomas de depresión. Estos síntomas eran comunes a todos los pacientes. Algunos aplazaron su decisión. Esta ley provocó también varios problemas a los médicos que participaron en su aplicación. Fue el único resumen que se ha publicado en un artículo, en el que colaboré con uno de los profesionales más conocidos que se oponen a la eutanasia.

Quiero hablar brevemente de estos artículos que se han ido publicando, puesto que a medida que esta Comisión revise el problema, se van a ir publicando más y más artículos a favor o en contra de la eutanasia. Quiero remitirme a un artículo que se ha publicado recientemente en el «Lancet». Creo que no podrán verlo ustedes, por lo que lo voy a leer yo. El artículo en cuestión tiene un mensaje muy claro: que las publicaciones científicas pueden ejercer una influencia muy importante en los asuntos públicos. Los artículos que se publiquen en publicaciones respetables —entre comillas— y que luego comenten los medios de comunicación pueden cambiar totalmente la situación, el marco legal. Se ha librado una batalla para que los artículos se publiquen en las publicaciones más respetadas del mundo médico para demostrar un punto de vista u otro.

Me gustaría referirme a la experiencia holandesa. Hay dos legislaciones en el mundo donde ya ha habido experiencia en eutanasia, Holanda y el Estado norteamericano de Oregón. Quizá sepan ustedes que en Holanda se ha despenalizado esta práctica. Se ha revisado en dos ocasiones. Son estudios que encargó el Gobierno holandés, que se han publicado y debatido ampliamente en la bibliografía y publicaciones internacionales. El más reciente fue en 1996, publicado en el «New England Medical Journal». El editorial de esta revista decía que sería muy difícil interpretar estos hallazgos como el descenso a la depravación. La preocupación es que a medida que la aplicación se haga más general, bajarán los listones y, más tarde o más temprano, las personas que no quieran acogerse a una eutanasia voluntaria se verán obligadas de una forma u otra a optar por una inyección letal.

Sin embargo, esta experiencia no ha sido la de Holanda, según los dos informes gubernamentales a los que me he referido anteriormente. Ahora bien, para demostrar lo que yo quiero, muchos han evaluado la experiencia de los territorios del Norte, la de Holanda y la de Oregón y han pu-

blicado artículos al respecto. En el informe más reciente sobre la experiencia holandesa, en un artículo publicado el año pasado en el «Journal of Medical Ethic», en la revista de ética médica, de deontología médica, los autores que se oponían a la eutanasia voluntaria escribieron que en una clara mayoría de los casos de eutanasia sin o con petición no se da parte ni se verifican, no hay oportunidad para que haya un escrutinio oficial y, por tanto, las afirmaciones de los holandeses respecto a que revisan todo son vacuas. Parece que es una indicación de que los holandeses se han introducido o han caído en la depravación. Ahora bien, los autores de este artículo son conocidos en todo el mundo como personas hostiles a la eutanasia y en la editorial de esta misma publicación se dice que estas investigaciones serían extremadamente útiles si las actitudes de los investigadores hacia la eutanasia no afectasen al diseño, al desarrollo, a la interpretación de esos estudios. En todo el mundo los medios de comunicación —por ejemplo, éste o un periódico australiano— dicen que los médicos están ayudando a los pacientes a morir sin su permiso. Es decir, lo que se publica en una publicación médica acaba apareciendo en la prensa de todo el mundo, supongo que incluyendo la española. Ésta es una única faceta de un argumento extremadamente complejo, que se ha agrandado por parte de los que están en contra de la eutanasia.

Para concluir, quisiera referirme al estudio del Estado de Oregón. Supongo que ya recibirán ustedes información de Oregón, cuya legislación es muy parecida a la que existía en los territorios del Norte australianos, con una excepción, que esta legislación lleva en vigor más de un año, mientras que la nuestra sólo duró nueve meses y hasta la fecha 23 personas han recibido autorización para que se les administre una medicación letal, utilizándola 15. El primer informe demuestra que el criterio más importante no es el sufrimiento y el dolor, puesto que los cuidados paliativos pueden eliminar estos problemas, sino que más bien son preocupaciones sobre pérdida de autonomía y control de funciones vitales, lo que lleva a las personas a la eutanasia en países sin legislación, como Australia. Los médicos se ven obligados a infringir las leyes para ayudar a sus pacientes. Ahora hay una serie de médicos en las cárceles de todo el mundo. De hecho, hay cuatro. Dos están en la cárcel, yo los conozco, y otras personas lo están por haber ayudado a enfermos terminales, lo que lleva a los médicos y a otras personas preocupadas por sus allegados, porque son enfermos terminales, a una postura imposible. En referencia a la situación en Sudáfrica, Desmond Tutu dijo que infringir una ley injusta es un imperativo moral, no infringir una ley inmoral es colaborar con ella. Yo creo y siento que veremos más ejemplos de transgresión de estas leyes hasta que los Parlamentos de todo el mundo aborden una cuestión tan importante, que nos lleva al siglo XXI.

