

è

EUTANÀSIA

Aspectes ètics de
l'ajuda per morir



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

“Ens hem equivocat respecte a quina és la nostra tasca en la medicina. Creiem que la nostra missió consisteix a garantir la salut i la supervivència, però, en realitat, és molt més que això. Consisteix a fer possible el benestar. I el benestar té molt a veure amb les raons per les quals un desitja estar viu.”

Atul Gawande, Ser Mortal

GRUP D'ÈTICA

Redactors del document

M. Teresa Mateu Gelabert
Aida Molero Arcos
Albert Planes Magrinyà

Membres del grup participants en el debat del document

Carme Batalla Martínez
Isabel Buezo Reina
M. José Fernández de Sanmamed Santos
M. Teresa Mateu Gelabert
Aida Molero Arcos
Ramon Morera Castell
Albert Planes Magrinyà
Miquel Reguant Fosas
Laia Riera Armengol
Marisa Rubio Montañés
Gemma Torrell Vallespín

Consultors del document

Miguel Melguizo, metge de família
Begoña Román, filòsofa

Referents del grup d'ètica que han fet aportacions

Carme de Castro
Marta Cuní
Eva Peguero
Anna Vall-Ilosera
Francesca Zapater

Novembre 2024

Tant els referents com els consultors han fet aportacions a l'esborrany del document, que es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

La col·lecció Reflexions de la Pràctica Quotidiana vol oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges i metgesses de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretén establir normes d'actuació ni definir estratègies perquè els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor, sinó també per prevenir problemes jurídics.

En aquest document, la reflexió ètica parteix de la nova situació legal (publicació de la LORE). Sense entrar a discutir la bondat o possibles millores de la llei, per tal de facilitar la reflexió quotidiana dels professionals, el document se centra en les previsions de la llei i obvia fer reflexions sobre situacions que no hi són previstes (i que futures versions de la llei podrien abordar).

Aspectes ètics relacionats amb l'atenció al final de la vida es poden trobar en un document anterior del grup¹.

¹ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Acompanyar fins a la mort. CAMFiC. 2012. Disponible a http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_543_EBLOG_1856.pdf

Índex

Introducció	4
Aspectes legals bàsics	6
Real com la vida mateixa	9
Consideracions ètiques	11
Dubtes freqüents	14
Punts clau	21
Consells pràctics	23
Bibliografia	24
Annex 1. Alguns conceptes clau	27
Annex 2. Marc legal i deontològic	29
Annex 3. Document de voluntats anticipades i eutanàsia	32
Annex 4. Objeció de consciència i eutanàsia	34



Introducció

El 24 de març del 2021, es va publicar a Espanya la Llei Orgànica 3/2021, de regulació de l'eutanàsia (LORE). La llei regula i despenalitzava, en determinats supòsits, l'eutanàsia i el suïcidi assistit. Els engloba dins el terme "ajuda per morir", reconeixent-lo com un dret de les persones i com una prestació en la cartera de serveis del sistema sanitari. Aquesta llei promulga després d'un llarg i ampli debat social i polític.

En una societat moralment plural, tant de respecte mereixen aquelles persones (i professionals) que consideren l'eutanàsia com una forma de morir amb dignitat, com aquelles que consideren que l'eutanàsia no és moralment acceptable.

Som davant d'un nou escenari en la relació amb les persones i el seu abordatge del final de vida. Aquest nou escenari és fruit d'una decisió racional i autònoma de la persona sol·licitant. Es tracta, com diu la filòsofa Begoña Román, d'una mort decidida: *"És, per primera vegada, una mort decidida, respectable, públicament defensable, un acte absolutament ètic. Es tracta d'un suïcidi lúcid. És una decisió; decidir morir-se i decidir-ho autònomament"*². És diferent d'altres escenaris que es donen, com el rebuig de tractament, l'adequació de l'esforç terapèutic o la sedació, conceptes que aclarim a l'annex 1 d'aquest document.

Fins ara podíem considerar que havíem d'ajudar a viure millor, també a morir dignament. Ara, fins i tot, ens cal ajudar a tenir una mort apropiada³

(que la persona consideri com a "pròpia", en relació amb els seus valors i història vital). Cal tenir clar que qui demana morir és algú que pateix intensament.

