

**CORTES GENERALES
DIARIO DE SESIONES DEL
SENADO**

Año 1999 VI Legislatura
Comisiones. Núm. 481

**COMISION ESPECIAL DE ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA
PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARIA ROSA VINDEL LOPEZ
celebrada el lunes,
27 de septiembre de 1999**

ORDEN DEL DIA:

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

--De don Xavier Rubert de Ventós, Filósofo (Número de expediente 715/000342).

--De don Jesús Ballesteros Llompарт, Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Valencia (Número de expediente 713/00828).

--De don Joan Monés i Xiol, Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona (Número de expediente 715/000343).

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

La señora PRESIDENTA: Buenos días, señorías.

Se abre la sesión.

Como todos ustedes conocen, el orden del día incluye las comparecencias de los señores Rubert de Ventós, Ballesteros Llompарт y Monés i Xiol.

Previamente quiero preguntarles si se puede considerar aprobada el acta de la reunión anterior que, como siempre, me indican que ha sido distribuida a los portavoces. ¿Se puede dar por aprobada, señorías? (Pausa.) Queda aprobada.

COMPARECENCIAS:

--DE DON XAVIER RUBERT DE VENTOS, FILOSOFO (715/000342).

La señora PRESIDENTA: En primer lugar, doy la palabra al primero de los comparecientes, al cual doy la bienvenida en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio. Se trata de don Xavier Rubert de Ventós, filósofo, Catedrático de Estética del Departamento de Composición Arquitectónica de la Universidad Politécnica de Cataluña. Además, señorías, ha sido colega nuestro, aunque no de esta Cámara, como diputado nacional durante dos años y parlamentario europeo durante casi ocho años.

Cuando quiera, le cedo el uso de la palabra, profesor Rubert de Ventós.

El señor RUBERT DE VENTOS (Filósofo): Muchas gracias, señora Presidenta, miembros de la Comisión.

Me siento muy feliz y honrado de que me hayan llamado para intervenir aquí, aunque no entiendo muy bien por qué, ya que no soy experto y, es más, mi gremio, los filósofos, tendemos a ser expertos en perplejidades más que en soluciones. Yo siempre he pensado que tenía razón aquel sabio chino que decía que quien todo lo entiende es que está mal informado y, realmente, de lo que yo voy a hablar no entiendo mucho, pero pienso que si ustedes llaman a personas que no entienden mucho, por algo será.

Haciendo fe de su decisión, haré algunos comentarios. Primero, genéricos, de crítica a las actitudes que he visto adoptar ante los problemas que ustedes tratan y, segundo, voy a expresar de un modo cándido mi actitud personal, que es a todo lo que llego.

En cuanto a la muerte, a su alargamiento, a la eutanasia, ocurre en España casi como en el fútbol, que todo el mundo tiene ideas al respecto, sabe lo que es mejor y peor, qué hay o no que hacer.

Para poner algún ejemplo, yo diría que hay tres actitudes conocidas, repetidas, que vivimos muchas veces. Una de ellas es decir sí, pero cuando yo esté mal y no pueda conocer, quiero que me desenchufen, que acaben conmigo; lo tengo muy claro, hago mi testamento vital. Yo creo que este tipo de afirmaciones supone desconocer la lógica propia de las situaciones límite

en la vida, que, precisamente, se caracterizan porque no es previsible mi reacción ante ellas. No hace poco asistí muy de cerca a la muerte del Padre Llimona, que había hablado sobre esos temas, y él mismo me decía: Qué distinto es hablar del dolor que padecerlo. Es distinto enfrentarse a ello que tener muchas ideas y tesis al respecto. La gente va cargada de tesis, ignorando la especificidad de una situación límite, que se caracteriza, precisamente, por romper estos esquemas que teníamos tan claros.

Hay una lógica propia de la enfermedad, de las situaciones morbosas, de la que hay una descripción magnífica, aunque yo creo que equivocada en «La Montaña Mágica», de Thomas Mann. Es aleccionador leerla, aunque yo creo que es francamente errónea. En todo caso, hay un matiz que no podemos dejar de considerar. Por otro lado, también hay un matiz en la relación del enfermo con los que le rodean. Yo he experimentado también en mi vida cómo enfermos terminales no deseaban que yo pareciera tener conciencia de su condición terminal, lo que tiene una razón que pusieron de manifiesto los americanos, que para todo hacen estadísticas, cuando publicaron que en los hospitales eran menos visitados por enfermeras y por parientes los enfermos terminales que sabían que lo eran que aquellos que no lo sabían. Es decir, la mirada de la persona que sabe que va a morir es insoportable para el que no va a morir. Es ofensiva, es pornográfica, y la evitamos. Por tanto, a veces obligamos a estas personas a disimular que saben que van a morir para que les sigamos visitando, para no provocarnos la desazón que nos provoca presenciar la mirada de una persona que, no sólo va a morir, sino que sabemos que lo sabe.

Con ello quiero decir que las situaciones límites, las situaciones morbosas tienen una especificidad y no es sólo andar por ahí diciendo: A mí que me desenchufen, yo lo tengo muy claro, yo... Por favor, el que todo lo entiende, el que todo lo sabe, es que está muy mal informado.

Otra actitud conocida entre nosotros es la actitud doctrinal que tiene que ver con las propias convicciones. Yo tengo unas convicciones del orden que sea y estas convicciones consistirán en decir, por un lado, lo que dicta la conciencia o la vida es sagrada, y, por otro, todo lo contrario --como, por ejemplo, la Derecha--: la vida es sagrada y, por tanto, hay que dejar seguir el proceso y no podemos interferir en ella.

Yo soy portador de una antorcha, no puedo permitirme apagarla; no soy su propietario. Está también la actitud más progresista, por decirlo así, que dice que lo que es verdadero no es la vida, sino la buena vida, la verdadera vida, la vida consciente y, por tanto, cuando ésta no existe hay un derecho, en cierto modo, a acabar con ella para mantener la propia dignidad. Yo creo --excúseme, pero hago un comentario un poco teórico, filosófico, sobre estas dos posiciones, antes de exponer brevemente mi actitud-- que estas actitudes han resultado y están siendo obsoletas debido a un hecho que a mí me parece trascendental, muy importante, muy desazonante, muy característico de nuestra época. Desde el neolítico no había un desfase entre lo que es cultura y lo que es natura, como ha ocurrido en nuestra época. De un modo general, nosotros llamábamos natura, naturaleza, a todo aquello que nos era dado, que era el contexto de nuestra acción, aquello con lo que teníamos que habérnosla, con mi circunstancia, como diría Ortega. Había, pues, un contexto, algo que me era dado y un texto, algo que yo podía escribir. Existían el mundo de la necesidad y el de la libertad; el de las cosas que me eran dadas y el de las cosas en las que yo podía intervenir. El neolítico es, obviamente, un paso en la naturaleza. Se hacen cabañas, huertos y, por tanto, los hombres colonizan y transforman en cultura algo que antes era natura. Un huerto o la estabilización de los animales supone un paso trascendental y no es casualidad que sea en el neolítico cuando aparece el nacimiento de todas las grandes religiones y la transformación ideológica más importante que ha sufrido, seguramente, el hombre.

Pero hoy yo creo que estamos otra vez en una situación parecida y paradójica porque nos ocurren dos cosas: lo que sucedió en el neolítico y lo contrario, siendo relevante para nuestro caso una de ellas, aunque les expondré brevemente las dos.

Por un lado, parte de las cosas que creíamos o que queríamos creer que eran culturales, que eran producto histórico, que estaban en nuestras manos, que el hombre las había hecho a su medida, parte de estas cosas vemos que son más naturales e inexorables, de lo que pensábamos como las pautas de reproducción, los propios roles sexuales --cosa que, quizá, pueda inquietar a las feministas--, pero hay estudios de socio-biología, de reproducción, que, por ejemplo, muestran que las formas de reproducción de los países pobres, es decir, la promiscuidad, se corresponde con las formas de reproducción llamadas por los etólogos «R», propias de las presas, que tienen muchos hijos y alguno sobrevivirá. En cambio, el depredador tiene pocos hijos y hace una gran inversión para su educación. Gary Becker, Premio Nobel de

Economía, estudió desde el punto de vista económico este comportamiento, que es también etológico, y nosotros a veces con gran ingenuidad queremos enseñar a los indios, a los paquistaníes, cómo han de reproducirse, sin pensar que hay buenas razones para su forma de reproducción. Cuando yo estaba en Berkeley hicimos una simulación de juego «under the line», que optimiza la posibilidad de supervivencia en la persona y el ordenador nos dio que un habitante de Bombay debía tener ocho hijos para asegurar al máximo no morir de hambre cuando fuera mayor y no estar abandonado. Esto choca con un cierto optimismo nuestro de que habíamos colonizado sectores de la realidad.

Como la etología está imponiendo sus reglas a la economía, nos estamos dando cuenta de que la plasticidad del mundo con el que habíamos contado, la capacidad de nuestra actividad cultural de transformar este entorno no es siempre lo que era.

Pero paralelo a esto y más cercano a nuestro caso, nos damos cuenta de que, si es cierto de que algo que considerábamos cultural es más natural de lo que creíamos algo de lo que estimábamos natural está pasando a ser cultural. Nuestros conocimientos, nuestras técnicas, la ciencia nos está permitiendo y obligando a tomar decisiones que antes estaban en manos de Dios y ahora están en las nuestras. Por ejemplo, el sexo de nuestros hijos o la muerte de nuestros padres: antes Dios nos daba los hijos y se llevaba a nuestros padres. Cada vez más nos los hemos de dar nosotros en su especificidad y hemos de sacarnos de encima a nuestros padres. Supongo que nadie duda de que en el Siglo XXII la gente no morirá, los mataremos: mataros los unos a los otros; tendremos que matarnos; habrá que regular las formas de acabar los unos con los otros, hay muchas formas de acabar los unos con los otros. Esto es un hecho. ¿Qué ocurre ante este hecho? ¿Qué dicen las personas que tenían ideas al respecto, que comprendían, que sabían lo que había que hacer, lo que querían hacer, lo que querían para ellos, lo que se debía hacer con nosotros, los partidarios de la eutanasia clarísima o de la sacralidad de la vida? Por un lado, ante esta potencia, ante esta posibilidad que tenemos a muchos niveles de manipulación genética, nos hemos dado cuenta de que somos mucho menos ilustrados de lo que creíamos o de lo que queríamos ser. Un ilustrado, un progre convencional ante la pregunta ¿qué quiere usted del mundo?, contestaría que el máximo de necesidad pasase a ser libertad, que muchas de las cosas ineluctables pasasen a estar en nuestras manos. Eso es lo que queríamos. ¿Lo queríamos de verdad? Peter Pan no lo quería siempre, y nosotros a menudo ante este tema, el de la muerte, por ejemplo, tratamos de pasar el muerto --nunca mejor dicho-- a quien sea, a la naturaleza, al experto, a la ciencia, a algún dios de ocasión que nos diga lo que hay que hacer. Dígame, ¿qué hacemos?, ¿lo matamos? Lo que diga la ciencia, lo que diga el médico, lo que diga cualquier instancia, cualquier coartada, cualquier referencia que no tenga yo que asumir el acto; o sea sacarnos la pelota, sacarnos el muerto de encima. E incluso tratamos de argumentar esto diciendo --lo voy a decir con palabras muy crudas y de forma rápida porque tengo poco tiempo y no se trata de elaborar más de la cuenta el tema-- que quizá Dios no es que lo hiciera muy bien, pero más peligroso sería que lo decidieran los americanos o el mercado o la comercialización o mi vecino, ¡y yo conozco a mi vecino! Las cosas que van pasando a nuestras manos entran en el círculo de la realidad de lo que está en nuestras manos y esto entra en un círculo del vecino, el comercio, la americanización, el imperialismo cultural. ¡Ah!, entonces, ¿qué hacemos?, ¿lo devolvemos a Dios?, ¿lo devolvemos al remitente? Todo esto que podríamos nosotros hacer como la manipulación genética, esta vida que deja de ser natura y pasa a ser cultura, este clima, este entorno que era dado y que pasa a ser manipulable, el hecho de que al ser manipulable entre en el juego del conflicto de intereses y los riesgos que esto comporta, nos aconsejaría, quizá, como algunos ilustrados que dicen que no, que eso se devuelva a Dios o a un dios de ocasión o a la ciencia, porque no estamos preparados para eso. Esa gente que creía saber muchas veces qué hay que hacer, a menudo nos la encontramos también tratando de devolver la pelota.

En la segunda parte de mi exposición trato de explicar también cándidamente cuál es mi posición al respecto. ¿Tenemos el derecho de acabar con la vida de nuestros semejantes? ¿Tenemos el derecho y el deber de ayudarles física y psicológicamente en unos momentos de máxima menesterosidad, quizá sólo parecido al momento de nacer? Yo creo que sí podemos y debemos hacerlo tanto por razones laicas como religiosas. Es decir, desde un punto de vista laico el hombre es la naturaleza tomando conciencia de sí misma; por tanto, si eso es así, qué duda cabe de que la muerte que se produce provocada, controlada en la medida de lo posible, decidida por esta conciencia, es más humana. Es más humano que muera cuando mi voluntad o mi conciencia lo desea que cuando falla el riñón.

Religiosamente también lo entiendo así: si Dios me creó, es verdad que me dio un riñón y un

hígado, pero lo que seguramente se acerca más a la esencia divina es mi voluntad y mi conciencia. Entonces, ¿qué ha de operar cuando yo muera?, ¿he de morir cuando fallen las dioxinas o cuando mi voluntad y mi conciencia permiten decidirlo? Es más «divino» esta conciencia que cualquier fallo orgánico o mecánico. En este sentido, tanto desde una perspectiva laica como religiosa, la asunción de la propia muerte y el derecho a asumirla me parece que es evidente y, además, es peligroso no aceptarlo desde un punto de vista bastante conservador. Yo soy bastante conservador en general y entiendo que no debíamos negar esto. Yo me he dado cuenta de que cuando se tiende a rechazar este derecho a empuñar la propia muerte, a decidirla o a ayudar a morir a nuestros vecinos, en general quienes niegan el principio acaban hablando de un casuismo, de una tolerancia, puesto que el principio es tan alto se empieza a aceptar prácticas muy bajas, prácticas dudosas, prácticas de hecho; es lo que ocurre con tantas cosas. «Fiat lux, pereat mundus», que se salve el principio y luego los médicos ya sabrán, y acaba siendo la enfermera, o el vecino o el pariente que quiere cobrar y que quiere heredar. Como nosotros no podemos aceptar el principio de que hay que matar a nuestros hermanos, lo hacen personas de las que yo aparto castamente la mirada y como en tantas cosas no tenemos capacidad digestiva o moral para aceptarlo. Piensen ustedes que esto pasa en tantas cosas: la prostitución es un caso también de una doble moral. Esto no debiera existir, por lo tanto no se debe regular y se toma la decisión entre el jefe de policía y el chulo del barrio, porque se prefiere no verlo, no presenciario. Yo no quiero aceptar el principio de que unos hombres matan a otros, ni que hay una doble moral. Tolstoi fue el único que tuvo la entereza, cuando defendió a las prostitutas de Londres, de decir: Prostitutas, sois las únicas que yo llamaría como madres. ¿Qué sería de ellas, qué sería de nuestros matrimonios, qué sería de la virginidad de nuestras hijas, si no existieran estas 6.000 putas de Londres protegiendo a la institución familiar, etcétera? Desde este canto lírico, hasta una regulación específica son cosas que no tienden a producirse, y que favorecen, por el contrario, los usos no controlados. Por lo tanto, alguien que cree que existe este derecho sería mucho más riguroso en su aplicación. Es la conciencia y es la voluntad de las personas las que tienen que decidir, y hemos de regular muy bien cuándo es su verdadera voluntad --y no es nada fácil-- y cuándo es su verdadera conciencia, y en qué puede intervenir el médico, la familia, la institución, el paciente, en qué nivel de expresión de sus sentimientos y sus deseos; sabiendo, además --no queriendo tampoco ser como esta gente que todo lo entiende y todo lo sabe--, que en todas las decisiones que se tomen habrá un sacrificio de intereses del propio individuo. No hay duda de que en este asunto no se puede optimizar.