Muchísimas gracias por la oportunidad que me han brindado de dirigirme a ustedes en el día de hoy.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

A continuación van a intervenir los portavoces de los grupos parlamentarios que forman parte de esta Comisión.

Antes de proceder a darles la palabra, les recuerdo, señorías, que contamos con una traductora y, por tanto, les animo a que su intervención sea lo más concisa, concreta y tranquila posible, para que a nuestro compareciente le llegue la traducción en adecuadas condiciones y, al mismo tiempo, la suya a nosotros.

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

El señor MARTIARENA LIZARAZU: Muchas gracias, señora Presidenta.

Simplemente quiero agradecer la exposición que nos ha hecho el doctor Nitschke sobre su experiencia de la Ley australiana, y decirle que con los antecedentes que hemos tenido ya tenemos bastantes datos sobre la situación que se ha producido. Por lo tanto, no voy a hacer ningún tipo de preguntas.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador.

En nombre del Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió, tiene la palabra el señor Cardona.

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

Quiero agradecer al doctor Nitschke su comparecencia, su exposición en general y, ¡cómo no!, en particular, la de su postura valiente. Es un tema muy controvertido, en el que puede haber posiciones en un sentido y en otro, y muchas veces esas posiciones encontradas demuestran que no tenemos una verdad inequívoca en este tema y que es muy difícil llegar a posiciones que individualizadas podrían tener un carácter, pero teniendo presente que la persona no es un ser aislado, sino que está dentro de una sociedad, hace que la posición sea mucho más difícil. No es lo mismo suicidio que eutanasia. Si la eutanasia es individual y de una sola persona es un suicidio.

Ha explicado la experiencia de la ley del Norte de Australia, y ha dicho que después de derogarse se aplicó durante nueve meses a cuatro pacientes, y se ha vuelto a la jungla.

Ha hecho referencia también a una buena atención en cuidados paliativos —después lo puntualizaré— y a que no padezcan depresiones esos enfermos.

Ha hablado de una eutanasia lenta, que no es más que una manifestación de una hipocresía. Nosotros entendemos esa eutanasia lenta como una buena praxis médica, si coincide con lo que entendemos como eutanasia pasiva; es decir, si suministro unos medicamentos con la intención de aliviar al enfermo, aunque éstos le produzcan la muerte, no es en absoluto hipocresía, sino una buena praxis médica —lo digo como médico que he asistido solo, no con un equipo médico, a enfermos terminales—. La cuestión se debate en una cuestión: en la intencionalidad. Si el médico no puede curar a un enfermo pero sí aliviarle, aunque esto comporte que el período que le queda de vida sea más corto, entiendo que eso no es una eutanasia activa. Repito que la intencionalidad es fundamental, y eso es sobre lo que le pregunto.

En las entrevistas que han aparecido en los periódicos, concretamente en el del día 6, se decía que los enfermos tenían que tener unas características determinadas: personas enfermas en fase terminal; por lo tanto, no se podían acoger ni los parapléjicos ni los enfermos crónicos. Me interesaría saber qué entiende por aplicación de la eutanasia, si ésta debe ser sólo en casos de enfermos terminales, por tanto no en crónicos o tetrapléjicos. Con esto iríamos acotando ya la terminología porque, si no, nos metemos en unas disquisiciones terminológicas que hace que no nos entendamos no sólo por dificultades idiomáticas y de lengua, sino conceptuales y de fondo.

Por tanto, resumiendo diré que es condición indispensable la petición del enfermo, si no por muy compasivo que se sea sería un homicidio; que la situación de este enfermo tiene que ser terminal —es la cuestión que someto a su consideración, porque entiendo que, si no, podría ser ayuda al suicidio— y también la intencionalidad a que hacía referencia al principio.

Ha hecho también referencia a la experiencia holandesa y al estudio del Estado de Oregón.

En cuanto a la despenalización holandesa no deja de haber autores, médicos o gente que está en ese contexto que también tienen posiciones diversas o, por lo menos, que lamentan que en Holanda se haya seguido tal vez un camino si no erróneo, sí uno en el que se ha ido al estudio de la eutanasia antes que al de la intensificación y a la extensión de los cuidados paliativos.

Por lo menos los cuatro pacientes a los que se les aplicó la eutanasia habían sido enfermos que habían acudido a los cuidados paliativos, y parece ser que a satisfacción. No sé cómo está, en cualquier caso, la situación de cuidados paliativos o curas paliativas en Australia. Aquí podemos incidir y trabajar mucho en este camino antes de llegar a la eutanasia porque, como decía algún autor holandés que ha trabajado en ese tema, los errores que han tenido allí tal vez se podrían evitar, si los hubiera, en otros países que fueran a la despenalización o a una ley específica.

Por lo tanto, ese buen funcionamiento de los cuidados paliativos puede ser el principal antídoto ya no sólo de la petición de eutanasia, sino de una mala praxis médica, como es la obstinación terapéutica, que llega a veces al verdadero encarnizamiento.