Vulnerabilitat i humanitat van de la mà. La mort és part de la vida, encara que l'entorn social i sanitari semblin oblidar-ho. Cal promoure que cuidar, encara que no es pugui curar, és també una finalitat essencial de l'atenció sanitària. A més de la formació tècnica necessària i imprescindible, cal saber acompanyar les persones que transiten a través del procés d'emmalaltir, de perdre les capacitats i del final de vida.

El Comitè Europeu de Salut Pública va dir (1981): "Es mor malament quan la mort no és acceptada; es mor malament quan els professionals no estan formats en el maneig de les reaccions emocionals que emergeixen en la comunicació amb els pacients; es mor malament quan s'abandona la mort a l'àmbit d'allò irracional, a la por a la solitud, en una societat on no se sap morir"⁴.

² Román B. El dret a decidir com morir [Internet]. Jornada de debat: El dret a decidir com morir.

Disponible a YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hF4sed3PakY>

³ Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Editorial anagrama; 2013.

⁴ Urruchi Pinedo I. Vivir el morir. Apoyo emocional y habilidades comunicativas con el paciente terminal [Trabajo fin de grado]. Logroño: Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado", Universidad de la Rioja; 2015.

El sistema sanitari acostuma a ser poc reflexiu sobre els valors de la persona malalta, fins a límits incompatibles amb la bona vida. Resulta difícil reconèixer i acceptar que cal afrontar la mort. Una mort que ens interpel·la com a professionals i com a persones, una mort que ens genera sentiments d'impotència, angoixa o culpa.

Però quan ens impliquem professionalment en una bona atenció al final de vida, els sentiments de por i angoixa es transformen en pau i satisfacció, i produeixen un aprenentatge personal i professional molt important. El professional que es perd l'atenció al final de vida de les persones que atén es perd una de les parts més importants i belles de la seva professió.

Els metges, metgesses i infermeres de família acompanyem durant tota la vida, reconeixem els malalts com a persones, un reconeixement individual i profundament íntim, tant físic com psicològic, que significa donar-los suport⁵. Som testimonis de les vivències dels pacients i estem en una situació privilegiada i de responsabilitat per ajudar també a tenir una “mort apropiada”.

L'acompanyament a la mort, amb o sense eutanàsia, és una part indestruïble de la pràctica de la medicina i la infermeria de família. Atribuir aquesta tasca a equips específics representa una pèrdua professional i competencial. Una mostra de la confiança dels pacients en els professionals de l'atenció primària és que més de la meitat de sol·licituds i de prestacions d'ajuda a morir tenen lloc en aquest àmbit assistencial⁶. Donar suport al malalt per a una mort apropiada és la culminació del compromís amb el pacient. Tanca el cercle d'una relació estreta i teixida durant el temps, i al mateix temps l'omple de sentit.

⁵Berger J, Mohr J. Un hombre afortunado. Madrid: Alfaguara; 2011.

⁶Memòria de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya. 2023. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11812>

Aspectes legals bàsics

Analitzem breument què ens demana la LORE i, específicament, com considera l'entorn eutanàsic, entenent que és l'aspecte més complex a verificar per part dels metges i metgesses implicats. A l'annex 2 abordem de forma més àmplia aspectes legals i deontològics relacionats.

Què ens demana la LORE?

La LORE (en el seu preàmbul) “regula i despenalitza l'eutanàsia en determinats supòsits”, entenent-la com “l'actuació que produeix la mort d'una persona de manera directa i intencionada, mitjançant una relació causa-efecte única i immediata a petició informada, expressa i reiterada en el temps d'aquesta persona i que es porta a terme en el context de patiment degut a una malaltia o un sofriment incurable que la persona experimenta com a inacceptable i que no s'ha pogut mitigar per altres mitjans”.

La LORE demana que el metge responsable (i també el consultor) **verifiqui** que la persona sol·licitant compleix les 4 condicions que estableix la llei per a poder accedir a l'ajut per a morir:

- Majoria d'edat (18 anys).
- Nacionalitat espanyola o més de 12 mesos de residència legal.
- Capacitat per a decidir (competència).
- Entorn eutanàsic, entès com a una de les dues condicions:
 - o “Sofriment greu, crònic i impossibilitador”.
 - o “Malaltia greu i incurable”.

També ens demana que certifiquem que s'ha seguit el procediment establert a la llei: la persona ha omplert i signat dues sol·licituds (separades per almenys 15 dies) i un consentiment informat (almenys 24 hores després de la segona sol·licitud); durant aquest període s'ha deliberat amb la persona, a la qual s'ha informat, per escrit, de totes les possibilitats (de tractament, pal·liatives i socials) per abordar la seva situació.