En este momento tengo un familiar muy próximo que está en una situación análoga y constantemente se plantean problemas de conveniencia médica.

Hay que tener en cuenta el pudor, su dignidad, su sufrimiento, su aislamiento, su dolor, su conciencia, la piedad, la eficacia. No hay modo de que una persona esté más segura de lo que lo estaría en la UVI, y no lo hay de que esté más acompañada de lo que lo estaría en casa. No lo hay. La elección ha de ser estar más segura técnica o moralmente.

Siempre hemos de estar jugando con cosas que estamos sacrificando.

Estamos sacrificando su pudor o su dignidad o su seguridad o el tiempo.

Es más, habrá posiciones siempre deformadas. Entre ustedes habrá médicos y me reconocerán que --como médicos o como familiares-- hay deformaciones profesionales e institucionales. Cada uno tenderá a defender una cosa.

Hay variables que cuentan y que están contando hoy en este momento en muchos lugares a la hora de dejar morir a una persona. Son variables como los costes económicos, como las vías alternativas o los usos alternativos de los aparatos respiradores que se pueden dar si sacamos a este individuo del respirador. Tienen que ver con las expectativas de vida.

Tienen que ver con el interés científico del caso. Todo esto son ingredientes que deciden sobre la vida y la muerte de la gente.

Hoy en muchos hospitales aquí en Madrid no aceptan que esto sea así, que estas personas intervienen en la decisión, que no hay modo de optimizar todos los resultados y que no sólo podemos, sino que debemos decidir cuándo desenchufamos a nuestros padres. Lo que se autoriza es este tótum revolútum de familia y de intereses, de deformaciones médicas, de conocimientos médicos, de intereses institucionales y de coyunturas personales, que el paciente sea un sujeto paciente de todo ello, que sea una pelota de todo ello, que vaya rebotando de la UVI a casa, a la cura que puede llegar a ser tortura. Es evidente que todo eso está en el escenario y que no opera controladamente, sino descontroladamente.

Todo este discurso que consiste en decir que no podemos tocar la vida sagrada, que el individuo no puede decidir sobre su vida, que hay que dejar seguir los procesos, que podemos

hacer cosas paliativas, pero que no podemos anticipar la muerte, no hace más que favorecer que todos estos factores que decía operen por libre y no controladamente.

Creo que aun siendo conservador hemos de aceptar el principio de que sí podemos y debemos intervenir y, resumiéndolo así en expresiones muy simplistas, yo diría que hemos de poder asumir personalmente estas decisiones y administrar socialmente la muerte por razones laicas y religiosas. Hemos de matar o rematar a nuestros mayores o a nuestros hijos con su complicidad y con piedad. En el siglo XXI está claro que ya no habrá otro modo de hacerlo sino matando con su complicidad, pero claro está la complicidad y la piedad puede darse o puede no darse.

Por último, hay que olvidarse de esta progresista reaccionaria convicción de que los avances de la ciencia, del conocimiento o de la técnica nos van a permitir por fin --como se hacía con el aborto-- saber que la vida es auténtica, que hay actividad frontal cerebral. Esta es una falacia naturalista que pretende que vamos a encontrar un dato objetivo que nos va a salvar de un dilema moral.

Al contrario, los avances de la ciencia y de la técnica --como se ha demostrado-- no hacen sino agravar y poner en el extremo el enfrentamiento a las situaciones trágicas que hemos de asumir. Por tanto, no esperemos que la ciencia nos solucione el problema, sino que agrave los dilemas trágicos con los que nos enfrentamos y ponga de manifiesto la necesidad de ser nosotros quienes hagamos el papel de Dios. No le queramos devolver a Dios los utillajes que Dios ha puesto en nuestras manos. Sepamos utilizarlos. Perdonen porque parece un discurso de cura, pero ya he acabado.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Rubert de Ventós.

Señorías, por aquí ha estado presente el mundo de la medicina, está empezando a estar presente el mundo del derecho y hoy, desde luego, ha entrado con un pie más que firme el mundo de la filosofía y de las ideas.

A partir de este momento es el turno de los portavoces. El Senador Martiarena me dice que no quiere hacer uso de la palabra.

En nombre del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió tiene la palabra el Senador Cardona.

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

Quiero agradecer al profesor Rubert de Ventós su comparecencia y su exposición y también la segunda parte de la misma cuando ha dicho que va a expresar y a exponer su posición al respecto. Qué duda cabe de que en filosofía todo son dudas y él ha empezado planteando dudas y utilizando una expresión que hacía referencia a los últimos días del padre Llimona en cuanto a que es diferente hablar del dolor y no padecerlo.

Nosotros, en cierta forma, nos movemos entre las dudas. No lo tenemos claro. Si nos parecía que alguna cosa teníamos clara al principio, las dudas van asaltando a medida que se va recorriendo ese camino o ese trayecto. Pero tenemos que buscar alguna luz.

Tenemos que buscar la verdad o por lo menos intentarlo. Somos conscientes, naturalmente, de nuestras limitaciones y de nuestras capacidades.

La eutanasia plantea un conflicto entre unos derechos fundamentales, unos derechos protegidos constitucionalmente, el derecho a la vida y el derecho a la libertad, el principio de la bioética de la autonomía.

Tradicionalmente, en nuestra cultura y en el ordenamiento jurídico prevalece el derecho a la vida sobre el derecho a la libertad de la persona, aunque es bien cierto que cada vez se considera más la decisión de la persona.

Sólo falta recordar que en este tótem revolútem --como decía el profesor Rubert de Ventós-- tradicionalmente se han ido cambiando los papeles de aquella medicina paternalista tanto en la intervención del médico de la familia como en la del enfermo, pues la decisión es pactada, aunque puede darse muchas veces el caso de la renuncia a decidir sobre la propia vida.

Somos cobardes y más en estos momentos. Hemos de hablar de cobardía, aunque no sé si lo es, o de lo que fuere. Tampoco quiero entrar en la cuestión. En cualquier caso, uno decide entre su libertad y su propia vida.

He dicho que se da cada vez más preponderancia a la autonomía del enfermo, al derecho a la libertad, sobre todo cuando se rechazan --y en eso no tengo ninguna duda o tengo pocas pues antes he dicho que iba caminando ente dudas-- tratamientos. Estamos de acuerdo en desenchufar, pero ¿hasta qué punto enchufamos? ¿En qué momento hemos de hacer algo? Si es en contra de la voluntad del enfermo entiendo que no ha de hacerse, pero, en cualquier caso, ¿hasta qué punto puede decidir una tercera persona en esa disquisición no desde el punto de vista del ordenamiento jurídico, sino desde una perspectiva filosófica? ¿Hasta qué

punto una tercera persona puede intervenir? ¿Hasta qué punto es lícito moralmente? Esta es una duda que --aunque continuaré teniendo dudas-- quisiera despejar y seguro que cuando usted me conteste --además de tener su opinión-- me ayudará a aclararme, a esclarecer mis ideas. Esta es quizás la única pregunta que quería hacerle.

Usted ha dicho también que los avances técnicos no esclarecen el dilema moral. Qué duda cabe. Pero el hilo es ya tan fino tan fino que desde el punto de vista moral las situaciones se agravan y tomar una decisión desde el punto de vista ético, moral o cualesquiera otro es mucho más difícil.

En cualquier caso, quería pedirle disculpas a usted, en primer lugar, a todos los miembros de la Comisión y a la Presidencia, porque me tengo que ausentar para asistir a otras Comisiones. Pido disculpas de antemano.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

Todos lamentamos que su señoría tenga sobrecarga de trabajo y nos abandone. Pero le informaremos puntualmente de lo que ha ocurrido en la sesión.

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

La señora RODRIGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero pedir disculpas por no haber llegado a tiempo debido a problemas aéreos y no haber podido escuchar toda la intervención del señor Rubert de Ventós.

Quiero comenzar diciéndole que agradezco que haya planteado los efectos perversos que puede tener una no regulación de la eutanasia. Nos hemos acostumbrado en esta comisión a la utilización de los hipotéticos efectos perversos de una posible regulación como argumento en contra de la misma, y por cierto esos efectos se nos han presentado siempre como algo seguro e inevitable. En alguna ocasión hemos hablado de las cifras clandestinas de eutanasia. Es cierto que no disponemos de ningún estudio que nos sirva para valorar cuál es la realidad de éstas y de otras decisiones o actuaciones que se dan o se pueden dar en la práctica clínica llegados los momentos del final de la vida de una persona. Es cierto que no tenemos datos para asegurar y confirmar que en nuestro país se practica la eutanasia, pero tan cierto como que tampoco los tenemos para afirmar que no se practica. Sin embargo hay quienes sospechamos que la ayuda directa para morir no es tan anecdótico como en público y desde el estamento sanitario, entre otros, se manifiesta y reconoce. Creo que lo que sucede es que la situación actual favorece la clandestinidad y la arbitrariedad y parece evidente para muchos que esa falta de transparencia posibilita la existencia de mayores peligros y mayores riesgos de abuso. Por eso agradezco especialmente su apuesta por regular de una forma rigurosa y restrictiva algo que aunque no se ha considerado como un derecho por algunos va a seguir siendo reivindicado por otras personas y quizá practicado sin garantías ni controles, como usted bien ha dicho.

Por último le quería trasladar unas reflexiones a las que doy muchas vueltas al comprobar las dificultades con las que nos encontramos a la hora de alcanzar consenso en cuestiones como la eutanasia, el aborto, etcétera. Nos encontramos ante dos convicciones sobre la naturaleza de la vida humana que parecen irreconciliables, habida cuenta de que ante cuestiones de creencia no caben argumentos: hay quien cree en la vida humana como un valor absoluto, como un bien no sólo inviolable sino indisponible por su titular, mientras que hay quienes creemos en la vida humana como el sustrato que hace posible el ejercicio de la libertad y de todos los demás derechos, y quienes creemos que el derecho a la vida no conlleva el deber de vivir, por lo que nuestra vida es disponible por nosotros mismos. Ante la existencia de estas dos convicciones. ¿Qué cree usted que podríamos hacer para que aquellas personas que consideran que su vida no les pertenece y que no pueden disponer de ella puedan, como ya pueden ahora, vivir y morir de acuerdo con sus convicciones? O ¿qué hacer para que aquellas personas que entienden que pueden disponer de su vida en esos momentos finales, porque consideran que seguir vivo en esas circunstancias de enfermedad es peor que la propia muerte, puedan morir de acuerdo con sus convicciones? Quizá tendríamos la solución si pudiéramos responder diciendo que sólo se debería prohibir aquello que lesiona las libertades ajenas. Creo que en un principio podríamos estar todos de acuerdo con esta máxima, y tendríamos la solución si al tratar de creencias sólo tuvieran cabida la tolerancia y el respeto mutuos. Pero no parece que sea así, porque el problema surge cuando, quienes creyendo que su concepción de la vida y de la muerte es dogma de fe, se sienten lesionados porque otras personas no vivamos de acuerdo con ese dogma. Es decir, el problema surge cuando se pretende que ese dogma y esa convicción acerca del carácter absoluto de la vida sea

universal, en cambio otros no nos sentimos agredidos porque otras personas puedan vivir de acuerdo con sus creencias, sin abortar y sin utilizar métodos anticonceptivos artificiales, y sin solicitar la eutanasia. ¿Qué es lo que se puede hacer para lograr una sana convivencia entre ambas convicciones? ¿Cree que es posible? Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senadora Rodríguez Fouz.

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

El señor CASTELL CAMPESINO: Muchas gracias, profesor Rubert de Ventós.

Quiero agradecer, cómo no, su presencia y su opinión, tanto desde el punto de vista filosófico como personal. Entiendo que la misma, junto a otras opiniones que vamos a tener de otros filósofos, servirán de trabajo a esta Comisión Especial.

Estoy totalmente de acuerdo con el apartado que usted y el Senador Cardona han relatado sobre los avances científicos y el dilema, y más que plantearle una pregunta quisiera que me hiciera una aclaración. No he entendido el pasaje de su exposición en el que habla de que cuando se rechaza el derecho de morir se niega... y no he entendido el resto. Le rogaría, si es tan amable, que haga un poco de memoria.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Castell.

Profesor Rubert de Ventós, tiene la palabra para responder a los portavoces, con el ruego incluido del portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

El señor RUBERT DE VENTOS (Filósofo): Señor Cardona, creo que tiene razón al decir que los avances técnicos han agudizado los problemas precisamente porque somos competentes y capaces de hacer más cosas.

Como decía, no está en manos de Dios sino que está en nuestras manos, y por tanto la cuestión es qué hacemos con nuestras manos. Este es un problema que no teníamos en muchos ámbitos, lo que genera por parte de algunos una nostalgia de aquellas épocas en las que no estaba en nuestras manos, por tanto no podíamos hacer nada y por tanto no éramos responsables.

Respecto a cuáles son las concepciones fundamentales --y esto liga con la intervención de la Senadora Rodríguez Fouz-- desde las que se habla, y si pueden llegar a ser compatibles, en principio estoy absolutamente de acuerdo con la posición que ha expresado. Yo creo que tiene que ver, y no me quisiera meter en honduras, con la relación que tenemos nosotros con nuestras convicciones. Yo creo que deberían ser compatibles las concepciones de los que creen en la vida biológica y de los que creen en la vida libre como último sustrato, como última preferencia, como legitimador. Creo que unos y otros --una actitud más conservadora o más progresista, ambas entre comillas--, deberíamos mantener con nuestras convicciones una relación de mayor distancia. Escribí un libro de ética en el que argumentaba que no hay que ser responsable sino «responsable», en el sentido de que muchas personas que conocemos son responsables, y ante cualquier fenómeno que aparezca ante ellos, ante menesterosidad de una persona, la llamada de un niño, una persona en peligro, siempre responden conforme a sus principios. Por tanto, el hijo, la mujer, el menesteroso, no es más que un ejemplar pretexto para seguir ejerciendo sus principios, y muchos problemas de la vida moral aparecen cuando el ojo --como decía Machado, el ojo que te ve no es ojo porque te vea, es ojo porque te ve--, una persona o una situación te hace romper tus propias ideas al respecto; en ese caso se produce un acto moral en el que yo, este individuo, dejo de ser un ejemplar pretexto para ejercer lo que creo que es ser padre y lo que entiendo que es ser marido, la situación rompe el aparato de respuestas que yo tenía para enfrentarme a él. Creo que la capacidad que tenemos para que pueda más la demanda externa que la convicción interna en un momento determinado forma parte de la dialéctica en la moral, y si fueran capaces de eso unos y otros llegarían quizá en algunas situaciones a compatibilizarlo.