No se me ocurre en esta primera intervención nada más. En todo caso, en función de las contestaciones que pueda darme el doctor Nitschke, en un segundo turno le formularé más preguntas.

Quiero reiterar el agradecimiento por la comparecencia, por la exposición y, repito, por la valentía que demuestra al tener las ideas tan claras en este sentido.

Muchas gracias, señor Presidente.

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

La señora RODRÍGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenas tardes y, en primer lugar, en nombre de mi Grupo quiero agradecer al doctor Nitschke su presencia en esta Comisión.

Comenzaré mi intervención diciéndole que todos somos conscientes de que existen en todo el mundo temor a legislaciones precipitadas en esta cuestión. Así lo hemos entendido y, por ello, una de las tareas de esta Comisión especial de estudio es precisamente la de huir de cualquier prisa o precipitación, pero dejando claro que no podemos ignorar este debate sobre la eutanasia; que la existencia de miedos estén más o menos justificados o la existencia de riesgos, sean cuales sean, no hacen sino incrementar la necesidad de esta discusión.

Así, creo que desde el principio hemos sido conscientes de la complejidad del tema que abordamos y de los riesgos o peligros de una posible regulación del derecho a morir. Es por ello que hemos querido oír las opiniones de los expertos para así tratar de identificar esos riesgos y seguidamente tratar de buscar la forma de evitarlo. Todo esto en el mejor clima de debate serio, de análisis riguroso y de reflexión profunda.

Por todo esto hemos considerado de gran interés su comparecencia. Nos será de gran utilidad a la hora de elaborar nuestras conclusiones el haber conocido las circunstancias y las condiciones con las que estas cuestiones han sido reguladas en su país.

Al hablar de los riesgos de abuso que tiene la eutanasia es muy frecuente recurrir al ejemplo de Holanda. Así, se destacan siempre los casos en los que se ha practicado la eutanasia sin consentimiento del enfermo.

Me gustaría saber si del análisis de lo sucedido durante los nueve meses que estuvo en vigor la ley de los territorios del Norte se desprenden datos similares, si allí se han dado también casos de eutanasia sin consentimiento. En todo caso, ¿qué riesgos cree usted que ha planteado esa regulación y qué aspectos modificaría? ¿Qué cosas considera mejorables?

Nos deberíamos plantear —doy por sentado que esos datos no se pueden comparar con los de ningún otro país, pues no tenemos constancia de cuál es su realidad— si los abusos se deben a la existencia de la regulación. Está claro que en Holanda sigue estando penado lo que algunos llaman eutanasia eugenésica, así como cualquier tipo de eutanasia económica o social y toda ayuda para morir —pongo entre comillas la palabra ayuda— que no responda a una petición expresa, libre y reiterada del enfermo.

¿Caben los abusos con esa regulación? Evidentemente sí. Caben los abusos de la misma manera que en aquellos países en los que la eutanasia no está regulada. Todos conocemos abusos cometidos también en países en los que no está despenalizada la eutanasia activa voluntaria. Ayer mismo aparecía, en un periódico, la noticia de la detención de un enfermero brasileño que ha matado a unos 150 pacientes terminales pagado por una mafia de funerarias. Está claro que en Brasil no está regulada la cuestión como en Holanda.

Por lo tanto, no se debería descartar la idea de que los abusos dependen de la regulación. ¿Acaso no es cierto que

el riesgo de que se produzcan conductas criminales, que ninguno entendemos como eutanasia y que ninguno defendemos, existe independientemente de que esté o no esté despenalizada la ayuda directa a morir a petición firme, reiterada, consciente y libre de un enfermo incurable?

Quiero agradecerle muy especialmente sus palabras porque nos sirven de testimonio de los médicos que ni siquiera en esas últimas y difíciles circunstancias de una patología incurable o terminal abandonan a aquellos enfermos que desean morir en el momento por ellos elegido y de una forma dulce asistidos médicamente.

Ahora que hemos asistido, a través de los medios de comunicación, al proceso judicial que ha llevado al Doctor estadounidense Jack Kevorkian a la cárcel, que ha sido declarado culpable de homicidio por ayudar a un enfermo terminal que le había solicitado esa ayuda y que ha sido condenado a un mínimo de 10 años de prisión, no puedo resistirme a mostrar mi solidaridad con él y con médicos como usted y como otros, que sin duda los hay, que permanecen en el anonimato y que aun asumiendo riesgos, en muchos casos desproporcionados, deciden ayudar a morir a pacientes incurables que así se lo piden. A nadie se le escapa que en el origen de esa condena al doctor Kevorkian está su decisión de hacer públicas sus actuaciones.