També ens demana que acompanyem (amb la resta de l'equip assistencial, en el qual tindrà un paper rellevant la infermera responsable) la persona fins al moment de la seva mort, assegurant-nos en tot moment que manté la seva voluntat ferma de morir. La darrera verificació la fa la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC) abans que la persona mori. I, un cop s'ha produït la mort, la LORE ens demana que la certifiquem i informem el CGAC sobre com ha anat.

L'entorn Eutanàsic

Aquesta és una de les qüestions que pot ser difícil de valorar per part del metge, tant des del punt de vista clínic com ètic⁷.

L'entorn eutanàsic s'ha de valorar en el context que la LORE descriu al seu preàmbul: “patiment degut a una malaltia o un sofriment incurable”. És a dir, en el context d'un patiment irreversible, relacionat amb problemes de salut.

La LORE (art. 3c) descriu la “malaltia greu i incurable” com aquella “que per la seva naturalesa origina patiments físics o psíquics constants i insuportables sense una possibilitat d'alleujament que la persona consideri tolerable, amb un pronòstic de vida limitat, en un context de fragilitat progressiva”. Aquesta és, potser, la possibilitat més senzilla de verificar: tots entenem amb facilitat què és una malaltia greu i incurable. Cal, destacar, però, que la llei posa a la persona en el centre de la definició: és ella qui percep el patiment i considera intolerables les possibilitats d'alleujament.

El “sofriment greu, crònic i impossibilitador” és descrit (art. 3b) com la “situació que fa referència a limitacions que incideixen directament sobre l'autonomia física i les activitats de la vida diària, de manera que no permet valer-se per si mateix, així com sobre la capacitat d'expressió i relació, i que porten associat un patiment físic o psíquic constant i intolerable per a qui ho pateix, amb la seguretat o una gran possibilitat que aquestes limitacions persisteixin en el temps sense una possibilitat de cura o millora apreciable”.

Novament, la persona és en el centre de la definició: el patiment és l'element central i ha de ser intolerable per a qui el pateix. És raonable pensar que les mateixes limitacions produiran diferent grau de patiment en les persones, segons la seva història vital i els seus valors (què considera que és una vida apropiada, digna). Així, podria ser molt important perdre capacitat per moure's per a algú amb una vida on l'activitat esportiva ha estat essencial i, en canvi, la pèrdua d'audició o de visió podrien ser molt importants per a una persona amb una vida més centrada en activitats intel·lectuals⁸.

La LORE parla, en aquest cas, de limitacions com a causa del patiment. Aquestes limitacions poden afectar les activitats de la vida diària, així com la capacitat d'expressió i relació. La CGAC interpreta el “així com” com una expressió disjuntiva (o una cosa o l'altra). Cal tenir en compte que la LORE no parla sols de limitacions en activitats bàsiques i, per tant, hem d'entendre que cal valorar també les limitacions en activitats instrumentals o superiors de la vida diària.

⁷ Per a la valoració de l'entorn eutanàsic és essencial el coneixement de la persona i la seva història vital, així com l'entrevista clínic. Podeu trobar-ne eines a la bibliografia recomanada, especialment a Peguero i col. i Morera i col.

⁸ Per a una excel·lent reflexió sobre la tendència dels metges a interpretar el que és millor per a les persones: Meléndez A. La mirada del mono. AMF. 2024;20(6):330-1.

Tampoc parla de si l'origen d'aquestes limitacions és físic o psíquic (no pot sortir de casa perquè la seva musculatura no li permet caminar o perquè és el seu cervell, en una malaltia mental greu, el que no li ho permet). Entendre com les limitacions provoquen patiment, físic o psíquic, en la persona, en el seu context vital, serà cabdal.

La no acceptació d'aplicar mesures de "cura o millora apreciable" de les limitacions, per part de la persona, sobretot si són rellevants, ens ha de posar en alerta sobre la seva competència (està entenent bé la situació i les possibilitats d'abordatge?) o sobre la consistència de les limitacions com a causa del patiment. Sempre ens caldrà, però, tenir en compte que el patiment és personal, i la persona, en l'exercici de la seva autonomia, té dret a rebutjar actuacions que li proposem; la mateixa LORE, en definir la malaltia greu i incurable, parla de "possibilitat d'alleujament que la persona consideri tolerable". El rebuig d'un tractament realment curatiu⁹ de la patologia que justifica el patiment de la persona ens podria portar a considerar que no es dona l'entorn eutanàsic.