Volviendo a lo que me sugería el señor Cardona --y ha aludido a ello también la señora Rodríguez Fouz--, le contaría una experiencia relativa a las concepciones del mundo o del hombre que están en el fondo de muchas decisiones, que no se mentan nunca, que nunca se nombran, que es lo no dicho de lo que se discute, que es lo tácito que está en cualquier discusión. Esto lo experimenté la única vez que intervine en una Comisión de este tipo en el Parlamento español exponiendo una tesis sobre la incineración artificial, en la que fracasé rotundamente --quizá ustedes tengan los documentos que se aprobaron--. Recuerdo que una discusión que parecía una «technicality» acabó manifestándose como una concepción clarísima de lo que es el hombre. Ustedes saben que cuando se copia de los Parlamentos se llama legislación comparada y nosotros intentábamos copiar las legislaciones anglosajona y sueca. A diferencia de lo que acostumbra a ocurrir, que es que entre una y otra hay matices, si en una se pide un año, en la otra se piden dos, si en una se pide una edad de 21 años, en otra

varía un poco; en este caso las legislaciones eran opuestas por el vértice. Es decir, en Inglaterra se exigía que el semen del que se servía uno fuera firmado, y en Suecia se exigía que fuera anónimo. Pocas veces se producen situaciones de este tipo tan diametralmente opuestas.

Recuerdo que un sacerdote que participó en esta Mesa, con un razonamiento más propio de un economista que de un religioso, argumentó a favor del anónimo, en el sentido de que en Inglaterra se estaba produciendo una gran huida hacia Suecia, no de capital sino de semen, lo que constituía un gran problema, porque la gente quería donar pero no quería firmar. Además de estas argumentaciones económicas o técnicas, existía una concepción individualista o familiarista en el hombre. Hoy día están muy claras las actitudes liberales y las actitudes comunitaristas. Yo, aunque por catalanista y otros motivos, pertenezco a la comunitarista, sin embargo, en este caso, opté --y me parece justo-- por una actitud individualista en lo relativo a que si este semen es firmado no es necesario que el individuo sepa de quién es hijo, pero puede saberlo si lo desea en un momento determinado de su vida. Condenar a una persona a no poder conocer nunca cuál es su caldo genético, me parece atentar contra un derecho fundamental del individuo. Claro está que al aceptar esto, ponemos una espada de Damocles sobre la familia que adopta. A mí, como comunitarista, no me parece justo que sobre estas personas que después de hacer ese gesto, de esa identificación, que ya consideran a esa persona como su hijo, esté planeando la sombra de otra persona que un día lo reclame, o bien que sea el propio hijo quien lo solicite. En Inglaterra era el hijo quien tenía que solicitarlo porque se suponía que al alcanzar los 21 años tendría esa necesidad, lo cual también me ocurriría a mí, ya que sólo me interesan las virtudes que me han sido concedidas, sólo me interesa de mí mismo aquello que descubro en un abuelo o en un hijo. Para mí, para las personas que somos así, sería un menoscabo fundamental no conocer el caldo genético al que respondemos, con los costes que puede tener una visión más comunitarista, con todos los riesgos y alures que puede tener. Estas dos posiciones no son irreconciliables, sino distintas. Por tanto, con esta actitud, se podrían conocer los propios prejuicios, que a veces es tanto o más importante que emitir nuevos juicios. El conocimiento de los prejuicios desde los cuales yo defendía el semen firmado, y el conocimiento por parte de la otra persona de los suyos desde los cuales mantiene su postura, me parece que nos coloca a ambos a una distancia óptima respecto a nuestros propios convencimientos. En este sentido, esta simple conciencia de qué concepto de hombre, qué reflejos morales, qué manera de ser, qué convicciones ideológicas tenemos, está en el fondo de las decisiones que adopto; los prejuicios que no podemos superar, pero sí conocer, porque muchas veces se dice que hay que eliminar prejuicios, pero no sé cómo, si yo soy --gracias a Dios-- un noventa por ciento prejuicios, para que la poca capacidad intelectual que me queda la pueda aplicar al diez por ciento restante. Bien estaríamos si no fuéramos un noventa por ciento prejuicios.

Ahora bien, puesto que no puedo salvar este noventa por ciento de prejuicios que han constituido nuestra educación, nuestra manera de ser, nuestra propia experiencia, sí puedo conocerlos, y no hay duda de que siendo así, tengo una valoración de diálogo y de comprensión con personas cuya concepción del hombre puede corresponder o no con la mía. Esta es mi opinión. No sé si he contestado al señor Castell.

El señor CASTELL CAMPESINOS: Se refería usted al apartado en el que comentaba si tenemos derecho a acabar con la vida del paciente terminal, y ha hablado de un pensamiento laico y otro religioso. En el laico se refería a que el hombre es la naturaleza tomada de sí misma y, por tanto, de alguna manera debería tener derecho a decidir, y después ha mencionado que en ocasiones se rechaza el derecho a morir.

El señor RUBERT DE VENTOS (Filósofo): Mi expresión venía a decir que defender que la vida tiene que seguir su curso siempre es defender que su cesación debe tener que ver con fenómenos como las plaquetas, el nivel de urea en la sangre, etcétera. Ahora bien, mis plaquetas o mi nivel de urea son elementos míos como mi conciencia y mi voluntad. Si se ha definido al hombre como la naturaleza tomando conciencia de sí misma, parecería que esta conciencia es un elemento más definitorio del hombre y que aquello que lo define debería ser aquello que le permite decidir. También me refería a que si pienso que el hombre no es la naturaleza tomando conciencia de sí misma, sino obra de Dios, la chispa de divinidad que pueda haber en mí, está más cercana a mi voluntad y a mi conciencia que a mis plaquetas. Por consiguiente, es bueno que lo decidan mi voluntad y mi conciencia, que son lo más divino que tengo en lugar de mis plaquetas. En ambos casos, es decir, naturalista o religiosamente, que sea mi libertad, mi voluntad, mi decisión y mi conciencia las que decidan cuándo cesa mi vida o, dada la menesterosidad de la situación en la que me encuentro, que existan personas que

bajo muchos controles, precisamente porque hemos hecho explícito este derecho, me ayuden a ello, me parece justo, equitativo y saludable, como se nos decía en la Iglesia.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (Pausa.) Tiene la palabra el Senador Bellido.

El señor BELLIDO MUÑOZ: Gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecer al señor compareciente su exposición y únicamente quisiera hacerle una pregunta.

Ha sido rotundo y categórico al afirmar que en el siglo XXI tendremos que matar y rematar a nuestros mayores, siempre con la complicidad voluntaria de los mismos. Me imagino que al igual que se refiere a los mayores, habla también de los adultos, de los jóvenes porque, evidentemente, a ninguna edad se está libre de contraer un tipo de enfermedad como las que pueden llevar a la solicitud de la muerte.

Mi pregunta es si desde una posición filosófica que entiendo debe sustentarse también sobre otros criterios, piensa el compareciente que la evolución del pensamiento humano, a lo largo del próximo siglo, va a llevar a que exista una demanda mayoritaria de la práctica de la eutanasia y, sobre todo, si no piensa que mediante los avances tecnológicos a los que nos hemos referido y también debido a la propia evolución del pensamiento humano desde los puntos de vista filosófico, religioso, ético, moral, etcétera, no se producirán soluciones distintas a la que se nos plantea, que es cuestión de estudio por la propia Comisión.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Bellido.

Tiene la palabra el señor compareciente.

El señor RUBERT DE VENTOS (Filósofo): Son varias y buenas sus preguntas.

Por una parte, tenemos una inercia en nuestras respuestas morales que origina que a menudo estemos respondiendo a lo que tenemos delante desde sistemas de respuestas que se formaron en un tiempo en que el contexto era distinto, incluso a nivel fisiológico y biológico, cuando vemos que todavía se nos erizan los pelos o nos ponemos rojos, reacciones somáticas relevantes de cuando vivíamos en la selva, y teníamos que asustar al otro. Usted habrá notado que se le eriza el pelo cuando tiene mucho miedo. Está claro que esto pertenece a cuando usted y yo éramos leones y veíamos a un animal que nos asustaba. Yo todavía muevo las orejas. Este hecho o el hecho de que a usted se le pongan los pelos de punta, cosas que ya no son funcionales, a nivel biológico, no ideológico, este sistema de respuestas automáticas que corresponden a un contexto que ya no es el suyo, nos hace pensar que nuestras respuestas morales, por así decirlo, responden a menudo al espejo retrovisor, es decir, estamos contestando a lo que pasó y no a lo que tenemos delante. Alguien había comentado que todos somos hoy inmigrantes en el tiempo. Todos vivimos en una segunda época en nuestra vida en un contexto que no era en el que habíamos nacido. Por tanto, hay una lógica retardataria, una viscosidad en las respuestas morales en relación con los «issues», con los temas que se nos presentan.

Por otro lado, respecto de la persona que va a morir, he hablado de una dialéctica o lógica propia de ese proceso que no creo que se pueda transformar fácilmente. En este sentido, se podría hacer una encuesta, por ejemplo, sobre si la creencia en la otra vida ha ayudado a apaciguar o a aumentar el miedo a la muerte. Porque se teme a la muerte y se teme morir, que son dos cosas distintas; todo el mundo teme morir y, además, teme a la muerte, a lo desconocido, a lo que hay después. Por tanto, ¿la creencia en otro mundo ha servido para aumentar o para disminuir ese temor? Yo creo que ha ayudado a ambas cosas. Por ejemplo, una personalidad como Miguel Ángel reflejaba en uno de sus textos su obsesión por ir al infierno, y eso constituía parte de su angustia. En cambio, otras personas se han podido entregar en manos de Dios. Por consiguiente, hay una serie de cuestiones que no creo que puedan variar sustancialmente los avances técnicos.

Y en cuanto a si esos avances técnicos van a permitir unas formas de muerte, no ya naturales o artificiales, sino más en sintonía, es posible que eso ocurra, ya que la ciencia-ficción nos está dando muestras de formas de disipación y, por tanto, de formas de eutanasia. Y como lo que no resistimos es la visión --ojos que no ven, corazón que no siente--, seguramente se podría conseguir que se matara sin visualizar ese proceso; es decir, formas de virtualización, de difuminación y, por tanto, acabar con una persona sin que ese hecho, tanto para ella, como para quien lo llevara a cabo, tuviera que ser tan visible. No sé si era Bertrand Russell quien decía: Si ahora, moviendo un dedo, y sin que lo supiera nadie, pudiera conseguir que mi mayor enemigo se muriera, ¿quién no lo haría? Imagínense, pues, si pudiéramos matar a la abuela sin que ella lo supiera, sin que lo supiese su familia, sin que eso se viera, etcétera.

Porque, ¿tenemos vergüenza de algo que sabemos que nadie nunca sabrá? Pues del mismo modo que nos avergonzamos cuando algo se sabe, y a menudo no lo hacemos mientras no se sabe o no hay peligro de que se sepa, podemos acabar creyendo que no lo hacemos. En la medida en que seamos bastante lábiles moralmente como para querer creer --porque una cosa es lo que uno cree, y otra, lo que quiere creer-- que los nuevos métodos de eutanasia que tengamos consisten en procesos paranaturales --no paranormales--, conseguiríamos sin duda esta forma «soft» o delimitada de eliminarlos.

Por tanto, creo que eso sería una variación. Pero, a pesar de que vamos a tener un gran abanico de coartadas, creo que no hay técnica que nos salve de la tragedia humana, de temas como la libertad, el dolor, la soledad, la menesterosidad, la cooperación, o la solidaridad en el momento en que los nuestros nos abandonan y nosotros abandonamos a los nuestros; es decir, de esa dimensión trágica del nacimiento y la muerte.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (Pausa.) Así pues, tan sólo me resta volver a agradecer al profesor Rubert de Ventós su presencia, su intervención y sus manifestaciones. Personalmente le agradezco que nos haya colocado ante nuestros propios perjuicios, porque creo que es muy saludable conocerse a sí mismo cada vez mejor, e incluso le doy las gracias por hacernos dudar a la hora de preparar el informe que esta Comisión tiene que elaborar.

Muchas gracias.

Se suspende la sesión hasta las doce y media, en que la reanudaremos con el próximo compareciente. (Pausa.)

--DE DON JESUS BALLESTEROS LLOMPART, CATEDRÁTICO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA (713/000828).

La señora PRESIDENTA: Señorías, vamos a continuar con el orden del día previsto para hoy. Es un placer para mí presentarles a don Jesús Ballesteros Llompart, Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Valencia.

Profesor Ballesteros, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio, le quiero dar la bienvenida a esta Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia y el derecho a una muerte digna.

Tiene la palabra el profesor Ballesteros.

El señor BALLESTEROS LLOMPART (Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Valencia): Con la venia, señora Presidenta.

Es para mí un honor comparecer ante esta Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia y reflexionar sobre los aspectos que, desde la filosofía del derecho, son más relevantes para esta cuestión.

La eutanasia, como muerte provocada de modo activo o pasivo para evitar los sufrimientos del enfermo en el ámbito de un tratamiento médico, en principio se presenta bajo dos modelos distintos.

Desde el ámbito de la filosofía del derecho, el primer aspecto a considerar es la eutanasia voluntaria, que se fundamenta en el carácter disponible de la vida humana por parte del sujeto titular de la misma.

Según los defensores de este tipo de eutanasia, la ley debería reconocer el valor de los llamados testamentos vitales, en los que los individuos solicitan que se les provoque la muerte si surgen ciertas eventualidades como, por ejemplo, una enfermedad terminal o una enfermedad crónica, con padecimientos físicos o psíquicos difíciles de soportar. A este supuesto de eutanasia podrían enfrentarse distintos argumentos, desde el ámbito de la antropología, de la ética y de la filosofía del derecho, que voy a exponer de modo gradual; es decir, de menor a mayor relevancia, desde mi punto de vista.

El primero de los argumentos a oponer al problema de la legalización de la eutanasia, desde el punto de vista de la disponibilidad de la vida, estaría relacionado con el tiempo de la decisión de la misma. Lo importante sería conocer cuál es la voluntad actual del paciente y ello puede resultar imposible en el supuesto de los enfermos en estado vegetativo persistente. Se ha dicho que aun cuando el «yo presente» de un individuo juzgue que al disponer de estos bienes realiza un acto --en grado máximo--, un ideal o proyecto personal, en un eventual «yo futuro» --determinado por valoraciones, creencias y actitudes diferentes-- podría sentirse frustrado por la pérdida de este bien. En el caso de la disponibilidad de la vida se impide el surgimiento de ese «yo futuro», lo que podría conducir a la conclusión de que se produce un daño semejante al de un homicidio.

En este sentido, resulta sintomático que los porcentajes en favor de la despenalización de la

eutanasia en las encuestas descienden según avanza la edad de los encuestados y su ingreso en los hospitales. Quienes trabajan en los servicios médicos con fuerte mortalidad --oncología, geriatría-- reconocen que las peticiones de eutanasia son poco frecuentes y que es raro que subsistan cuando el paciente se ve rodeado de afecto y se cuida atentamente de aliviar los dolores.

El segundo argumento en contra de la despenalización de la llamada eutanasia voluntaria se relacionaría --también dentro del ámbito de la antropología filosófica y de la filosofía política-- con la necesidad de superar el modelo individualista, que imagina la libertad como independencia respecto de los otros, que cree que se es tanto más libre cuanto más independiente respecto de los otros, y manifiesta, por el contrario, que el ser humano es estructuralmente un ser en relación, necesitado de los otros, interdependiente respecto de los otros, por tanto, que somos en cuanto somos en relación con los otros.