Dicho esto sólo quiero trasladarle una breve reflexión. Sabemos todos —y usted nos lo ha dicho hoy— que entre los principales opositores de la ley que en 1995 fue aprobada en su país se encontró la Asociación Médica. Recurrieron y recurren para rechazar esa Ley y para condenar su actitud a las normas deontológicas médicas. Sin embargo, el problema de recurrir a esas normas es que, a veces, resultan un poco contradictorias.

Dice la Asociación Médica Mundial que la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contrario a la ética. Así de rotundo. No hay ninguna duda. Según esto usted no actúa conforme a la ética médica. Pero otra declaración de esa misma Asociación Médica Mundial dice: Ante las dificultades de índole práctica, ética o legal que puedan surgir, un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente. Cuando alguna legislación o acción del Gobierno niegue estos derechos del paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o establecerlos.

Les he leído la declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente entre los que se incluye el derecho a morir con dignidad. Según esto, ¿quién puede atreverse a afirmar que usted no se guió por su conciencia y, es más, que usted no actuó en el mejor interés del paciente? He leído la carta que dejó escrita Bob Dent, el primer enfermo —como usted ha dicho— que se acogió a esa ley de los territorios del Norte, y no creo que deje ninguna duda sobre cuál era su mejor interés. En esa carta Bob Dent decía: Si ustedes están contra la eutanasia voluntaria no recurran a ella, pero no me nieguen a mí el derecho a servirme de ella si yo lo deseo y cuando yo lo deseo.

Como dice Ronald Dworkin, hay quienes piensan que, incluso cuando las personas han decidido deliberada y

conscientemente morir, esto es, cuando conocemos cuáles son sus genuinos deseos, sin embargo, para ellos es un mal morir, es decir, que siguen quedando actitudes excesivamente paternalistas.

He dicho esto para poder preguntar lo siguiente. ¿Quién, mejor que el propio paciente adulto, competente y libre, podrá definir cuál es su mejor interés y cuál es su mejor muerte?

Por último, quisiera conocer su opinión, al hilo de los códigos de ética médica, sobre la posibilidad de que en un futuro no muy lejano dichos códigos evolucionen, igual que lo han hecho en otros aspectos, hacia la justificación moralmente aceptable de la eutanasia voluntaria activa directa.

En relación con esto terminaré leyendo algo que ha escrito el filósofo Hans Jonas que me parece que tiene mucho que ver con esto. Dice Jonas que hay que constatar que en un extremo del espectro la antañona estricta definición de los objetivos médicos se ha relajado mucho. Hoy en día incluye servicios especialmente quirúrgicos, pero también farmacéuticos, que no están médicamente indicados, como la contracepción, el aborto, la esterilización por motivos no médicos, por no hablar de la cirugía plástica al servicio de la vanidad o de las ventajas profesionales. El servicio a la vida se ha extendido más allá de las viejas tareas de curar y aliviar hasta jugar el papel de un técnico de cabecera general para variados fines de elección social o personal. Hoy es suficiente para el médico que el cliente o paciente exija, sin que exista un estado patológico, los servicios correspondientes y la ley los permita.

Termina diciendo Jonas que, sin embargo, en el extremo superior patológicamente crítico del espectro, que es donde tiene lugar nuestro derecho a morir, la tarea del médico sigue estando sometida a las augustas obligaciones tradicionales.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

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

El señor LAMALFA DÍAZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenas tardes.

Quiero agradecerle su concisa, pero importante exposición, que ha sido muy clara, muy concluyente en sus fases finales y que, no cabe duda, ayudará a enriquecer el dictamen final de la Comisión.

Una vez dicho esto, quisiera hacerle, de forma muy escueta, tres preguntas concisas para que nos clarifique algunas cosas.

De hecho, se han preguntado ya anteriormente por algún compañero, pero yo creo que formulándolas de nuevo vamos a dejarlas un poquitín más matizadas.

Le pregunto, en primer lugar, ¿qué estructura posee Australia en atención a los enfermos en cuidados paliativos? Pensamos que los cuidados paliativos, las unidades del dolor, un mejor cuidado de los pacientes, mostrándoles

el cariño y la atención de los profesionales y de la familia que —no lo olvidemos— también tiene mucho que decir en este tema, puede ayudar a dar un tratamiento más adecuado de esta cuestión.

Como segunda pregunta, y según su amplia y documentada experiencia, le formulo la siguiente: ¿Cuántos enfermos terminales solicitan la eutanasia en su país o cree que la pueden solicitar —según sus datos concretos— en el mundo? Si conoce datos significativos nos gustaría que los aportara para realizar un estudio posterior.

En tercer lugar, y como última pregunta, ¿qué criterio aplicaría si crónicos sin expectativas de curación o, incluso, tetrapléjicos, solicitaran la eutanasia?

En un momento determinado de su intervención nos ha hablado de la eutanasia lenta. Quisiera que nos explicara con un poco más de detenimiento en qué consiste la eutanasia lenta porque si lo que yo entiendo como eutanasia lenta tiene como resultado final la muerte no deja de ser una forma más de eutanasia real.