En resum, podríem dir que el patiment (personal i subjectiu, associat a la història vital) en un context de limitacions irreversibles, per raons de salut, és el marc eutanàsic que preveu la legislació vigent. És el patiment de qui demana, no allò que puguin pressuposar com a patiment insuportable els professionals que l'atenen.

Sempre i quan la persona compleixi les altres condicions, el metge, responsable o consultor farà un informe favorable si verifica qualsevol de les dues situacions d'entorn eutanàsic descrites: "malaltia greu i incurable" o "sofriment greu, crònic i impossibilitador". I l'haurà de fer desfavorable, segons fixa la llei, si no és així.

⁹ El Comitè de Bioètica de Andalusia en fa un abordatge interessant. Distingeix entre tractaments curatius, modificadors de la malaltia o pal·liatius o de suport. Només el tractament realment curatiu ens podria fer dubtar de l'entorn eutanàsic. Veieu: Comitè de Bioètica de Andalusia. Consulta al Comitè de Bioètica de Andalusia per parte de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) para la prestación de ayuda para morir, de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalusia. 2022. Disponible a: https://www.bioetica-andalusia.es/wp-content/uploads/2023/10/dictamen_CGE-12_22.pdf

Real com la vida mateixa

Situacions reals, viscudes, que ens fan pensar...

La Maria té molt clar el que vol i sobretot té molt clar com **NO vol viure.**

La Maria té 60 anys, ha estat sempre una dona molt independent, ha gaudit de la seva feina i té una bona xarxa d'amistats. Els seus germans, sobretot des que ha emmalaltit, li donen tot el suport que ella necessita. Ha fet tots els tractaments que li ha proposat el seu oncòleg, fins i tot va acceptar entrar en un assaig clínic tot i que sabia que tenia poques garanties d'èxit.

Un dia, la notícia arribà: no et podem oferir més tractament per intentar frenar la neoplàsia, ens centrarem a controlar els símptomes que et pugui generar.

La visitem a casa seva. En la mateixa visita en què ens explica els seus plans d'excursió del cap de setmana (anirà a la muntanya amb les amigues), ens demana informació sobre l'eutanàsia.

“Si existeix una injecció per a animals ha d'existir per humans, oi, doctora?”

L'Emilio té 65 anys i en fa més de 10 que s'ofega cada vegada més. Ara ni tan sols pot aixecar el net petit sense dispnea. Tot i l'arsenal de tractaments inhaladors i els mòrfics, la dispnea li limita qualsevol activitat. Ja li és molt difícil parlar i les pauses entre frases són molt llargues. En l'última descompensació de la seva malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) ens diu: “Doctora, segur que existeix una injecció per acabar amb aquest patiment. Si existeix per a animals, també n'hi haurà per a humans, no?” La família no creia que ho hagués pensat gaire això que estava plantejant. Ell havia sentit feia uns mesos, a la tele, que la LORE ja estava en vigor i des de llavors tenia al cap que allò era el que necessitava per acabar amb aquell ofec insuportable que ni tan sols el deixava baixar a prendre el cafetó al bar i fumar la cigarreta que li donava sentit al seu dia a dia.

“Emilio, el que em demana és si és possible l'eutanàsia? En continuem parlant?”

La Manolita ja no vol ser una càrrega.

Atenem a la Manolita des de fa molts anys a domicili. Els últims dos han estat molt durs per a la família, des del diagnòstic d'esclerosi lateral amiotròfica (ELA). Té 72 anys i és la germana petita de quatre, que viuen al mateix pis. Ella era la que cuinava, comprava i cuidava de l'Antònia, amb demència de tipus Alzheimer. Han estat dos anys de pèrdues contínues: la mobilitat, l'autonomia i el seu rol de cuidadora. Ja no pot moure's del llit, no té força a les mans i han hagut de contractar a una cuidadora. En la darrera visita a domicili demana a la seva metgessa i a la infermera l'eutanàsia. Ella no vol ser una càrrega per als seus germans.

“Si perdo la memòria i no puc parlar ni reconèixer a ningú, si us plau, feu cas del meu DVA”.

L'Eva arriba a la nostra consulta per fer el seu document de voluntats anticipades (DVA). La seva mare pateix una demència vascular, depèn completament del pare i ja no coneix cap familiar. Fa anys que no la reconeixen com era abans: alegre, col·laboradora i molt educada.