Por ello, ha podido decirse que la decisión de prescindir de la propia vida no puede presentarse como un acto intransitivo, sino como un acto transitivo, ya que afecta a terceros. Por eso, sería, desde el punto de vista antropológico y moral, dudosamente justificable. Así, ha escrito Laín en el prólogo al libro colectivo «Eutanasia hoy, un debate abierto», lo siguiente: «Reconozco tu derecho de persona humana a actuar autónomamente, pero sólo cuando tus actos sean auténticamente intransitivos, cuando el término de ellos seas tú y nada más que tú.

¿Estás seguro de que tu suicidio y el de cualquier otro hombre es un acto total y verdaderamente intransitivo? Tu suicidio, además de la destrucción de tu vida, será también causa de daño, dolor, perjuicios diversos que pueden sufrir otras personas y, en tal caso, ¿tendrás derecho a quitarte tu vida?» Un tercer argumento, que incidiría ya más en los aspectos estrictamente jurídicos --el anterior se movería en el ámbito de la ética--, tendría que ver con el modo de concebir los derechos humanos y, concretamente, el derecho a la vida. Los derechos humanos y, especialmente, el derecho a la vida no deberían interpretarse, a mi modo de ver, de acuerdo con el modelo individualista de la propiedad, que es lo que llevaría, lógicamente, a justificar claramente la eutanasia voluntaria. Deberían verse como derechos inalienables, derechos indisponibles, en la línea de lo que ya indicé, precisamente, el gran filósofo de la autonomía de la voluntad, el gran teórico del imperativo categórico y de la defensa de la dignidad de la persona en la modernidad, Immanuel Kant, al oponerse a la máxima estoica de que nadie puede hacerse a sí mismo injusticia. Dice Kant: «Parece, en principio, absurdo que el hombre pueda ofenderse a sí mismo. De ahí que el estoico considere como un privilegio de su personalidad salir de la vida voluntariamente, con el alma tranquila, sin estar apremiado por el mal presente o previsible. Pero precisamente este valor hubiera tenido que ser para él el móvil para no quitarse la vida.

Disponer de la vida como un simple medio para cualquier fin supone desvirtuar la humanidad en su propia persona.» El carácter renunciabile del derecho a la vida, por otro lado, resultaría cuestionable por su similitud con los derechos económicos y sociales. La vida, por lo tanto, debería verse como un bien irrenunciable, del mismo modo que las conquistas sociales. Podría decirse que, mientras los derechos económicos y sociales deben defenderse frente al neoliberalismo rampante, los derechos de los enfermos terminales deberían defenderse contra los recortes presupuestarios en sanidad. Se ha dicho que cuando un paciente quiere morir es porque se encuentra en condiciones que considera peores que la misma muerte. Estas condiciones suelen deberse a marginación social o a dolor físico. En estos casos la sociedad tiene la obligación de poner todos los medios a su alcance para evitar esas situaciones de marginación, que pueden llegar a ser tan grandes que hagan de la vida algo abyecto e insoportable. Una sociedad civilizada y decente no puede descuidar estas obligaciones de justicia con los enfermos y ancianos hasta el punto de colocarles en situaciones que les hacen preferir la muerte y luego atender solícitamente a tal petición.

Los argumentos citados hasta ahora en contra de la despenalización de la eutanasia voluntaria pueden verse más quizá --salvo este último-- como de índole moral, afectando, sobre todo, a la conciencia del paciente. Por ello, los que expondré a continuación tienen, por el contrario, un carácter decididamente jurídico en cuanto que relevante para el comportamiento de terceros. En primer lugar, habría que decir en este sentido que, aun en el supuesto más simple de enfermedad terminal, con testamento vital y mantenimiento consciente de la solicitud de muerte, en mi opinión, la eutanasia no debería ser despenalizada, ya que iría en contra de los principios fundamentales de la deontología médica, que está basada en los principios del prevenir, del curar, del paliar y el acompañar y excluye la eutanasia incluso en caso de solicitud del paciente. La eutanasia arruinaría la confianza del paciente en el médico en cuanto se opone al principio fundamental del comportamiento, que es el de la no maleficencia. Aunque

se admitiera la moralidad de la renuncia a la vida desde el punto de vista ético, ello no puede compararse con un derecho del paciente a que el médico le quite la vida. Se trata de dos supuestos completamente distintos. Una cosa es el problema de la moralidad de la renuncia a la vida, que no afecta en absoluto al Derecho, y otra cosa es que se pretenda justificar un derecho del paciente a que el médico le suprima la vida. Así, recientemente, el 26 de junio de este año, el Consejo de Europa ha reiterado en un informe que el deseo de morir no constituye base legal para que un tercero practique la eutanasia.

Ahora bien, conviene poner de relieve que, a mi modo de ver, desde el punto de vista de los derechos de la persona y de la filosofía del derecho, es tan contrario a la misma la eutanasia propiamente dicha como el encarnizamiento terapéutico. Por ello, habría que distinguir claramente dos situaciones: la del enfermo curable, en la que rige el principio de la no maleficencia hipocrático, y la del enfermo incurable, en la que rige el principio de paliar el dolor aunque ello pueda acortar la vida. Una cosa es auxiliar a un enfermo en su muerte, queriendo acompañarle en su desgracia, procurando aliviar su dolor, tratando de reconfortarle, y otra muy distinta es matarlo. La causa de la muerte difiere según el caso considerado. Cuando un médico decide no empezar o parar un tratamiento a la larga inútil y desproporcionado el paciente morirá como consecuencia de la patología mortal que sufría. Por el contrario, si el médico administra al paciente una sustancia letal este acto constituye la causa de la muerte del paciente. Igualmente, existe una diferencia en la intención. En el primer caso lo que se pretende es ahorrar al paciente un sufrimiento inútil. En el segundo lo que se provoca es su muerte. La intención, por lo tanto, diferencia radicalmente la medicina paliativa, con la que coincidimos enteramente, y la eutanasia.

Pero, además de este elemento que consideramos fundamental --la no confusión entre la disponibilidad de la vida y el derecho a que un tercero, especialmente el médico, pueda causar la muerte--, existe también otro argumento --éste yo creo que de carácter, en cierta medida, empírico, constatable en la experiencia--, que se refiere al hecho de que la despenalización de la eutanasia voluntaria puede provocar --y, de hecho, ya ha provocado en algunos países-- la despenalización de la eutanasia involuntaria.

La despenalización implica, de suyo, una fuerte presión psicológica sobre los enfermos más vulnerables, que se sienten obligados a pedirla para ellos, para no seguir causando molestias. Esta sería a su vez la base del informe del Comité de Selectos, de la Cámara de los Lores, semejante a ésta en la que me honro en estar participando, del año 1994, así como también de la sentencia del Tribunal Constitucional norteamericano, en el año 1997, para oponerse a la despenalización de la eutanasia: el hecho de que la despenalización de la eutanasia voluntaria acaba generando la despenalización de la eutanasia involuntaria.

Tal peligro existe también, de hecho, en Holanda donde la despenalización judicial --porque de hecho no existe la despenalización propiamente desde el ámbito legislativo-- ha llevado hacia la despenalización de la eutanasia por pretendida indignidad de la vida, y por tanto del otro supuesto que luego veremos de la eutanasia involuntaria. En el año 1990 se registraron mil casos de eutanasia realizada sin consentimiento o conocimiento del paciente. Por término medio, las eutanasias no voluntarias son más del 50 por ciento de las practicadas.

El segundo y más reciente argumento en favor de la despenalización de la eutanasia, que puede o no coincidir con el primero --en muchos casos se argumenta en favor del primero, pero no del segundo, y viceversa-- en este caso la llamada involuntaria o por compasión, procede del pretendido carácter indigno de determinadas situaciones vitales, especialmente en supuestos de pérdida de consciencia y de independencia o capacidad de valerse el paciente por sí mismo. La argumentación en este caso --procede sobre todo del dualismo filosófico de la filosofía utilitarista-- se basaría en la distinción entre el concepto de ser humano y el de persona que, desde esta perspectiva, no vendrían a coincidir. El ser humano sería el miembro de la especie biológica humana y no todo ser humano sería considerado persona; persona sería aquel ser humano que presenta determinadas cualidades, como la autoconciencia, la libertad, que le hacen capaz de vida biográfica. Sólo esta vida biográfica sería vida con calidad y tendría derecho a ser defendida.

Desde esta perspectiva del pretendido carácter indigno de determinados supuestos vitales, se opone el concepto de calidad de vida al concepto de inviolabilidad de la vida, considerando que puede haber supuestos en los cuales lo único compatible con la dignidad de la persona sea la eliminación de la vida. En este sentido, me parece fundamental distinguir entre dignidad humana y calidad de vida, en cuanto que la dignidad humana es algo que en mi opinión acompaña, de modo permanente, al ser humano; la dignidad es algo que constituye ontológicamente al ser humano; el ser humano es siempre digno, la dignidad no se pierde por

dolor, dependencia, inconsciencia, etcétera, por tanto, nadie tendría el derecho de juzgar sobre el valor de la vida de otro sujeto. Otra cosa son las condiciones concretas en las que se encuentre un ser humano, que éstas sí que merecen un juicio de mayor o menor calidad; por tanto, la calidad de vida sí es ya un concepto no ontológico, sino existencial o incluso psicológico, sociológico, que, por tanto, puede variar según los distintos supuestos.

El criterio que debe prevalecer en Derecho es el de que hay que tratar de encontrar la mayor calidad de vida posible para todos los seres humanos, y en ese sentido el concepto de calidad de vida debe venir asumido. Ahora bien, es cierto que para tratar de encontrar la mayor calidad de vida posible para todos los seres humanos el criterio existente que más se aproxima es el de los cuidados intensivos, es el de la medicina paliativa, que logra suprimir el dolor en la mayor parte de los supuestos, sobre todo de enfermos terminales. Por tanto, una vida de baja calidad no mejora eliminándola, sino transformando las circunstancias que la acompañan. Por consiguiente, para lograr la mayor calidad de vida posible es necesario que se tenga en cuenta y se generalice la medicina paliativa.

El paciente terminal puede incluso considerarse que puede gozar de una dimensión elevada e intensa del vivir, como se señala en alguna obra literaria como la de Tolstoi, en «La muerte de Ivan Ilich», como ponen de relieve memorias de ilustres personajes, como Mitterrand. El desvalimiento, la dependencia, el no poder cuidarse a sí mismo- no es algo que pueda ser considerado indigno, por el hecho de que la condición humana implica la dimensión de la vulnerabilidad. El gran riesgo que nos encontramos, ante el siglo XXI, como se ha expuesto por diferentes autores, es que se olvide la dimensión de la vulnerabilidad humana, considerando que la dimensión del cuidar y del ser cuidado es una dimensión indigna. Por el contrario, yo diría que la clave de la cultura y del progreso radica en el valor asignado a esa dimensión del cuidar.

Por ello, el ser cuidado no es algo que implique indignidad, sino que por el contrario es una situación que puede considerarse acorde con la dignidad humana.

Por otro lado, puede decirse que el fundamento antropológico de los planteamientos en favor de la eutanasia coinciden --aunque esto pueda parecer a primera vista una «boutade», una afirmación injustificada--, coinciden con los planteamientos de la obstinación terapéutica en lo que se refiere al problema de que en ambos casos parece que lo fundamental son los aspectos técnicos, es decir, cuando ya no se puede curar, cuando el enfermo es incurable, no queda más que suprimirle. Por el contrario, cuando desaparece la posibilidad del curar es cuando empieza la dimensión del cuidar, que es una dimensión de extraordinaria relevancia humana, y a la cual tendrían por lo tanto derecho los enfermos incurables.

Al mismo tiempo, creo que es importante subrayar, desde el punto de vista de lo que deberían considerarse derechos del enfermo terminal, la dimensión del derecho al acompañamiento, la necesidad de que el enfermo terminal no sea marginado; el cuidado y el acompañamiento constituyen la mejor calidad de vida posible, y uno de los mayores males actuales --como han señalado ilustres autores-- estriba en el hecho de la muerte en solitario, que es, por desgracia, tan frecuente en nuestros días.

Por último, paso a hacer referencia al segundo argumento a favor de la despenalización de la eutanasia: el argumento de la indignidad de determinadas situaciones vitales. Podría decirse que, aunque la distinción entre vida digna e indigna desde la perspectiva de la eutanasia en la actualidad se hace para evitar el sufrimiento ajeno o el estado de dependencia integral frente a situaciones de la eutanasia que se han podido presentar en el pasado, sin embargo, la distinción entre vida con valor y vida sin valor corre el riesgo de ser interpretada, no en sentido hedonista en favor del paciente, sino en sentido hedonista en favor de quien deba atenderlo o, aún peor, en sentido economicista, de acuerdo con el principio de que «Tu vida no es rentable para la comunidad».

El economicismo como pensamiento y estilo de vida dominante en el mundo actual es hoy demasiado fuerte como para que se le den oportunidades para que amplíe su nivel de influencia. Conviene tener en cuenta el dato de que, en el mundo contemporáneo, el 80 por ciento del gasto sanitario se produce en los tres últimos años de la vida de una persona, y que el 70 por ciento de las muertes tiene lugar en los hospitales.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, profesor Ballesteros.

Pasamos al turno de portavoces.

En ausencia de representantes del Grupo Mixto y del Grupo de Senadores Nacionalistas Vascos, tiene la palabra, en nombre del Grupo de Convergència i Unió, el Senador Cardona.

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

Sólo deseo agradecer al profesor Ballesteros su comparecencia y su exposición, así como pedir disculpas por no haber estado antes presente.

A pesar de ello, por lo que he oído desde que he entrado en la Comisión, me parece que estamos totalmente de acuerdo con lo que ha dicho. Además, sería absurdo que planteara cualquier cuestión no habiendo podido estar atento a toda su exposición.

Vuelvo a repetir mi agradecimiento por la comparecencia.

Gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

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

La señora RODRIGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, y en nombre de mi Grupo, deseo dar la bienvenida al profesor Ballesteros, así como agradecerle su exposición.

Ha mantenido usted hoy aquí que el ser humano no es sólo autonomía sino que también es interdependencia, y nos ha recordado las palabras que el doctor Laín Entralgo ponía en boca de un hipotético negador del derecho al suicidio.

Pues bien, lo que quiero plantearle es que, si aceptamos la existencia de esa función social de la vida, ¿no habríamos de convenir que, en el supuesto contrario, esto es, en el de que lo que causa dolor a los otros, lo que provoca el sufrimiento ajeno, es el mantenimiento de la vida en esas circunstancias, sería aceptable el suicidio o la eutanasia? Como dice el filósofo Hans Jonas, si se puede afirmar la existencia de una obligación, aunque no coactiva, de seguir viviendo por otros en contra del propio deseo, también habrá que conceder, por lo menos, el derecho a morir por ellos, pero no la obligación. Teniendo esto en cuenta, quisiera saber si considera válido ese argumento de la función social de la vida.