Me gustaría que nos aclarara esas tres cuestiones de forma concreta.

Muchas gracias, por su exposición. Espero gustoso su contestación.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor La-malfa.

A continuación, tiene la palabra el Doctor Nitschke.

El doctor PHILIP NITSCHKE (De la Fundación de la primera clínica de información sobre la eutanasia en Melbourne): Muchas gracias, señora Presidenta.

Muchas gracias por haberme formulado estas preguntas. Voy a intentar hacer justicia a todas ellas. Y espero no haberme olvidado de ninguna porque he ido tomando notas, aunque en mis respuestas, evidentemente, se solaparán algunas preguntas.

Se ha mencionado la eutanasia lenta en varias ocasiones, así que voy a empezar con una definición de lo que es exactamente la eutanasia lenta.

Como ya se ha dicho, tiene que ver con la intencionalidad. Muchos médicos dicen que su intención puede ser paliar el dolor, pero esto no incluye la muerte del paciente. La realidad, por supuesto, es distinta. Los pacientes que quieren morir no pueden encontrar ayuda legal en sus médicos; entonces, lo que hacen los médicos en esta situación no satisfactoria es proporcionar fármacos que pueden considerarse indicados contra el dolor. De este modo, los analgésicos, como la morfina, se administran en cantidades cada vez más altas durante un período equis de tiempo, y el paciente recibe lo que quiere. El médico dice que está tratando el dolor, pero la intención —no expresa— es matar al paciente.

Ésta es una práctica bastante común en mi país, y supongo que en otros países incluyendo España, puesto que es muy seguro para el médico. El médico se limita a decir —y yo mismo lo he hecho— que está tratando el dolor, pero la intención no es provocar la muerte del paciente. Ninguno de los pacientes que yo he tenido ocasión de tratar me ha pedido esto, lo que piden los pacientes es morir

lo antes posible. Les ofrezco la posibilidad de que estén inconscientes y puedo asegurarme de que se mantengan inconscientes y en coma; es entonces cuando el paciente me pide que dure lo menos posible, y yo les explico que puede que se alargue algunos días.

Esta práctica tiene una variada terminología, como eutanasia lenta o inconsciencia farmacológica, sobre todo porque hay mucha ambigüedad e hipocresía en este ámbito. Para que lo entiendan lo voy a comparar con una persona que está nadando para cruzar un río; supongamos que atamos al nadador con pesas de plomo para que se hunda, pero decimos que su muerte no tiene nada que ver con el plomo, que el plomo se ha utilizado para paliar los dolores y que el paciente ha muerto porque se ha ahogado. En el caso que nos ocupa sucede lo mismo. Aunque el médico diga que la intención es tratar el dolor, el resultado final es la muerte. De esta manera se cubren las espaldas y no tienen problemas con la ley, pero ningún paciente quiere o pide la eutanasia lenta.

Otra pregunta que se ha mencionado varias veces tiene que ver con los criterios que se aplican a los pacientes que se pueden acoger a la eutanasia. Los criterios que se han utilizado en los territorios del Norte fueron los de un paciente terminal, aquel que tiene una enfermedad que le conducirá a la muerte inevitablemente, puesto que no existe, en la actualidad ni en un futuro próximo, tratamiento alguno que pueda curarle. Fue un compromiso político que introdujo la ley.

Personalmente considero que la legislación tendría que haber abordado la cuestión de los sufrimientos crónicos, cosa que no hizo. No lo hizo por un motivo muy claro, hubiera sido extremadamente difícil a nivel político conseguir la aprobación de esta ley. Por tanto, los sufrimientos crónicos se eliminaron del borrador inicial como posible criterio. En mi opinión no se trató de una decisión afortunada, más bien fue una pena, pero a efectos políticos resultó muy eficaz. De este modo, los enfermos crónicos, incluyendo los tetrapléjicos, no podrían encontrar en ningún caso recurso a esta ley.

También se ha mencionado la cuestión de los cuidados paliativos. Es cierto que si hubiese buenos cuidados paliativos, ningún paciente pediría la eutanasia. Se han lanzado críticas contra los cuidados paliativos disponibles en los territorios del Norte. Estamos hablando de una región no muy poblada, con infraestructuras que dejan bastante que desear, incluyendo las destinadas a los cuidados paliativos. Tengo que decirlo claramente. Ahora bien, dos de las cuatro personas que se acogieron a esta ley procedían de otros estados; uno de Sidney, la ciudad más grande de Australia, y otro de Adelaida. Ambos viajaron a los territorios del Norte para acogerse a esta ley, y, sin embargo, venían de zonas que poseen los mejores cuidados paliativos de Australia. No vinieron a Darwin para recibir cuidados paliativos, sino para recibir la eutanasia.