Després de l'experiència de la mare, l'Eva es planteja el seu futur si presentés qualsevol tipus de demència i té clar que per a ella no té sentit una vida en la qual no reconegui els seus éssers més propers o no pugui expressar els seus pensaments o sentiments; en aquesta situació desitjaria l'eutanàsia. Aquella vida no seria la seva, fins i tot encara que aparentés “no patir”.

En Josep demana acabar amb la seva vida, que ja no considera digna

Des de fa mesos visitem en Josep al descampat que és al costat del CAP: es troba dins del seu domicili actual, un cotxe abandonat. Viu al carrer d'ençà que es va separar de la seva dona, no treballa i no menja calent des de fa mesos. Tampoc no es dutxa. Va rebutjar una habitació a la pensió que treball social li oferia perquè no podia mantenir l'ordre que li demanaven i tampoc podia seguir bevent. Quan arribem al cotxe i després de donar-li un entrepà, ens diu que aquesta vida actual no és una vida digna per a ningú, però que sap que no la pot canviar i ens demana iniciar els tràmits per sol·licitar l'eutanàsia.

“Ja no crec que pugui suportar més aquesta tristor i aquest buit”

En Marc acaba de fer els 47 anys, però, lluny de celebrar-los, ha explicat a la família que demanarà l'ajuda per morir. Ha estat novament ingressat per un intent d'autòlisi i fa uns dies que és a casa on l'esperava la Núria, la seva dona, i els dos nens, però, tot i el recolzament de la família, en Marc no troba energia per seguir endavant. Té reconeguda una invalidesa i havia treballat de mestre. Ara es passa el dia mirant com passa el temps, immòbil. Fa quasi 20 anys que entra i surt de l'hospital, enllaça visites de psicologia, psiquiatria, metgessa de família, hospital de dia i terapeuta ocupacional sense trobar cap sentit a aquesta vida actual, i ha perdut ja tota esperança de millorar. Ha provat ansiolítics, antipsicòtics, antidepressius, homeopatia i teràpia electroconvulsiva.

En altres ocasions, ens havia explicat que volia acabar ja amb el patiment, el seu i el que estava causant a la seva família. Ara ens porta tota la informació impresa d'Internet i ens demana l'ajuda per morir.

“Treu-li feina a la Núria. Avui amb l'eutanàsia ja en té prou...”

Demà, la Núria i la Gemma, metgessa i infermera de família, han d'anar al domicili del Joan que, afectat per una neoplàsia avançada de còlon, ha demanat ajuda per morir. La Marta, companya i directora de l'equip, conscient de les implicacions de temps i emocions que tindrà aquesta visita a domicili “tan especial”, li diu a la Mireia, l'administrativa: “Procura buidar tant com puguis l'agenda de demà de la Núria i la Gemma, prou feina tindran; si alguna persona no pot esperar, ja me'n faré càrrec jo mateixa”.

Consideracions Ètiques

En societats moralment plurals no hi ha un consens sobre el valor de la vida i sobre la noció de qualitat de vida, però sí sobre el deure de respectar la persona. Quan la persona és competent per prendre decisions, aquest deure es concreta, entre d'altres, en el respecte de la seva autonomia, amb l'única limitació del respecte dels drets dels altres. Aquesta és la principal fonamentació de la Llei de l'eutanàsia i el suïcidi assistit.

Desgranant en l'eix principis:

Autonomia

Un dret que emana del ple exercici de la autonomia de la persona per decidir sobre els afers de la seva salut i de la seva vida. Aquest dret li permet rebutjar tractaments, fet que no invalida la petició d'eutanàsia.

Beneficència

Ningú millor que la mateixa persona per saber si la seva vida és o no apropiada. La beneficència d'un acte es basa en els valors de la persona. Com en qualsevol altra situació clínica, tenim l'obligació d'oferir al pacient totes les possibilitats d'abordatge dels seus problemes, i la persona pot rebutjar-les. Si pensem que la sol·licitud és generada per un mal control simptomàtic, per un abordatge sanitari equivocat o per un problema social, durant el procés deliberatiu han de quedar clares les possibilitats d'abordatge a fi d'assolir un millor control del patiment que genera la sol·licitud.

No maleficència

Tan maleficient és ignorar la decisió d'un pacient competent en relació amb la seva salut com acceptar la decisió d'un pacient incompetent. Abandonar un pacient perquè els seus valors difereixen dels nostres també és maleficient. També és maleficient atendre la petició sense fer paleses les possibilitats de resolució d'aspectes que poguessin alleujar els símptomes que motiven la demanda del pacient.