Nos ha hablado también de los dos modelos que pretenden la legalización de la eutanasia. El argumento fundamental de uno de ellos es el de la carencia de calidad de vida del otro. Creo que puede plantearse la cuestión de dos formas. Podemos decir que pedimos la eutanasia para otras personas porque su vida, la vida del otro, carece de calidad; o podemos decir, como hacemos quienes defendemos ese argumento de la calidad de vida, que pido la eutanasia para mí porque mi vida carece de valor para mí en estas circunstancias. ¿No considera que existe una diferencia sustancial entre ambas propuestas, o cree que es lo mismo? Hace más de un año, tuve la oportunidad de verle y oírle en un seminario sobre problemas de la eutanasia que se celebró en la Universidad Carlos III. Allí habló usted de los principios bioéticos manifestando que, salvo en el ámbito de la Bioética norteamericana, se reconoce generalmente que el principio de la justicia y la no maleficencia son principios de rango más elevado que el de la autonomía, que nadie debe hacer el mal a otra persona aunque ésta se lo pida. En la Comisión hemos hablado en más de una ocasión de la no discriminación entre las personas, del principio de justicia, que exige que respetemos a todas las personas y su vida por igual. Hemos hablado de la primacía que, según diversos autores --y que usted también mantiene--, deben tener los principios de justicia y no maleficencia. Así, se nos ha dicho que estos principios deben estar en un primer nivel porque son expresión del principio general de que todas las personas somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto. Si esto es así, ¿por qué la opinión y la voluntad sobre la propia vida y sobre la propia muerte de un individuo han de contar menos que la de otro? ¿Por qué la autonomía no ha de estar al mismo nivel que la justicia y la no maleficencia? Me gustaría conocer su opinión sobre esta cuestión.

Continuando con esas reflexiones sobre los principios bioéticos, querría centrarme en el de la no maleficencia, en ese no hacer el mal del que hemos hablado. No sé si compartirá la opinión de que ese principio, como los otros, es también relativo, y digo relativo en el sentido de que aquello que usted considera maleficiente puede ser entendido por esa persona enferma, que solicita una ayuda directa para morir, como un beneficio, como un bien, y quién mejor que el propio interesado para definir qué le resulta beneficioso y que le parece maleficiente. Me pregunto, y también se lo pregunto a usted, si cree que somos los demás los que sabemos y los que debemos definir qué es lo que a otra persona le resulta beneficioso.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Para cerrar este turno, tiene la palabra, en nombre del Grupo Popular, Senador Castell.

El señor CASTELL CAMPESINO: Muchas gracias, señora Presidenta.

Profesor Ballesteros, gracias por su intervención.

He de manifestarle que, aun estando prácticamente de acuerdo con todos sus enunciados --buena muestra es que, a propuesta de la Comisión de Sanidad, se ha aprobado ya una

proposición de creación de unidades de cuidados paliativos en todos los sistemas nacionales de salud, aunque muchos de ellos ya tenían algunas unidades específicas--, sí que es cierto que, a mitad de su intervención, ha comentado, apoyándolo con algún argumento, la insuficiencia presupuestaria de las administraciones «al respecto de». He de mostrarme totalmente en contra puesto que su última afirmación es que, según datos --yo creo que es menos--, aproximadamente el 80 por ciento del presupuesto sanitario se gasta o se produce en los últimos tres años de vida del sujeto.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Tiene la palabra el profesor Ballesteros.

El señor BALLESTEROS LLOMPART (Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Valencia): Gracias.

Quiero dar las gracias por las diferentes intervenciones de los representantes de los grupos parlamentarios.

Deseo manifestar al Senador Del Grupo Parlamentario Popular que, en efecto, la referencia al problema económico no tenía un carácter coyuntural sino referido a presupuestos genéricos en el conjunto del panorama mundial, es decir, al riesgo de que se produzca esta tendencia a reducir gastos en estas cuestiones tan sumamente vitales --y nunca mejor empleada la palabra--, pero desde luego no había ninguna referencia al supuesto en el caso español actual. Por lo que se refiere a la intervención de la Senadora Socialista, querría decirle que, en efecto, la primacía del principio de no maleficencia no está, a mi modo de ver, en contradicción con el principio de igualdad por el hecho de que afecta sobre todo --yo creo-- a la deontología médica. Es decir, que es un criterio de actuación que vincula a la profesión médica y que supone precisamente la protección de terceros. Para mí, en el problema de la eutanasia, aunque yo haya hecho referencia a diferentes argumentos, la razón fundamental en contra de la despenalización son las consecuencias a terceros, el hecho de que se produzca una presión sobre terceros que no querrían nunca estar en situación de sufrir la eutanasia; que se produzca una presión sobre ellos por el hecho de que se reconozca.

Por lo tanto, creo que no hay contradicción con la igualdad.

Evidentemente, el titular es quien debe decidir el problema del tratamiento; por eso --y coincido con lo que ella decía--, en determinadas situaciones, en aquellas circunstancias en las que ya no cabe --dado el conocimiento médico en ese momento-- la posibilidad de ser curado, proseguir cualquier tipo de tratamiento resultaría, en la línea del encarnizamiento terapéutico, contradictorio con la dignidad de esa persona y, por lo tanto, el criterio de continuar o no con un tratamiento es algo que depende enteramente del paciente, por supuesto. Por ello he dicho que el criterio de la no maleficencia tiene también el complemento del principio del cuidado, es decir, que cuando no cabe curar, cualquier tendencia a continuar el tratamiento es absurda y, desde luego, el paciente puede, debe y tiene que ser quien decida acerca de la continuidad o no de ese tratamiento. No se trata en modo alguno de intentar curar cuando curar no es posible, sino tratar de que esa vida terminal tenga el mayor grado de calidad posible. Pero para que haya calidad de vida hace falta que haya vida, es decir, yo creo que sin vida no puede haber calidad. El tema es que esa medicina paliativa a través del acompañamiento, a través del cuidado, reduzca al mínimo, o si es posible enteramente, el dolor, y si como consecuencia de la reducción del dolor consiguen otros resultados, sería irrelevante.

El criterio es la no maleficencia, pero teniendo en cuenta que no se trata de mantener tratamientos y, por lo tanto, de mantener la vida indefinidamente.

Por otro lado --y de esto se habrá hablado en esta Comisión con mucho más conocimiento y durante largo tiempo--, el criterio de la muerte es la muerte cerebral y no la muerte cardiovascular y, por lo tanto, cuando se demuestra que una persona está en situación de muerte cerebral, electroencefalograma plano y se demuestra con otro tipo de criterios que la persona ha muerto, intentar mantenerla artificialmente sería absolutamente monstruoso y contrario a la dignidad humana.

El criterio de no maleficencia, en efecto, tiene que ser entendido en relación con los supuestos existenciales del enfermo, y el enfermo es quien tiene siempre la última palabra, salvo para poder forzar al médico a que entre en contradicción con los principios en los que se basa la deontología médica, pero salvo para entrar en contradicción con esos principios el paciente tiene siempre la última palabra.

Le agradezco la referencia a Hans Jonas porque es uno de mis filósofos predilectos y creo que como médico y filósofo es uno de los que tiene más cosas que decir sobre estas cuestiones relacionadas con la vida y la muerte digna.

En cuanto a la cuestión de la interdependencia, de nuevo debe ser vista para poner de relieve que somos seres humanos en relación con los otros y que, por lo tanto, nuestros actos, por lo menos en este tipo de supuestos, no son nunca enteramente actos aislados, sino que afectan a los otros. Pero creo que en ningún supuesto este carácter relacional del hombre, esta condición del ser humano como ser en relación, puede ser interpretada en contra de la vida ni tampoco como una prolongación indefinida de la vida de esa persona. De lo que se trata es de que se deje morir a la persona cuando le llega la hora y, en ese aspecto, ni atrasar ni adelantar esa hora.

No sé si he contestado a todos los puntos a los que ha hecho referencia su señoría.

La señora PRESIDENTA: Gracias, profesor.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (Pausa.) En este caso, no me resta sino volver a reiterarle las gracias al profesor Ballesteros Llompart por comparecer ante esta Comisión, darle las gracias por su interesantísima exposición y yo, particularmente, darle las gracias por haberme recordado mis buenos tiempos de estudiante en la facultad de Derecho.

Señorías, vamos a suspender la sesión hasta las dieciséis horas treinta minutos, pero rogaría a los portavoces que se quedaran un momento para organizar los órdenes del día de próximas reuniones.

Hasta entonces, gracias.

Se suspende la sesión.

Eran las trece horas y quince minutos .

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

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

COMPARENCIAS (Continuación):

--DE DON JOAN MONES I XIOL, PRESIDENTE DE LA COMISION DEONTOLOGICA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA (715/000343).

La señora PRESIDENTA: Tengo el placer de presentarles al doctor Joan Monés i Xiol, Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona. Doctor Monés i Xiol, en nombre de los miembros de la Mesa y en el mío propio quiero darle la bienvenida a esta Comisión.

Espero que se sienta como en su casa y, sin más, le doy la palabra.

Gracias.

El señor PRESIDENTE DE LA COMISION DEONTOLOGICA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA (Monés i Xiol): Muchas gracias, señoría.

Desde Barcelona, y con un puente aéreo aceptable hoy día, he venido con ilusión a esta Comisión. Como alguien dijo --y es verdad-- que cuando uno tiene que escribir una cosa, para ser más exacta, he traído mi presentación escrita.

Señorías, quisiera expresarles, en primer lugar, que me siento honrado de poder compartir con ustedes un tiempo de diálogo sobre el tema que dese hace meses vienen debatiendo a fondo. Desde la visión de un médico asistencial en un Hospital Público de Barcelona, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Profesor Titular de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona y sobre todo como Presidente de la Comisión Deontológica y uno de los redactores del nuevo Código de Deontología de Consell de Col.legis de Metges de Catalunya, les haré llegar en estos breves minutos de exposición unos razonamientos que pretenden ser la base que sustente unas conclusiones, fruto de horas de reflexión personal y colectiva.

Estas conclusiones irán numeradas una detrás de otra y, como se dice en lenguaje vulgar, me mojaré.

Hemos de ser conscientes, y creo que en este foro nadie es ajeno al convencimiento, de que, como dice el bioeticista norteamericano Edmund Pellegrino, «la eutanasia es hoy en día el punto más intensamente discutido y que causa más división y enfrentamientos en la Etica Médica».

Y es lógico, la vida humana es el valor básico por excelencia en una escala racional, por la simple pero a la vez incontrovertible verdad, de que sin él es imposible la realización de los demás valores.

Sin embargo, no es un valor absoluto. En circunstancias excepcionales otros valores pueden desplazarlo. A título de ejemplo podemos citar a los mártires cristianos del primer siglo de nuestra era, el valor de un miembro de un ejército que prefiere dar la vida a comunicar al enemigo una información que puede ser contraproducente para su país o el ejemplo de un máximo sacrificio de un sacerdote católico que ofreció su vida a cambio de la de otro prisionero en un campo de concentración nazi.

Nuestra Carta Magna en su artículo 15 recoge el reconocimiento de que la vida humana es un valor básico. Por tanto, empecemos con un primer razonamiento para basar nuestras argumentaciones futuras, en el que probablemente todo el mundo estará de acuerdo. «La vida humana es el valor básico por excelencia, pero no es un valor absoluto».

Ahora bien, pueden existir condiciones en las que este valor básico que es la vida, puede chocar con otros valores también fundamentales y básicos como son la libertad y la dignidad de la persona. Por ello, y por lo menos en teoría, podemos admitir que puede haber sujetos que, ante situaciones extremas, puedan decidir que su calidad de vida y su dignidad han llegado a ser tan desastrosas que piensan que el valor básico de la vida pasa a un segundo término.

Los conceptos de calidad de vida y dignidad son valores subjetivos, cuyo significado depende de cada individuo y sobre el que los demás no pueden disponer. Por ello, si un sujeto en estas condiciones extraordinarias decide, tras una valoración interna, quitarse la vida, nuestro ordenamiento jurídico no lo castiga. Es obvio que es una forma fría y dura de enfocar un drama, pero en todo caso sólo quiero apoyarme en el ordenamiento jurídico para sostener mi segundo razonamiento: la Ley ni penaliza el suicidio ni al suicida. Por tanto, y permítanme insistir, la tragedia humana del suicidio no está penalizada.

Un siguiente paso en nuestra argumentación nos lleva a considerar los contenidos básicos de los que defienden el llamado «derecho a una muerte digna». Se consideran siete puntos, de los que nada menos que los seis primeros no son conflictivos. La mayoría de expertos y la sociedad civil en general están de acuerdo con pequeñas matizaciones.

De forma resumida, estos seis puntos consensuados y aceptados hacen referencia al derecho del paciente en general, y del paciente con graves alteraciones en particular, a conocer hasta donde desee la verdad de su situación, al derecho de todo paciente adulto con capacidad para comprender aquello que decide, rehusar un tratamiento, si ha sido debidamente informado y ha comprendido las consecuencias de su acción.

Asimismo, uno de estos seis puntos contempla la obligación del médico de combatir el dolor de la forma más correcta y eficaz, a pesar de que con ello, y como efecto no deseado, se pueda acelerar la muerte del paciente.

Es la llamada antiguamente eutanasia pasiva. Además, en estos puntos está contemplado el derecho casi universalmente aceptado de rechazar el llamado «encarnizamiento terapéutico» o la más adecuada definición de la «prolongación artificial del proceso irreversible de la muerte». El conflicto y la polémica vienen en el punto séptimo, que dice: «En última instancia el paciente puede escoger, si lo cree conveniente, el momento y forma en que se producirá la muerte.» Para unos colectivos este punto es fundamental; para otros tiene que ser quitado de nuestro ordenamiento. ¿Por qué dicen esto? Porque aquellas asociaciones denominadas «en pro de una muerte digna» señalan este punto como fundamental, como el que proporciona el sentido más auténtico a esta muerte digna.

En el año 1950 la Sociedad Americana en pro de la Eutanasia pidió su inclusión en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. El que esto no se haya producido 50 años después revela que se trata de una cuestión bastante delicada y compleja. Sin embargo, y como veremos más adelante, alrededor del 60 ó 70 por ciento de la población, al menos en el mundo desarrollado, está de acuerdo con la idea de permitir decidir a un paciente en condiciones extremas el momento de su muerte.

Por tanto, el tercer razonamiento es que hay un considerable porcentaje de población en países desarrollados que piensa que el ciudadano puede decidir sobre su propia muerte con pleno sentido de la libertad y de la dignidad, y que, como consecuencia, el legislador debe interpretar el sentido de sus conciudadanos. El punto conflictivo lo tenemos perfectamente definido, y quizá el razonamiento se podría plantear en forma de pregunta: ¿Puede un paciente decidir sobre su muerte? Es decir, la vida como principio básico enfrentado dramáticamente con los principios de libertad y dignidad.

Hay argumentos a favor y en contra de que un paciente pueda decidir sobre su muerte. Los resumiremos de forma breve puesto que seguramente habrán sido citados en esta Comisión multitud de veces.

Argumentos a favor: Primero. El derecho a la vida y a pedir su final es un derecho fundamental de la persona. Segundo. El terror a vivir en condiciones deplorables es más espantoso que el morir. Tercero. Se deben evitar sufrimientos innecesarios. Cuando los medios técnicos y farmacológicos no lo pueden impedir, es lícito el solicitar y que se le conceda una muerte digna. Cuarto. Es posible que en condiciones óptimas de todos los parámetros (perfectas curas paliativas, incluso mejor en su propio domicilio, ayuda psicológica adecuada, familia

comprometida y con soporte continuo, paciente psíquicamente equilibrado, con firmes creencias religiosas y con ayuda espiritual) nadie solicitara la ayuda para una aceleración de su muerte. Como quiera que esto es prácticamente imposible de conseguir, hay dudas razonables de que la sociedad tenga legitimidad moral suficiente para negar la posibilidad de conceder, en ciertas condiciones, una muerte digna y rápida.

Argumentos en contra. Primero. Con la eutanasia se quebranta el principio ético de no maleficencia. Segundo. La libertad a la propia vida tiene sus límites, y el principio de «no matarás» no puede tener excepciones.