Dicho esto, he de decir que también hay que mejorar los cuidados paliativos, pero esta atención no eliminará el número de personas que prefieren la eutanasia. Muy pocas personas me han pedido que cuantifique algo, y no puedo hacerlo; pero muy pocas personas, que yo sepa, optarían

por una ley de estas características. Del conjunto de enfermos terminales se calcula que el dos o tres por ciento pedirán la eutanasia; es un porcentaje muy bajo. Sin embargo, todo el mundo quiere tener este derecho, y cada vez que se hace una encuesta la mayoría de la población manifiesta su postura a favor de que exista este derecho, a pesar de que consideren poco probable que tengan que ejercerlo.

Para resumir, tiene que existir el mejor cuidado paliativo posible. En la legislación a la que me referí en Australia, era una obligación que los pacientes estuviesen informados de los cuidados paliativos. Pero las cuatro personas que se acogieron a la ley, dieron la espalda a esta opción de cuidados paliativos. Fueron informados sobre sus cuidados y manifestaron su rechazo; dijeron que querían morir, pero sabían que era posible recibirlos.

Me han preguntado algo sobre la experiencia holandesa y los posibles abusos; es decir sobre la eutanasia no autorizada, que consiste en administrar inyecciones letales a personas sin un previo consentimiento. También me han preguntado sobre la situación en los territorios del Norte. Evidentemente, en este último caso a nadie se le administra la eutanasia sin su consentimiento. Uno de los criterios únicos para aplicar la ley es preguntarle al paciente repetidas veces si quiere la eutanasia, en caso de que estemos hablando de un paciente lúcido. Hay que preguntarle y pedir su consentimiento. La única persona que puede solicitar la eutanasia es el paciente, y no puede hacerlo por él ni su familia, ni su mujer, ni los médicos. Puede argüirse que un paciente terminal está sometido a muchas presiones, pero a fin de cuentas tenemos que contar con ellos, puesto que son personas adultas y lúcidas que piden la eutanasia.

Es cierto que en Australia se administran inyecciones letales sin consentimiento del paciente. Igual que sucede en Holanda y como, supongo, ocurrirá aquí. Creo que el único motivo por el que se habla del caso holandés es debido a lo abiertos que son y al ámbito de la legalización. Se han realizado estudios muy detallados de la situación en Holanda; sin embargo, el único estudio realizado en Australia sobre una práctica ilegal entre médicos es del Consejo Médico Australiano, y demuestra que el número de pacientes terminales que recibían inyecciones letales sin su consentimiento era similar en Australia y en Holanda, el porcentaje era idéntico. Esto no tiene nada que ver con la eutanasia voluntaria, sino con la práctica médica actual.

Por último, se ha formulado una pregunta sobre las actitudes y los cambios en la ética médica. Ha puesto un ejemplo muy interesante de cómo la ética médica es bastante flexible en casos como la cirugía plástica, entre otros, y, sin embargo, ha mostrado una notable inflexibilidad a la hora de abordar cuestiones como la eutanasia. Creo que tiene usted toda la razón.

Es innumerable la cantidad de veces que me han pedido que defienda mi posición teniendo en cuenta el juramento hipocrático. Siempre me preguntan por qué estoy dispuesto a poner fin a la vida de un paciente, a pesar de estar trasgrediendo totalmente el juramento hipocrático que todos los médicos debemos cumplir. En Australia no hacen este juramento, pero, en cualquier caso, se considera como la ética básica. Parece que estos códigos de ética son bas-

tante flexibles, como hemos oído; cambian con la cultura y con el tiempo. De hecho, cuando en un lado del espectro vemos una total falta de flexibilidad y una inflexibilidad total en el otro, es un reflejo de que la profesión médica se opone en gran medida a la eutanasia. Podemos decir que el poder sale de las manos de los médicos y se pone en manos del paciente.

Precisamente por este cambio de poder existe esta oposición, la más firme contra la eutanasia después de la Iglesia, cuya postura es más comprensible. La oposición más hostil contra la eutanasia viene de la clase médica, puesto que supone un cambio de poder. Hay muchos médicos que disfrutan de su «statu quo», y los que intentan ayudar a sus pacientes son considerados malos médicos. Podemos comparar la situación actual, donde impera la ley de la selva, con la que podríamos tener con una ley. Soy uno de los pocos médicos del mundo que ha podido actuar en un marco regulado y en la selva y, desde luego, mi conclusión es muy clara: nunca volvería a la selva, siempre y cuando se pueda tener un marco legislativo, una ley de estas características, y repito que tengo experiencia en ambos ámbitos.

La señora PRESIDENTA: ¿Algún señor Senador desea intervenir?

Senador Cardona, tiene la palabra.