Justícia

Com esdevé un dret, cal procurar que estigui disponible per a totes les persones que el sol·licitin, independentment del lloc on visquin, ètnia, classe social, etc., i sempre sota els criteris contemplats per la Llei¹⁰.

¹⁰A les dades de què disposem, de les memòries de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC), no s'inclou la variable "classe socioeconòmica" o "nivell d'estudis", que ens permetria valorar si en l'accés a l'eutanàsia també regeix la Llei de Cures inverses.

Desgranant els valors del metge de família:

Proximitat

Aquesta situació tan delicada ens demana una presència plena. Hem de fer arribar al pacient, i al seu entorn familiar, que som al seu costat, que estem disponibles, que l'entendem i que el nostre objectiu és ajudar-lo. Oferint un espai de calidesa i un temps de qualitat.

Lleialtat

La nostra primera lleialtat és sempre envers la persona sol·licitant, i respectarem curosament el seu desig de compartir el procés, o no, amb altres persones o professionals. Tindrem en compte els seus valors, preferències i creences, sense imposar els nostres. La lleialtat també implica no abandonar la persona, encara que se'ns faci difícil ajudar-la o, fins i tot, encara que siguem objectors de consciència. En aquest cas és el nostre deure acompanyar i assegurar que el pacient pot exercir el dret que la llei li reconeix, malgrat que no siguem nosaltres qui apliqui la prestació de l'ajuda a morir.

Prudència

*“La prudència és la virtut de decidir allò que és òptim en cada cas concret. És el valor més associat al principi de no maleficència i que ens obliga, primer de tot, a no provocar danys amb la nostra actuació professional.”*¹¹ Hem d'assegurar-nos durant tot el procés deliberatiu que es tracta d'una voluntat meditada, autònoma i reiterada del pacient. La prudència és, en aquest cas, essencial: l'eutanàsia és irreversible.

Equitat

Hem de garantir l'equitat en el tracte amb tots els pacients, encara que siguem objectors de consciència, assegurant que tots tenen accés al dret a rebre la prestació d'ajuda a morir i que tots seran acompanyats, amb qualitat, en el seu final de vida.

¹¹ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Les bones pràctiques del metge i de la metgessa de família. CAMFiC; 2016. http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8082.pdf

Honradesa

Ens cal ser coneixedors de la llei, així com del procediment que requereix. Cal ser també conscients de les nostres habilitats i de les nostres limitacions, i demanar ajuda, sempre que calgui, als referents, a altres companys o al servei de salut mental: l'ajuda per morir té un alt component emocional. L'honradesa ens obliga a reconèixer les nostres limitacions i a responsabilitzar-nos, també, de formar-nos adequadament.

Respecte

A la petició que ens fa la persona, al seu patiment i al del seu entorn familiar. Però també respecte als professionals que assumeixen acompanyar a la persona i a aquells que, sense abandonar-la, són objectors.

Serà molt important, també, aplicar tots aquests valors per a donar suport als companys del nostre equip que estan ajudant a una persona a morir.

Dubtes Freqüents¹²

No ho fe fet mai i no sé si sabré fer-ho bé

És una situació freqüent. Un sentiment molt humà de por davant del desconegut o d'allò que sé que m'afectarà emocionalment. S'hi associa un desig professional honest de fer bé les coses. Si ens hi trobem, cal abordar-ho buscant ajut: demanar suport dins del propi equip o fora d'ell (referents) pot ser de gran ajuda. Declarar-se objector en aquesta situació (o en d'altres de similars) seria poc honest per a nosaltres mateixos, per a la persona sol·licitant, per a la resta de companys i, fins i tot, per als veritables objectors (veieu l'annex 4).

Vaig de bòlit i no tinc temps

És una expressió freqüent. Atendre una persona propera a la mort és compromès i comporta molt de temps. Ajudar-la a morir, a més, comporta uns requeriments legals i de tràmits que encara comporten més temps. Però és tan important per aquella persona sentir-se acollida per qui l'ha acompanyada al llarg de la seva vida, durant anys, el seu metge de família, que cal prioritzar aquestes atencions per sobre d'altres d'escassa utilitat o en les quals no som tan necessaris. Negar-se a fer-ho és traslladar el problema a un altre company i perdre l'oportunitat d'acompanyar la persona en un moment vital molt important, irreplicable. "M'hi hauré d'implicar molt!" Caldrà, com en altres situacions, cercar el temps i demanar ajut a la direcció i a la resta de companys.