Tercero. La despenalización de la eutanasia puede acarrear consecuencias funestas para los pacientes, sobre todo de inseguridad. Cuarto. Salvo muy contadas excepciones, no hay legislación en el mundo que contemple la legitimidad de estas prácticas de eutanasia.

Para un gran número de personas, legislaciones y religiones, la eutanasia no está nunca justificada, mientras que para otros, no menos sensibles ni menos humanitarios, en condiciones excepcionales la muerte se podría acelerar deliberadamente. Hay países que han delimitado estas excepcionales circunstancias, que conducirían a admitir algunas formas de eutanasia. Por tanto, el cuarto y último razonamiento es aceptar que ciertos colectivos y un notable porcentaje de nuestros conciudadanos, estarían a favor de acortar deliberadamente la vida en ciertas condiciones que se tendrían que delimitar. De forma más esquemática, el cuarto razonamiento lo podríamos resumir, como el anterior, en forma de pregunta: ¿Cómo garantizar la excepcionalidad de la medida caso de ser contemplado este supuesto? (¿Cuándo?, ¿en qué condiciones?, ¿por quién?, ¿con qué control?, etcétera.) Desde el punto de vista médico, este cuarto razonamiento va íntimamente ligado al hecho incuestionable de que el desarrollo científico y tecnológico de la Medicina permite no sólo alargar significativamente la media de vida, sino también el período final, afortunadamente la mayoría de las veces con notable calidad, pero a veces puede producirse en condiciones absolutamente inadecuadas y con considerable sufrimiento físico y moral. De este hecho hay conciencia en la sociedad. Es decir, la Ciencia, con la loable pretensión de curar, puede llevar involuntariamente a alargar el sufrimiento, es decir, los avances médicos, que deben aplicarse para intentar sanar, a veces lo consiguen, pero otras veces y por su culpa --dicho entre comillas-- se alarga la agonía.

Pero para poder seguir hemos de repasar brevemente una de las cuestiones más espinosas de la práctica sanitaria: el derecho de los pacientes a conocer la verdad de su enfermedad. Este derecho, no negado por nadie, a menudo es contradictorio con el hecho de que bastantes pacientes no están preparados para recibir una noticia que les puede ser contraproducente. En este tema no se pueden dar reglas fijas, pero me permitirán unas breves reflexiones. El médico no debe mentir, pero esto no significa que siempre tenga la obligación de decir toda la verdad. Ahora bien, esconderla es infantilizar a la persona, reducir al paciente a un nivel inferior, mantenerlo en un engaño permanente, en un clima falso y artificial, en el que todos conocen lo que le está pasando, excepto él, el único protagonista y autor de su propia historia. Debemos desterrar de entre nosotros, de forma prudente pero sin pausa, las conspiraciones de silencio --dicho entre comillas-- por parte de una considerable proporción de familias que pretenden por todos los medios, a menudo buscando e incluso exigiendo la complicidad del médico, ocultar como sea el mal que padece el paciente. Si no hay una información adecuada, es imposible una decisión compartida después de escuchar y entender los argumentos ofrecidos por el médico.

En algunos ambientes se peca en sentido contrario influidos por motivaciones medico-legales. Por ejemplo, en Estados Unidos el motivo fundamental para explicar la verdad no se debe tanto a convicciones éticas o deontológicas como a querer cubrirse frente a reclamaciones judiciales. Me parecen no recomendables, e incluso muy contraproducentes, informaciones como la siguiente escuchada en un centro sanitario americano, y que de forma resumida indicaba: Usted tiene un tumor maligno en el esófago inoperable --soy gastroenterólogo-- que requiere tratamiento paliativo con una media de vida entre seis y doce meses.

Por el contrario, parece razonable y coherente que si el paciente seriamente requiere del médico conocer la verdad, ésta se le ha de explicar, no de forma brusca, sino introduciéndole poco a poco, con prudencia y con tintes esperanzadores, en la realidad de su situación. Les puedo asegurar que en la mayoría de los casos la comunicación de la verdad resulta beneficiosa y provoca alivio en comparación con la ignorancia anterior, en que el paciente sigue su propio deterioro con incomprendida angustia, no encontrando en su entorno, ni tampoco en las informaciones médicas, explicación razonable a su situación. Por tanto, hay que considerar siempre que la información debe ser la adecuada para llegar poco a poco hasta donde el paciente quiere saber o, por lo menos, hasta donde el médico intuye que éste quiere

llegar a saber.

Desde hace algunos años se ha pretendido diferenciar eutanasia activa del llamado suicidio asistido. En esta diapositiva pueden ver que Meier y sus colaboradores definen la eutanasia activa como «administrar a un paciente consciente que lo solicita una dosis letal de fármacos con la intención de poner fin a su vida», definiendo el suicidio asistido como «proporcionar fármacos a un paciente consciente que lo solicita, con la intención explícita de poner fin a su propia vida».

La mentalidad americana, más individualista y liberal que la europea, conecta mejor con la idea del suicidio asistido. De hecho, en algunos Estados norteamericanos no se penaliza la asistencia al suicidio y, por el contrario, no se contempla la posibilidad de eutanasia activa. Algunos bioeticistas americanos defienden el suicidio asistido bajo ciertas circunstancias. Así, Quill y colaboradores definen claramente los criterios que deben establecerse: Primero, el paciente debe expresar el deseo de morir por propia iniciativa de forma reiterada e inequívoca; segundo, el juicio del paciente no debe estar distorsionado; tercero, la prueba de que al paciente se le están dando los cuidados adecuados; cuarto, la consulta con otro facultativo, preferentemente con experiencia en cuidados paliativos; quinto, documentación que pruebe que se ha cumplido con todos los apartados expresados.

En Holanda hace unos 20 años que se practica la eutanasia activa o el suicidio asistido, en teoría al menos, con estrictas garantías. La llamada «ayuda clínica a morir» está despenalizada en aquellos casos en los que un médico accede a una petición voluntaria y reiterada de un paciente que padezca intenso sufrimiento en una fase terminal, siempre y cuando concorra el criterio de un segundo médico. Una vez ejecutada la acción se somete el protocolo de ejecución al criterio del fiscal. El médico que realice alguna de estas prácticas nunca extenderá un certificado de defunción por muerte natural.

En Holanda y en el resto del mundo llamó poderosamente la atención un informe del profesor Remmelink, procurador de la Corte Suprema holandesa, en el que se refería, en un estudio realizado con un método adecuado, que en el año 1990 se habían producido en Holanda 128.000 fallecimientos, de los que 1.300, el 1 por ciento, correspondían a eutanasia activa; a eutanasia activa sin estar perfectamente documentada la voluntad explícita del paciente terminal en 1.000 --0,8 por ciento--, y suicidio asistido en 400 --0,3 por ciento--. En definitiva, se reconocía que 1.000 pacientes no habían dado de una forma absolutamente explícita su consentimiento.

Este incumplimiento de la norma, con grave deterioro en la ejecución de unas prácticas permitidas, se ve paliado, pero en ningún caso justificado, por el hecho de que aproximadamente en la mitad de estos pacientes terminales la eutanasia activa sin consentimiento absolutamente documentado la había practicado el médico que asistía al enfermo desde hacía años --con una media de tres-- y conocía perfectamente la voluntad del paciente y de su entorno.

Hasta ahora se ha pretendido centrar el problema mediante tres aspectos: definición clara de lo que entendemos por eutanasia activa; definición clara de lo que entendemos por suicidio asistido y la aceptación de cuatro razonamientos previos que servirán de base a nuestra argumentación y conclusiones. Vamos a recordar estos cuatro argumentos: Primero, la vida humana es el valor básico por excelencia, pero no es un valor absoluto. Segundo, la ley no penaliza ni el suicidio ni al suicida.

Tercero, ¿puede un paciente decidir sobre su muerte? Cuarto, en el supuesto de que pueda decidir sobre su muerte, esta decisión debe ser excepcional y garantizada. Por lo tanto, ¿cómo garantizar la excepcionalidad de la medida? ¿Cuándo? ¿En qué condiciones? ¿Por quién? ¿Con qué control?, etcétera.

Una vez centrado el problema, es preciso cuantificarlo, ya que cabe la posibilidad de que fuera una cuestión de conflicto de prioridades, conceptualmente interesante, pero que no tuviera trascendencia práctica para ciudadanos, sanitarios, legisladores y jueces.

En las encuestas de aceptación de estas prácticas hay que cuidar mucho la forma en que se hace la pregunta. Por ejemplo, en el Reino Unido, la Voluntary Euthanasia Society refirió, avalada por la Cámara de los Lores, que el 88 por ciento de la población estaba a favor de la despenalización de la eutanasia. Pero la encuesta para muchos no fue válida, ya que difícilmente se puede contestar no a la pregunta realizada en los siguientes términos:

¿Desearía contar con la ayuda médica para poder tener una muerte tranquila? Mucho más clara fue la forma de preguntar del CIS en la última encuesta del año 1995, entre 2.492 españoles mayores de 17 años, en la que el 62 por ciento de los encuestados se mostraron favorables a esta pregunta: Un enfermo incurable, con padecimientos importantes, ¿tiene el

derecho a que los médicos le faciliten algún producto que sin dolor ponga fin a su vida? Muller y colaboradores, entre 583 médicos de residencias asistidas holandesas y durante los años 1986 y 1990, 513, es decir, el 88 por ciento, nunca habían recibido peticiones de eutanasia o de suicidio asistido; 70 médicos --12 por ciento-- recibieron 164 peticiones y se realizaron 74: eutanasia activa, 69 por ciento; suicidio asistido, 31 por ciento, de las que sólo el 50 por ciento cumplieron estrictamente todos los requisitos.

En el excelente trabajo de Meier y colaboradores, publicado en «New England Journal Medicine» de 1998, entre un colectivo de 3.102 médicos norteamericanos, tanto hospitalarios como de atención primaria, de 10 especialidades --en que trabajos previos habían demostrado que recibían proporcionalmente más peticiones de eutanasia--, a través de e-mail se les hizo una encuesta anónima. Contestaron 1.951 y fueron válidas 1.902

--el 61 por ciento de la muestra--. El 11 por ciento estaría dispuesto a realizar el suicidio asistido y el 36 por ciento de los médicos encuestados, si se legalizara de forma clara, mientras que, en la eutanasia activa, el 7 por ciento estaría dispuesto a realizarla --aunque en casi todos los Estados americanos no es legal--, y estarían dispuestos a realizarla el 24 por ciento si se legalizara esta práctica. A la pregunta de si se les había requerido estas prácticas, contestaron afirmativamente el 18,3 por ciento de los médicos que se les había solicitado el suicidio asistido, y lo habían cumplido el 3,3 por ciento. En la Eutanasia activa se les había solicitado el 11 por ciento y la habían cumplido el 4,7 por ciento.

Son porcentajes respetables, incluso teniendo en cuenta el sesgo que representa el haber escogido las especialidades con más posibilidades de recibir estos requerimientos. Hay que resaltar que la esperanza de vida de los pacientes que requirieron suicidio asistido era de menos de 6 meses en el 70 por ciento de los pacientes y de menos de un mes en el 96 por ciento de los que requirieron eutanasia activa. Los fármacos utilizados para el suicidio asistido fueron opiáceos, el 75 por ciento, y barbitúricos, el 25 por ciento. Para la eutanasia, opiáceos, 83 por ciento, y cloruro potásico el 17 por ciento.

En un estudio de «Hending», publicado en JAMA, también objetivan que la gran mayoría de enfermos que demandan acelerar su muerte cumplían con los criterios considerados por los grupos que lo defienden, entre los que tenían una esperanza de vida muy corta.

Finalmente, Ganzini, en «New England Journal Medicine», unos meses después, también en 1988, comunica que el 56 por ciento de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica --me permitirán recordar a los juristas de la sala que es una enfermedad neuromuscular progresiva que conduce a parálisis, fallos respiratorios, imposibilidad de deglución y finalmente la muerte--, habían considerado el suicidio asistido y el 44 por ciento lo pedirían a su médico si se legalizara.

Una vez planteados los razonamientos y demostrado con estudios rigurosos publicados en revistas médicas de primer orden que la eutanasia no es una cuestión teórica, sino real, aunque excepcional, veamos cómo se ha contemplado desde el punto de vista ético en el Código de Deontología, actualmente vigente en nuestra Comunidad Autónoma, en Cataluña. El Código Deontológico por el que nos regíamos hasta hace un año y medio en Cataluña fue aprobado en el año 1978 y, a pesar de ser un código con el que nos sentíamos cómodos, claramente había quedado obsoleto en algunos aspectos. Por ello nos propusimos su actualización, pero no se trataba de corregir, añadir, retocar o quitar artículos sino, por el contrario, imprimir un cambio sustancial para conseguir una medicina no sólo bien realizada técnicamente, sino que a la vez estuviera enmarcada en unas normas éticas que dieran respuestas a los nuevos retos a los que nos ha llevado el progreso de las tecnologías y los métodos más avanzados.

El camino para su puesta en marcha fue el que nos pareció más participativo. La Comisión Deontológica del Colegio de Barcelona redactó el primer anteproyecto. Fue remitido a 100 personas cualificadas del ámbito de la bioética, la biología, humanidades y derecho, así como a las comisiones deontológicas del resto de colegios de médicos de Cataluña.

Con las ideas, recomendaciones y razonamientos de todas las personas y organismos consultados, se llegó a un definitivo proyecto de código deontológico, que fue remitido a todos los médicos de nuestra Comunidad Autónoma, unos 23.000, dando la posibilidad de presentar las enmiendas que consideraran oportunas.

Se recibieron 1.700 enmiendas de unos 500 médicos, lo que puede dar una idea del interés y aceptación que despertó el proyecto. Sobre un Comité de ponencia formado por seis miembros recayó la difícil tarea de revisar y aceptar o no todas y cada una de enmiendas, y contestar a todos y cada uno de los médicos enmendantes el motivo o no de la aceptación. Para aquellas que no se aceptaron, el médico proponente, con el requisito de ser apoyado por lo menos por

50 colegiados, pudo defenderla en la Asamblea de Médicos de Cataluña, celebrada en el Palacio de la Música de Barcelona el día 16 de junio de 1997, presidida por los presidentes de los cuatro colegios de médicos de Cataluña.

Fueron doce las enmiendas defendidas por uno de los médicos que las habían propuesto durante unos tres o cuatro minutos, que fueron replicadas por el Presidente del Comité de ponencia en un tiempo igual y, finalmente, votada su aceptación o no por los más de 2.500 colegiados presentes en dicha asamblea. Con las diapositivas se pueden hacer una idea de los participantes en esta asamblea en el Palacio de la Música de Barcelona, unos 2.500 colegiados, que votaron a través de unas cartulinas verdes o rojas para manifestar la aceptación o no de las enmiendas a los artículos que habían cumplido.

Resultado de todo este proceso es un nuevo Código deontológico, que consta de 108 artículos divididos en catorce capítulos. Hay temas que presentaron dificultades, entre ellos los que definían hasta qué punto se debe informar al paciente, el consentimiento de los menores, el consentimiento informado, la fecundación asistida y el aborto. Asimismo, fue debatido el tema que hoy me ha traído a esta Cámara, en concreto, los dos artículos del capítulo VII que tratan sobre la muerte. El artículo 57 expresa que toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el médico debe cuidar de que este derecho sea respetado. El médico ha de tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho de rechazar el tratamiento para prolongar la vida. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y con aquello que haya dado sentido a su vida. Cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, el médico aceptará la de las personas vinculadas responsables del paciente, pero les señalará el deber de respetar lo que se cree que hubiera sido el parecer del enfermo.