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

Quiero agradecer las respuestas tan concretas que ha dado a nuestras preguntas, aunque también tengo que mostrar mi disconformidad con el hecho de que dar morfina para aliviar al enfermo sea una hipocresía, es la eutanasia pasiva. Siendo yo acompañante de un enfermo, de mi padre concretamente, pedí la primera inyección de calmante una noche, bajo mi responsabilidad y, además, estoy muy tranquilo al respecto de la intencionalidad, porque si el médico no puede curar porque no tiene medios, porque es una enfermedad incurable, lo que tiene que hacer es aliviar y si como consecuencia de este alivio el período de vida que le queda al enfermo es más corto no entiendo que eso sea una eutanasia, lenta, corta o larga. Todos los adjetivos que le queramos dar lo estropearán más, dificultarán más la posibilidad de entender qué es lo que tenemos que conceptuar como eutanasia. Si el médico no cura tiene que aliviar, en todo momento y en la medida de sus posibilidades, tanto al enfermo como a la familia, que están en el mismo contexto.

Por tanto, no creo que la cuestión sea que el médico no quiera perder este «status»; por el contrario, en esas situaciones creo que sí lo querría perder y lo que quizá no desea es complicarse la vida. Cada cual será muy libre de actuar según su criterio pero, tal vez, hay una cantidad mayor de médicos que querrían quitarse el problema de encima, frente a los que están en contra de este tipo de eutanasia por no perder un «statu quo», unos privilegios. Creo que, más bien, podría ser al revés. En cualquier caso, todo es muy discutible y difícilmente puede haber una postura infalible.

También quiero someter a su consideración algunos aspectos que pueden representar una contradicción. En este

sentido, desde el punto de vista profesional, un abogado o un letrado que, a petición del cliente, actúa en contra de su beneficio, ¿qué actitud ética y deontológica merece? Ésta es una cuestión que tenemos que plantearnos.

Otra cuestión que puede ser, o por lo menos parecer, una contradicción es el estar en contra de la pena de muerte, de cualquier tipo y forma, pero estar a favor de la eutanasia porque la pida el enfermo. En ese caso, el principio bioético de autonomía prevalece sin ninguna consideración a los otros principios de la bioética.

Usted me ha concretado que, aunque la ley no lo contemplaba, desde su punto de vista tendría que incluir también a los enfermos crónicos y a los tetrapléjicos, pero que con estas connotaciones no se podría sacar adelante la ley.

En cualquier caso, estas contradicciones se me han ocurrido al hilo de la exposición que ha hecho el doctor Nitschke, que además le agradezco sinceramente.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Cardona.

Tiene la palabra el doctor Nitschke.

El doctor PHILIP NITSCHKE (De la Fundación de la primera clínica de información sobre la eutanasia en Melbourne): Gracias, por este resumen.

Me encuentro una y otra vez en la posición de tener que explicar por qué la clase médica es tan distinta al resto de la sociedad, y supongo que esto también se aplica aquí, en España.

Se han realizado muchos estudios que muestran que la diferencia es bastante patente y las cifras que he mencionado anteriormente, las del estudio australiano, demuestran que la clase médica es bastante distinta y tiene una opinión muy diferente a la del resto de la sociedad. Nos podemos preguntar cuál es el motivo, y hay una serie de respuestas a esta pregunta. Algunos dicen que la clase médica no está interesada en esta ley porque los médicos son quienes comprenden estas cuestiones y que la comunidad no las entiende en absoluto porque son cuestiones médicas; que la comunidad en general, los legos, consideran la ley como algo positivo puesto que no están informados, y por ello la apoyan; que la clase médica tiene mejores conocimientos, estudios, etcétera, lo que les permite oponerse a esta ley. El problema con este análisis, que es el más benigno para la profesión médica, es cómo se explica entonces la opinión de las enfermeras, ya que la opinión del personal auxiliar, en su conjunto, es la de la sociedad en general. La mayor parte de las enfermeras están a favor de esta iniciativa legislativa, les parece algo necesario, y yo creo que tiene que ver con este cambio de poderes. No sugiero que tenga la contestación a esta situación porque no existe una respuesta definitiva a esta pregunta, basta con decir que los médicos que se oponen a esta legislación se dividen en dos grupos: los que se oponen a la eutanasia voluntaria porque les parece errónea éticamente y un gran grupo de médicos que están muy contentos con la situación tal y como está ahora puesto que pueden ayudar a los pacientes siempre que quieran —si son amigos suyos, allegados o fa-

miliares— y no tienen que ayudar a otros pacientes. Éste es el problema de la situación actual, que es una situación injusta, no es equitativa y ocurre como con el aborto hace veinticinco años, que si una mujer tenía contactos en la clase médica siempre podía tener un aborto seguro, ilegal pero seguro; si tenía dinero siempre podía conseguir a alguien que le hiciera un aborto seguro; en la actualidad, si alguien tiene dinero y contactos —si uno es médico— tiene acceso a los fármacos necesarios para tomar la decisión de acabar con su vida de forma segura, pero no es una situación equitativa, lo que motivó —entre otras cosas— esta legislación. Marshall Perrin se dio cuenta de lo poco equitativa que era la misma.

Cuando analizo este tema en la actualidad veo que no me gusta en absoluto; no me gusta este contexto, que no es equitativo. Lo he descrito como una selva y no creo que sirva para nada a la sociedad. Una mejor legislación prestaría un mejor servicio a la sociedad.