També pot ser que m'hi vegi poc implicat, perquè no conec la persona (fa poc que la tinc assignada o l'atenc perquè algun altre professional no ho vol fer). En aquest cas hauré de buscar la manera de saber més de la seva vida i acompanyar-la. Em caldrà temps...

No m'hi veig en cor per la implicació personal que hi tinc!

La implicació personal que tinc amb la persona és tan intensa que no sé si sabré actuar amb professionalitat. La relació d'anys, com a metge de família, amb aquella persona (longitudinalitat) és, segurament, la raó per la qual m'ha triat com a metge referent, per la confiança. Aquesta intensa relació pot ser molt beneficiosa per a un bon acompanyament en l'ajut per morir i em facilitarà molt la feina! Però si el problema és que tinc una intensa relació d'amistat, o fins i tot familiar, potser, si no m'hi veig en cor, caldrà renunciar-hi, per un conflicte d'interès; en aquest cas, sense abandonar la persona, li explicarem i ho comunicarem a la resta de companys i a la direcció de l'equip perquè ho assumeixi un altre professional.

Soc objectora de consciència

En aquest cas la llei preveu que ho faci constar prèviament al registre. No puc abandonar la persona en la seva petició. Ho he de comunicar també a la direcció del meu equip d'atenció primària (EAP) i col·laborar en la cerca d'un altre company que pugui atendre la petició.

Li he de comunicar a la persona que em sol·licita que l'ajudi, amb honestedat i proximitat, que soc objectora.

¹² En altres documents del grup femiem servir el títol "qüestions polèmiques". En aquest cas ens sembla més adient canviar-lo.

Si soc la metgessa de família de la persona, per honestedat i lleialtat caldrà seguir atenent-la fins a la seva mort (com faria en qualsevol altra situació), sense participar directament en el procediment d'ajut per morir. Ajudarà molt a donar continuïtat a la seva atenció i a acompanyar-la millor per la confiança que té en mi.

En parlem més extensament a l'annex 4.

Quan el metge o metgessa considera que ha de fer un informe desfavorable

El metge de família que actua com a metge responsable (o com a consultor) ha de verificar (segons estableix la LORE) que la persona és major d'edat, té nacionalitat (o residència) a l'estat espanyol, és competent (o té un DVA específic) i es troba en un entorn eutanàsic. Per honestedat, i en compliment de la legislació vigent, el metge ha de fer un informe desfavorable si considera que no es compleix algun d'aquests quatre criteris establerts a la LORE.

El patiment és personal, intransferible, difícil de valorar. En realitat només podem entendre i acompanyar la persona en el seu patiment, i oferir-li alternatives per pal·liar-lo tant com sigui possible. No podem posar en dubte el patiment, però la LORE ens demana que verifiquem que aquest patiment està justificat per unes limitacions provocades per l'estat de salut de la persona: l'entorn eutanàsic. Per fer-ho hem d'evitar basar-nos en els nostres propis valors i prejudicis. Ens cal posar-nos al lloc de la persona, amb els seus valors i història vital, i entendre que aquella situació no la considera pròpia, apropiada, i que no tenim possibilitats raonables d'alleugerir el seu patiment de forma acceptable per a ella. Aquest "apropiat" i aquest "acceptable" ho són per a aquella persona en concret (potser no ho serien per a mi o per a algú altre...). La deliberació, amb proximitat, serveix no sols perquè la persona entengui les possibilitats de les quals disposem per alleugerir les seves limitacions i el seu patiment, sinó també perquè jo, com a professional, entengui les raons profundes¹³ per les quals la persona pateix tant (per les seves limitacions) com per demanar-me que l'ajudi a morir.

Quan fem un informe desfavorable, caldrà explicar-ho de forma entenedora a la persona i oferir-li la possibilitat de presentar un recurs a la CGAC. Cal ser curosos perquè la persona se segueixi sentint acollida en el seu patiment i puguem continuar ajudant-la i acompanyant-la.

Quan es frivolitza la sol·licitud d'eutanàsia

"No, dona, no! Com em pot demanar això? Si tothom l'estima tant... Ja veurà com canvia d'idea."

Patir no és només una qüestió de dolor o altres símptomes, sinó que té dimensions psicològiques, socials i existencials.