El artículo 58 señala que el objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar ni alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe adaptarse a los objetivos de confort, sin pretender alargar innecesariamente ni acortar deliberadamente. En los casos de muerte cerebral, el médico deberá suprimir los medios que mantienen una apariencia de vida, a no ser que sean necesarios para un trasplante previsto. Es decir, reconocemos el derecho del paciente a rechazar cualquier tratamiento que contemple como objetivo primordial el alargar la vida sin esperanzas razonables de curación, aunque no se acepta como ético el acortar deliberadamente la vida.

Sin embargo, hemos de hacer mención al hecho de que la primera redacción de la ponencia y, por tanto, el redactado que se presentó a su aprobación, no contemplaba la circunstancia de acortar deliberadamente la vida. Por ello, un grupo de médicos presentó una enmienda pidiendo su inclusión en el código. El redactado de la ponencia, que fue rechazado --lo adelanto--, era el siguiente: «El médico ha de esforzarse en calmar el sufrimiento del paciente, especialmente del enfermo terminal, y de no prolongar su agonía. En los casos de muerte cerebral, el médico deberá suprimir los medios que mantienen una apariencia de vida, a no ser que sean necesarios para un trasplante previsto.» Es decir, se obviaba el hecho de indicar la legitimidad ética o no de la eutanasia.

La ponencia en la fase previa no aceptó esta enmienda presentada por estos médicos, fundamentalmente de cuidados paliativos, por considerarla decantada claramente a la opción éticamente penalizadora. Pensó que lo mejor era considerar el respeto a todas las opiniones y no forzar a nadie a hacer aquello que en conciencia no le pareciera oportuno, y consideró que el redactado primero cumplía estos objetivos. Yo defendí el redactado de la ponencia y perdimos. Por tanto, la decisión salomónica pero prudente de los miembros redactores del proyecto fue la de evitar que figurase en el proyecto ningún pronunciamiento, ni favorable ni desfavorable. Hacer algo diferente hubiera parecido apostar por una actitud poco tolerante y respetuosa y, además, no suficientemente representativa hacia la diversidad ética de nuestro país, de la sociedad civil, de sus ciudadanos y de sus médicos. Sin embargo, la enmienda presentada por el grupo de médicos que la defendió, fue aceptada; por lo tanto, acortar deliberadamente la vida de un paciente se consideró no ético.

El actual borrador del Código de Deontología de la Organización Médica Colegial en su artículo 27, taxativamente en su punto tres, especifica:

«El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.» Este borrador, que se presentó el sábado, día 25 de septiembre, para su discusión y, en su caso, aprobación en la Asamblea de Presidentes de Colegios de Médicos de España, se manifiesta contundentemente en contra de cualquier forma de eutanasia o suicidio asistido, sin resquicio para interpretaciones diferenciadas o matizadas.

Paralelamente a las discusiones éticas, se producen las jurídicas. El artículo 143 de nuestro Código Penal refleja que el que causare o cooperare activamente con actos necesarios..., se le rebajará uno o dos grados su pena. Por tanto, se reconocen circunstancias especiales en las que el sanitario o no sanitario que colaborara en el suicidio asistido sería condenado levemente, y por una sola vez, ya que la reiteración conduciría a una pena clara de privación de libertad.

Aceptamos con el profesor Josep Miquel Prats, catedrático de Derecho Penal, el hecho de que «el Derecho Penal no es un instrumento de imposición de una determinada moralidad o creencia personal...» «Las conductas de suicidio no son punibles, por tanto, quien tiene capacidad de ejecutarlas queda al margen del Derecho Penal, mientras que quien carezca de estas facultades físicas para procurarse la muerte necesita auxiliarse de una persona.» Si admitimos la despenalización del suicidio, cómo se va a castigar a alguien que actúa cumpliendo con la voluntad explícita y reiterada de un paciente incapaz de realizarlo. La pena para este colaborador, familiar, sanitario, etcétera, es incapaz de cumplir función resocializadora alguna, es el castigo por el mero castigo.

Además, como dice Muller, podría ser injusto condenar siempre y para todos el suicidio asistido y abandonar a los tetraplégicos, por ejemplo, a su suerte.

En el Estado de Oregón se aprobó la «Oregon death with dignity act». Un adulto con capacidad legal que ha sido diagnosticado por su médico y el médico consultor de una enfermedad terminal, y que ha expresado voluntariamente su deseo de morir, puede hacer una petición escrita de solicitud de medicación con el objetivo de poner fin a su vida de una forma humana y digna de acuerdo con esta ley. Es la legalización del suicidio asistido o, si se prefiere, su despenalización, excluyendo la eutanasia activa.

El párrafo 216 del proyecto alemán de la ley regularizadora de la ayuda a morir establece: «Será castigado con la pena de prisión de seis meses a cinco años quien cometa un homicidio a solicitud expresa y seria de quien no quiera vivir más. El juez podrá dispensar la pena en los supuestos del apartado anterior, cuando el homicidio sirve para acabar con un estado de padecimiento grave e insoportable para el afectado, que no puede ser remediado o atenuado por medio de otras medidas.» Es decir, se condena el hecho intrínsecamente, pero se perdona la pena. Tiene la grave dificultad de que hay una acción punitiva y que, dependiendo de la voluntad de un juez, la pena se perdona. Se intenta, por tanto, no legalizar la eutanasia, pero tampoco condenar al que, cumpliendo los requisitos, realice alguna de estas prácticas.

La idea, siendo acertada, choca frontalmente con el principio de que siempre es preferible y deseable una mayor clarificación legislativa, a poder ser lo menos interpretativa posible. Expertos jurídicos deberían hacer un esfuerzo para considerar conceptualmente no deseables la eutanasia y el suicidio asistido, pero que en excepcionales circunstancias bien documentadas y con todos los requisitos que se consideren oportunos, nadie debería ser condenado por actuar en conciencia ayudando a alguien que, inequívocamente, desea ser atendido, y poder obtener un deseo que por sí solo es incapaz de realizar; acortar el sufrimiento que irreparablemente conducirá en poco tiempo a la muerte.

Los españoles hemos de dotarnos de unas leyes que intenten reflejar el sentimiento de la sociedad civil, que sean útiles para nuestra convivencia. Legislar preceptos que prioricen principios básicos siempre es complicado, y cuando uno de estos principios es el derecho a la vida, lo hace tremendamente delicado, pero hay que afrontarlo con decisión y valentía.

Por último, es obvio que, sea cual sea la decisión final, siempre se ha de respetar el derecho del sanitario y del no sanitario a negarse, por razones de conciencia, a la realización de cualquiera de estas prácticas.

Conclusiones. Primero, la vida humana es el valor básico por excelencia, pero no es un valor absoluto. Segundo, la ley no penaliza ni el suicidio ni al suicida. Tercero, alguien que no puede realizar la acción de acelerar su muerte, deseándolo y con motivaciones graves, no puede ser discriminado. Cuarto, mis convicciones personales no van por el camino de una despenalización de cualquier forma de eutanasia o suicidio asistido, pero a la vez se me hace muy incómodo e incluso injusto la idea punitiva hacia alguien que actúa de acuerdo con el enfermo que padece una grave enfermedad irreversible, y con la convicción de que está realizando lo que en conciencia debe. Quinto, la eutanasia y el suicidio asistido probablemente no se pueden admitir, ética y jurídicamente, pero no parece justo condenar a aquel que en conciencia piensa ha cumplido la voluntad de su paciente y que es su deber el realizarlo, y cumpla con estrictos requisitos de padecimiento grave e insoportable para el afectado, que no puede ser remediado o atenuado por medio de otras medidas. Sexto y último, la solución del proyecto alemán podría servir de base para una adecuación a nuestro entorno e idiosincrasia,

es decir, especificar con la mayor claridad posible que se debe dispensar de la pena en los supuestos en que se cumplan los requisitos de petición inequívoca y reiterada de suicidio asistido, incluso de eutanasia activa por parte del paciente, avalado al menos por dos médicos, preferentemente el de cabecera o el que haya tratado en los últimos tiempos al paciente, y otro facultativo, preferentemente experto en curas paliativas, que certifiquen la importancia de los sufrimientos y la irreversibilidad del proceso. Con estos requisitos documentados la ley, en ningún caso, penalizaría este comportamiento.

Señorías, he pretendido resumir el pensamiento ético sobre eutanasia en el Código Deontológico de Cataluña, a la vez que presentar a sus señorías unas reflexiones personales basadas en propias convicciones y comparando proyectos de más allá de nuestras fronteras. Es una de las muchas opiniones que habrán recibido y recibirán. De la valoración de cada una de ellas estoy convencido que elaborarán el informe más adecuado, que será útil para nuestra convivencia.

Muchas gracias por su atención.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, doctor Monés.

Seguidamente vamos a abrir el turno de portavoces. Como todas sus señorías saben, a raíz de las últimas elecciones autonómicas ha habido unas cuantas correcciones en los grupos parlamentarios y diversas incorporaciones. Por este motivo doy la bienvenida a esta Comisión al nuevo portavoz del Grupo Parlamentario Mixto, el Senador Ríos, y aprovecho ya, señoría, para darle la palabra.

El señor RÍOS PEREZ: Gracias, señora Presidenta, doblemente: por la bienvenida y por haberme concedido la palabra.

Quiero decirle al doctor Monés que yo también soy un médico asistencial lo que, por un lado, me facilita la contestación y el hacer algunas preguntas, pero, por otro, también me dificulta el sistema a seguir.

Todos sabemos que cada día, cada hora, entra una urgencia en un hospital, un enfermo en unas condiciones determinadas y quizá las unidades de UVI estén totalmente llenas, por lo que es el médico que está en la guardia el que lo atiende y toma la decisión de enviarlo a la unidad de cuidados intensivos o no. Es una situación que pasa aparentemente inadvertida, pero los que estamos ahí día a día sabemos que ocurre.

Otro tema interesante --y debo decir que en principio estoy de acuerdo con el planteamiento ético del Colegio de Médicos de Barcelona-- es el referente a la duda que se puede plantear en un momento determinado --por la cual estamos aquí todos reunidos hoy-- y que es el filo de la navaja de dónde termina una cosa y dónde empieza la otra. Pero también hay que ver --y quizá me obliga la deformación médica profesional que una cosa es la actuación del médico en la eutanasia y otra es la actuación de otra persona.

Recordarán que cuando se suscitó la cuestión del aborto empezó a circular la imagen del médico abortista: había médicos abortistas y médicos no abortistas. Ahora se empieza a perfilar un médico que lleva, de alguna forma, el «tanatos» en su mano, como el que mata o como el que deja de matar. Yo entiendo que el médico tiene como misión fundamental salvaguardar la vida, y por tanto ahí está su límite de actuación, pero todos sabemos en la práctica que, salvo los planteamientos escasos, difíciles y excepcionales, con una terapia paliativa moderna estos casos son muy contados, aunque teóricamente existen. Por tanto, se nos plantea otro tema, que curiosamente se da más en los países donde el producto interior bruto es mayor, y probablemente se continuará planteando: y es que la carga social de enfermos crónicos inveterados, el aumento de la media de vida, etcétera, va a suponer cada vez más una losa sobre el futuro de la asistencia social. Se trata de una cuestión que no se ha tocado, pero que pesa enormemente sobre esta situación.

Si miramos la historia, incluso la historia novelada, en el Antiguo Testamento, en el Libro de los Reyes se cuenta la siguiente imagen: Un hijo que lleva a su padre a hombros porque ya ha cumplido muchos años, ya no trabaja y, por tanto, lo que come no lo gana, y va a dejarlo en el monte a merced de las fieras. Cuando está descansando, en la subida, piensa que dentro de treinta años será a la inversa: será él quien esté sentado en el muro, y su hijo le llevará. Entonces, ante esa situación, vuelve a coger a su padre a hombros y le baja a la aldea. La razón fundamental es porque la aldea podía dar de comer a una persona más.

Algo similar ocurre en la película «Los dientes del diablo», ya que entre los lapones sí, en un momento determinado, alguien perdía los dientes no podía triturar la carne y, por tanto, era una pesada carga, por lo que se le desechaba para continuar el circuito oso-hombre; sin capacidad de poder comer por su cuenta, se autodestruía y, al mismo tiempo daba de comer otra vez a la gente joven.

Con esto quiero decir que tenemos que valorar muchísimo el materialismo histórico en este aspecto. Cuando un enfermo se está muriendo y por fin fallece después de una enfermedad muy larga, los familiares dicen: al final descansó; pero él no descansó; descansaron los familiares. Ese es otro planteamiento que tenemos que valorar detenidamente.

Yo puedo decir que, en el ejercicio de mi profesión, buscar el bienestar del enfermo es la mejor eutanasia que se puede hacer.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ríos.

Tiene la palabra seguidamente el Senador Cardona, por el Grupo Parlamentario Catalán en el Senado de Convergència i Unió.

El señor CARDONA I VILA: Gracias, señora Presidenta.

Quiero agradecer al doctor Monés, Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona, su comparecencia y exposición, y deseo someter a su consideración algunas cuestiones.

Primera. ¿Qué opinión le merece el camino que se ha recorrido, al menos en Cataluña, que es lo que conocemos más y usted conoce mejor, en tanto que Presidente de la Comisión, en estos últimos años? Primero se produjo la tramitación del Código Deontológico, que ha explicado con mucho detalle, en el verano de 1997, del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya; a continuación se llevó una iniciativa parlamentaria al Parlamento de Cataluña: el testamento vital; y, posteriormente, el informe que la Comisión de Bioética del Departamento de Sanidad de la Generalitat ofreció al propio Parlamento --porque así se había acordado en esa proposición no de ley--, el documento de voluntades anticipadas.

De allí nació una iniciativa que ahora, con la disolución de las Cámaras, ha decaído, pero es una proposición de ley sobre el derecho a la información, el derecho a la autonomía y la documentación clínica que también se ha anexionado a esta proposición de ley.

Se ha progresado en la aplicación del consentimiento informado, aunque todavía no se hace de una forma lo suficientemente correcta, porque primero hay que informar de acuerdo con las capacidades y la situación del enfermo y, en función de esto, el enfermo o bien dará su consentimiento al tratamiento o a la exploración que pueda tener inconvenientes, y no sólo como un mero mecanismo defensivo por parte del profesional, o bien rechazará el tratamiento, porque hoy en día el rechazo al tratamiento se acepta, mientras que hace muchos años no se aceptaba --era aquella medicina paternalista-. ¿Qué opinión le merece el camino que se ha recorrido en estos últimos años? A la luz de los criterios bioéticos y deontológicos, ¿soluciona las situaciones que hoy se pueden presentar? No hablo de situaciones concretas y puntuales, sino de una forma genérica.

¿Qué diferencias, si las hay --ha dicho algunas--, existen entre el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial y el del Consejo General del Colegio de Médicos de Cataluña?

¿Qué opinión le merecen esas diferencias? ¿Tiene conocimiento de la proposición de ley sobre los derechos de la información y de la autonomía? A este respecto he de manifestar que tengo el compromiso, desde la última comparecencia en la que tenía que venir el señor Lafarga, perteneciente a los servicios de asesoría jurídica del Departamento de la Generalitat y que por razones que no vienen al caso no pudo comparecer, de que nos va a hacer una traducción para que la podamos poner a disposición de la Comisión. En cualquier caso, ¿qué opinión le merece al doctor Monés? Por último, quiero reiterar el agradecimiento por la comparecencia. Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Cardona.