Se ha referido usted, otra vez, a la intención en la eutanasia lenta, la idea de que es legítimo administrar morfina. No quiero hablar con mucho detalle de este tema. Los médicos que quieren ayudar a los pacientes, pero tienen miedo de hacerlo abiertamente, les dirán que únicamente pueden ayudarles suministrándoles morfina, que se la van a dar y se van a morir, puede que sea en dos o tres días —puesto que la morfina no mata inmediatamente a una persona, es una droga lenta— pero la intención está clara, es matar, no tratar. Se dice que se hace para aliviar porque los médicos no hacen lo que Jack Kevorkian, filmar la muerte de su paciente. Podría haber dicho que simplemente le administró morfina para paliar sus dolores, pero él fue más franco y miren lo que le pasó.

Sobre las contradicciones que ha mencionado usted relativas a la pena de muerte y la eutanasia, a mí no me parece que exista tal contradicción. Los criterios predominantes aquí, en el caso de la eutanasia voluntaria, es que estamos respondiendo a una petición por parte del paciente; el paciente hace una petición y nosotros, como médicos, cumplimos con ella. Como médicos tenemos que servir a los intereses de una sociedad, y esto no se puede comparar a matar a un prisionero, es el Estado quien lo mata.

Espero haber dejado clara cuál es mi posición al respecto.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Nitschke.

¿Alguna otra cuestión?

Senador Lamalfa, creo que estaba usted pidiendo una segunda intervención, por tanto, tiene usted la palabra.

El señor LAMALFA DÍAZ: Gracias, señora Presidenta.

Quiero exponer muy escuetamente dos temas en los que de ninguna manera estamos de acuerdo, al menos este Senador que les habla, y es en la diferenciación que ha hecho entre el personal de medicina y el de enfermería en España. Yo creo que el pensamiento es bastante similar entre el personal de enfermería y el personal médico; estoy absolutamente convencido, porque tengo bastante conocimiento de ello.

En segundo lugar, y ya para cerrar mi intervención, en cuanto a la eutanasia pasiva —y volvemos al mismo tema— creo que los médicos —y lo digo como experiencia personal— tenemos como obligación tratar a los pacientes. Siempre será bienvenida, siempre será positiva toda la medicación que empleemos pensando en mejorar la situación del paciente y en mejorar su dolor, su situación en un estado concreto de enfermedad. El problema se presenta cuando esa medicación la usamos con la intencionalidad —que yo entiendo ver en el compareciente en este caso— de provocar, al final, su muerte. Si es en ese sentido, desde luego mi opinión es absolutamente contraria a su exposición.

La señora PRESIDENTA: Gracias, señorita.
Tiene la palabra, doctor Nitschke.

El doctor PHILIP NITSCHKE (De la Fundación de la primera clínica de información sobre la eutanasia en Melbourne): Gracias, señora Presidenta.

Intervendré brevemente. Se ha dicho que en España los médicos y las enfermeras tienen más o menos la misma opinión al respecto. Supongo que usted sugiere, con esta afirmación, que aquí en España las enfermeras están tan en contra de la eutanasia como los médicos, y eso me sorprende muchísimo. Me gustaría ver un desglose de estos estudios u opiniones, ya que este resultado no lo he visto en ningún otro país.

En cuanto a la idea de que hay que responder a los deseos del paciente curándole y proporcionándole fármacos y medicación para aliviar sus dolores, estoy de acuerdo

con esa afirmación, pero, ¿qué hacemos cuando el paciente nos pide, por favor, que le ayudemos a morir, y nosotros le decimos: no puedo ayudarle, pero sí puedo aliviarle el dolor? El paciente puede responder: yo no quiero que me alivie el dolor; quiero morir. En otras palabras, no quiero lo que me ofrece, quiero otra cosa.

Muchos pacientes me han dicho, y muy claramente —en este contexto de penalización en el que intento ahora trabajar—: todo lo que quiero es lo que tú tienes; tú —me dicen— tuviste suerte y estudiaste medicina; tú tienes los conocimientos de los que yo carezco, ¿por qué puedes tú tomar esa decisión y yo no? Otra vez tenemos ante nosotros una cuestión de equidad y de justicia.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: ¿Alguna otra intervención? (Pausa.)

En ese caso, señorías, como siempre les agradezco su atención, su trabajo, sus intervenciones para llevar a cabo el orden del día que hemos desarrollado hoy.

Se podrá pensar muchas cosas de lo que hemos oído en la última comparecencia de esta tarde; se le podrá poner toda clase de calificativos; a mí sólo se me ocurre uno: hemos asistido a una comparecencia distinta a las que hemos tenido hasta ahora y por la cual le doy las gracias, doctor Nitschke.

Espero que disfrute del final de su estancia en nuestro país, y, sin más, señorías, se levanta la sesión.

Gracias a todos.

Eran las diecisiete horas y treinta y cinco minutos.