Se me ha adelantado y me ha adivinado el pensamiento porque le iba a recordar en este instante que nos debe ese documento. Esperaremos a que nos lo traduzcan y con gusto lo leeremos con toda atención.

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

La señora RODRIGUEZ FOUZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenas tardes y bienvenido a esta Comisión en nombre de mi Grupo.

Quiero agradecerle muy especialmente la claridad de su exposición que a mí, personalmente, no me deja lugar para plantearle muchas dudas o preguntas. Simplemente voy a formularle una, en su condición de Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona, sobre si no le parece que la contundente afirmación que contiene el Código Deontológico que ha sido presentado este fin de semana por la organización médica colegial de que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en el caso de petición expresa por parte de éste, no choca con esa voluntad de respeto de las convicciones del paciente que se contienen en otros artículos de ese mismo Código y del

Código del Colegio de Médicos de Cataluña, en concreto esos que hacen referencia --y que usted también ha mencionado-- de que el médico ha de respetar las convicciones religiosas, ideológicas y culturales del paciente y no intentar imponer las suyas. Creo que en parte me ha contestado en su intervención con la enmienda que presentaron en aquella asamblea, pero me gustaría que profundizara en ello.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias.

Finalmente, turno para el Senador Castell en nombre del Grupo Popular.

El señor CASTELL CAMPESINO: Muchas gracias, Presidenta.

Buenas tardes, doctor y profesor Monés.

La verdad es que, como ya han dicho los Senadores que me han precedido, debo agradecerle no sólo la claridad de su exposición, sino la valentía de mostrar dos vertientes distintas: por un lado, su opinión particular y, por otro, la breve aclaración que nos ha hecho muy intensiva del nuevo Código deontológico catalán.

A mi modesto entender, una vez más la deontología médica y la legislación, o la legislación y la deontología médica, van por caminos contrarios y divergentes: la deontología médica, tanto en el caso de la OMC como en el del catalán, no aprueba la actitud directa del médico a ejercer esta actividad, mientras que la legislativa no lo penaliza, con lo cual mi pregunta o mi duda es quién lo va a realizar algún día.

En el segundo apartado, una vez más, a no ser que yo lo haya entendido mal, se pone de manifiesto la escasa participación que tenemos los médicos porque de 23.000 colegiados contestan sólo 500. Sin embargo, me he alegrado de ver que en la asamblea donde se debaten las ponencias hay 2.300, lo cual es una incongruencia total y absoluta. No sé qué pasa con los otros 21.700 colegiados catalanes que no saben o no contestan.

La verdad es que no sabemos qué piensa el que se ha muerto, porque pocos o ninguno conocemos que haya vuelto.

En otro lugar de la intervención habla del caso de la no consciencia de este paciente, y hablamos siempre de pacientes terminales, como bien ha dicho y yo tuve ocasión de decirlo la semana pasada. Estos casos están ahí y no cumplen los seis meses como requisito, no como expectativa de vida, de acceder a la opinión de los familiares directos, pero ha aseverado que siempre será el facultativo el que, según lo que cree que creía el paciente, actuará. Me genera mis propias dudas, aunque tengamos una relación directa durante diez, doce o catorce años, porque es difícil saber en ese momento crítico qué es lo que desea realmente ese paciente, por mucho que hayamos sido su médico tanto especialista como generalista prácticamente toda nuestra vida.

Muchas gracias, profesor.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, Senador Castell.

Tiene la palabra el doctor Monés.

El señor PRESIDENTE DE LA COMISION DEONTOLOGICA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA (Monés i Xiol): En primer lugar, quiero agradecer a sus señorías las intervenciones porque me siento halagado con ellas y con los colegas médicos que han intervenido con su experiencia.

Hay que diferenciar las decisiones que tomamos los médicos, sobre todo en hospitales, cuando tenemos que decir quién va o quién no va a una UCI, del problema del suicidio asistido y el de la eutanasia. Nosotros creemos

--y al decir nosotros somos gran parte de los miembros de la Comisión Deontológica que forman conmigo equipo en el Colegio de Barcelona-- que hay que diferenciar las dos cosas; una cosa es la eutanasia o el suicidio asistido de aquel paciente con graves sufrimientos y con esperanza de vida corta, y otra es la situación del paciente con gravísimos sufrimientos como los enfermos con esclerosis lateral amiotrófica que pueden no tragar su propia saliva en pocos meses. Estos son los que realmente plantean el problema, porque un paciente de 88 años en «shock» séptico, con una esperanza de vida prácticamente mínima, no plantea demasiados problemas en el sentido de que lo que hay que hacer es mirar por tranquilizarlo, sedarlo, y a eso nadie se opone. El problema es la persona despierta, de 45 años, con enfermedad grave que se está deteriorando como consecuencia, por ejemplo, de una esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, etcétera, y que te dice, conscientemente, que ya no puede más y pide de una forma reiterada que alguien alivie sus penas morales y físicas. Este es el problema real. Lo demás es un poco de literatura. Sólo en muy contadas ocasiones tenemos duda los médicos cuando hemos de decidir en una UCI. En cambio lo otro sí es un problema real; excepcional pero real, y ahí es donde tenemos que ver ese binomio tremendo entre

dignidad y libertad y derecho a la vida, es decir, este paciente tiene derecho a decir que su derecho fundamental a la vida ha pasado a un segundo término en este momento, y su dignidad y su libertad son superiores a su vida. ¿Puede la sociedad, moralmente, impedirselo? Este es el problema, gravísimo, y si se han dado cuenta en mi intervención la ponencia, en principio con médicos más preocupados por la cuestión, se decantó por una solución más valiente, entre comillas, que la propia asamblea de médicos. Aprovecho para contestar a una de sus señorías sobre la diferencia que hay entre el Código de la OMC y el nuestro: realmente hay cosas en el nuestro que son mucho mejores, pero otras son mejores en el código de la OMC.

Por ejemplo, está mejor tratado el tema del aborto y el de la eutanasia en nuestro código. Nuestro código no condena explícitamente; dice que no hay que acortar deliberadamente la vida. Esto es lo que se aprobó, y la ponencia que defendía un poco menos que esto ha de aceptarlo. Pero realmente es mucho menos drástico que el de la OMC que condena explícitamente la eutanasia. En cambio, por ejemplo, la ética de las publicaciones médicas está mejor tratada en el código de la OMC que en el nuestro. No quiero ser chovinista en cuanto al código catalán.

Segundo tema: es verdad lo que dice el Senador del Grupo Mixto de que el nivel de vida de los países occidentales ha conllevado mucho más que en los países en vías de desarrollo este tema, y es lógico. El mayor nivel de vida comporta una mayor tecnología de la sanidad, y esto que es bueno puede en algún caso ser culpable, entre comillas, de sufrimientos superiores al paciente en un porcentaje pequeño. Por lo tanto, si es la medicina y la sociedad la que hemos dado esta tecnología, moralmente estamos autorizados a impedir que se diga: por esta tecnología que pretendía mi curación y que es buena, pero que no lo ha conseguido y, en cambio, alarga mis sufrimientos, ¿no puedo pedir algo en nombre de mi libertad y mi dignidad? Con todos los condicionantes del mundo, esto no puede ser abierto. Ya he dicho antes que no estoy a favor de la eutanasia en el sentido amplio de la palabra, pero no condenaría a nadie que cumpliera estos requisitos de una forma estricta y que actuara según su conciencia. Estoy absolutamente seguro de que moralmente no le podemos meter en la cárcel.

Sobre el testamento vital o voluntades anticipadas tengo que decir que es un buen paso intermedio, pero si la legislación no complementa la legitimidad de las voluntades anticipadas, es dar un peldaño para no llegar al final. Por lo tanto, es un paso que creo que hay que darlo, pero si la legislación nos condena con uno o dos grados inferior probablemente por ello la primera vez un médico no irá a la cárcel pero no podrá repetirlo de ninguna de las formas porque la segunda vez ya no se puede beneficiar de ello --la Presidenta que es jurista sabrá el término exacto--, es decir, no se pueden volver a repetir esos beneficios penitenciarios. Sobre el consentimiento informado diré que realmente cada vez se están haciendo mejor las cosas, pero no lo hemos de deificar, si me permiten esa palabra, Senadores. No hay mejor consentimiento informado que una silla, una mesa, un paciente delante al que le miras a los ojos y le explicas lo que le pasa y le dices que hay que solucionar el problema de alguna forma. Consentimientos informados, como hay, de decir: pase y firme aquí no los entiendo. Ya sé que hay que hacerlo legalmente y me parece bien. Pero repito que hay que mirar a los ojos y decirle que las cosas están así, aunque con esos tintes esperanzadores que siempre hay que dar en toda información.

Senadora, ya le he contestado a la pregunta sobre el código de la OMC. De todas maneras no quisiera enfrentar un código con otro.

El código actual de la OMC es mucho mejor que el que tenían antes, que afortunadamente --y lo digo con orgullo y con satisfacción-- se han inspirado en algunos de nuestros artículos, por ejemplo, el del médico que se sabe enfermo o el del médico que sabe que otro médico está enfermo y no puede ejercer, tiene la obligación ética y moral de denunciarlo con la debida discreción al colectivo profesional. Este artículo de nuestro código ha llevado a nuestro Colegio de Médicos a formar dos comisiones importantísimas: la de sanitarios infectados y la del PAIM, una comisión que se dedica a intentar curar con la discreción máxima a médicos drogadictos, a médicos alcohólicos, que los tenemos como en todos los colectivos.

No estamos hablando de un enfrentamiento entre códigos. Nosotros históricamente en Cataluña teníamos nuestro código desde hacía muchos años y nos adelantamos un poco a los acontecimientos. Pero nada más. Y no son tan diametralmente opuestos, a pesar de que el código de la OMC es mucho más estricto en el sentido punitivo y condenatorio en temas como la eutanasia o el aborto que el nuestro.

Senador Castell, quizá no me expresado bien. No he dicho que el médico tenga que interpretar al paciente, sino que en el momento de inconsciencia del paciente los familiares tienen que

contemplar y el médico respetar, si lo sabía, la voluntad del paciente, que es diferente. Por lo tanto, se trata del caso de inconsciencia porque si no realmente tiene que ser la voluntad reiterada del paciente la que tiene que servir de base. Pero siempre hemos hablado de la decisión no de un solo médico.

En el supuesto de que ustedes en el momento de su informe decidan recoger algunas de estas insinuaciones, les pido que haya siempre por lo menos dos médicos, uno que lleva al paciente, otro independiente y preferentemente experto en curas paliativas, aunque no necesariamente, y que certifique a su colega y la forma de ver el paciente a su colega.

Por lo tanto, a mí me parece que es un tema arduo, difícil, que puede herir sensibilidades pero por las dos partes. Porque si ustedes oyen al señor don Salvador Pániker, por ejemplo, comprobarán que hiere la sensibilidad cuando dice que no aceptemos esto.

Por lo tanto, el intentar una convergencia, que no se tenga manga ancha, pero sí dejar un resquicio a la no penalización, podría ser el resumen de la idea que yo he pretendido que ustedes captaran al venir a esta Comisión desde el Puente Aéreo.

Muchas gracias, señora Presidenta.

La señora PRESIDENTA: Muchas gracias, señor Monés.

¿Alguna de sus señorías desea intervenir? (Pausa.) El Senador Ríos tiene la palabra.

El señor RIOS PEREZ: Muchas gracias, señora Presidenta.

Como esta Comisión podría ser interminable voy a ser breve. Sí quiero romper una lanza en favor del Código Etico de la OMC, que no es contrario al de los catalanes en función de que se está refiriendo concretamente al médico, es decir, estamos ahora planteando el problema de la sociedad.

Por ejemplo, que en un suero por goteo alguien le ponga una inyección de cloruro potásico no tiene que ser un acto médico, desde el punto de vista de la acción del médico; igual pasa en otro tipo de actuaciones, o en el caso del suicidio asistido. Lo que se plantea es por qué va a cargar el médico, sacrosanta profesión, etcétera, con esta situación límite específica y que va en contra de los fundamentos básicos de la medicina.

Estamos precisamente aquí para ampliar las posibilidades de que por otra vía y con otros planteamientos se pueda realizar en algún caso determinado.

En segundo lugar, quería comentar que en la vida diaria los médicos siempre hemos sido demasiado remisos a facilitar privados mórficos derivados de cualquier otra sustancia de tipo anestésico, etcétera, por aquello de que se puede acostumbrar, que es uno de los ridículos más espantosos que se puede plantear. Hay que decirle que puede tomar lo que necesite porque nadie tiene obligación de sufrir.

Este es el caso, y entonces el médico puede dar todo lo que necesite para que no sufra; si se acorta o no la vida es un asunto secundario que desde el punto de vista moral no tiene el más mínimo valor. Por tanto, creo que se deben separar ambas cuestiones.

Los médicos sabemos que un día el enfermo pide con insistencia que le maten, que no le proporcionen más ayuda, y al día siguiente por la mañana a lo mejor está cantando La Traviata. Todavía no sabemos el influjo de una serie de circunstancias especiales sobre el estado de ánimo. Estamos hablando de una excepción, de la continuidad, de una tetraplejia, etcétera. Como estas situaciones no tienen por qué ser resueltas por un médico, planteemos el tema en el amplio campo jurídico. Este es otro enfoque del problema porque si dejamos una vía abierta no sabemos a dónde podemos llegar.

Muchas gracias.

La señora PRESIDENTA: Gracias, Senador Ríos.

Doctor Monés, ¿desea contestar? El señor PRESIDENTE DE LA COMISION DEONTOLOGICA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA (Monés i Xiol): Brevísimamente.

Es cierto, lo que pasa es que hemos de diferenciar, y yo repito que no es lo mismo la primera vertiente de su intervención que la segunda. Es evidente que no hemos de abrir la mano, eso está clarísimo. Y Holanda es un ejemplo, no diría que a seguir pero sí a poner las cosas en su sitio.

En el informe del profesor Reine, que no es tan escandaloso como algunos grupos pretenden presentar, es bien cierto que en un porcentaje no despreciable de pacientes, no llega al 0,2 por ciento --pero es el 0,2 por ciento--, no quedaba suficientemente demostrada su voluntad inequívoca. Esto se ha querido presentar diciendo que los holandeses mayores se van a vivir fuera de Holanda para evitar que eso les suceda.

Eso es una exageración absoluta de los grupos interesados en defender una posición ideológica, y no es cierto en absoluto. ¿Que puede llegar a serlo? Sí, y hemos de ser muy cuidadosos en un asunto tan delicado como el de la propia vida, en eso estoy absolutamente

de acuerdo.

La señora PRESIDENTA: Gracias.

¿Alguna intervención más, señorías? (Pausa.) Nuevamente voy a reiterar al doctor don Joan Monés i Xiol el agradecimiento de esta Presidencia y de los miembros de la Mesa por su intervención tan clara y por sus diapositivas tan estupendas, y desearle un feliz retorno en el Puente Aéreo que, según me dicen, no es poca cosa.

(Risas.) Señorías, muchas gracias a todos por su presencia, por su atención y por su interés. Seguramente, si el calendario de los próximos comparecientes lo permite, recibirán convocatoria para una reunión el próximo jueves 21 de octubre en dos sesiones de tarde. Sin más, se levanta la sesión.

Buenas tardes.

Eran las diecisiete horas y cincuenta minutos.