¹³En alguna publicació (veieu, per exemple, Peguero i col.) es parla de "les raons de les raons": per entendre el patiment de la persona no ens podem quedar amb un "simple" "així no vull viure", sinó que ens serà molt important entendre les raons de fons (les raons de les raons): "sense poder valdre'm per mi mateixa no soc capaç de seguir vivint", "donar feina a les persones properes, patir jo i veure-les patir no és viure..."

Des de la imparcialitat moral que ens pertoca, hem de procurar no intentar convèncer ningú perquè canviï d'idea; no és aquesta la funció que se'ns demana, sinó més aviat fer tot el possible per alleujar el patiment i les limitacions que provoquen la petició de la persona i, si això no és suficient, entendre-la i respectar-la, i acompanyar la persona.

Tampoc hem de proposar directament a la persona l'eutanàsia ("li convindria ajuda per morir..."), però sempre ens hem d'assegurar que té la informació correcta i completa de totes les possibilitats al seu abast (inclosa l'eutanàsia): explorar què sap i completar la informació.

El patiment de la persona és ben seu, i de ningú més. Cadascú viu les seves limitacions segons els seus valors i la seva història vital. Ningú (ni el propi metge de família) pot modificar aquest sentiment de vida no apropiada ("ja no és la meva...").

Fruvolitzar la petició o, fins i tot, allargar innecessàriament els temps previstos per la llei (no tramitar les peticions, donar llargues...) és legalment negligent i poc compassiu, i maleficient per a una persona que pateix.

Dubtes sobre la competència

La competència cal suposar-la en tota persona adulta, però cal valorar-la en cas de dubte, sobretot per malalties neurològiques, mentals o demència.

La valoració de la competència la fem bàsicament per entrevista clínica. En cas de dubtes, podem usar alguns tests o consultar amb altres professionals. Per saber-ne més sobre la valoració de la competència podeu consultar el document del grup d'ètica "Autonomia, el dret a decidir"¹⁴.

En el cas de la **demència** cal tenir en compte que, en les seves fases inicials (en general fins a GDS 3 o fins i tot 4), la persona sol ser competent per decidir sobre l'eutanàsia, com sobre molts altres aspectes de la seva atenció. El debat ètic sovint se centra en si té validesa, en una persona que ja no és competent, el que va explicitar en un DVA previ (quan era competent): ara, la persona amb demència avançada, no ens pot explicitar el seu patiment i, sovint, aparentment, no sembla patir, però en el seu DVA ens va explicar que volia l'eutanàsia quan arribés aquest moment, que no seria per a ella (competent) una vida apropiada, malgrat les aparences. Ens deia, en realitat, que la persona, competent, no voldria viure (la faria patir) si es pogués veure com està ara (amb una demència avançada). Cal fer cas del que ens deia quan era competent.

La LORE no exclou les **malalties mentals**. La majoria de malalties mentals no afecten la competència de la persona o, si ho fan, la poden afectar temporalment: podria estar afectada la competència en una persona en plena crisi depressiva, però la pot

¹⁴ Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Autonomia, el dret a decidir. CAMFiC. http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_OFEX_8378.pdf

recuperar quan millora. El mateix podria passar en el cas de patir un episodi psicòtic agut. Si la persona amb malaltia mental greu és competent i té limitacions en la seva vida diària que justifiquen un patiment irreversible, ha de tenir el mateix dret que altres persones per accedir a l'eutanàsia¹⁵.

Eutanàsia i cures pal·liatives:

L'eutanàsia i l'atenció pal·liativa són complementàries, no excloents i responen a les necessitats d'una societat moralment plural com la nostra. No és cert que unes cures pal·liatives de qualitat assegurin que la persona no voldrà avançar la seva mort (en un estudi fet al Canadà¹⁶, la majoria de sol·licitants, un 82%, havien rebut cures pal·liatives adequades i un 13% les havien rebutjades). La persona pot considerar que, encara que el seu patiment físic sigui mínim, el patiment psicològic, emocional o existencial fa que aquella manera de viure ja no sigui apropiada i li resulti indigna.

És clar, però, que si el control de símptomes no és adequat, cal millorar-lo. La nostra primera finalitat és evitar el patiment de la persona. Sense desatendre la petició d'eutanàsia, acollint-la i deliberant sobre ella, serà prioritari assegurar les mesures pal·liatives adients. Cal respectar el desig autònom de la persona sense que això suposi un obstacle per oferir-li una atenció de qualitat. Si el control simptomàtic no és factible amb els mitjans habituals, caldrà explicar a la persona la possibilitat de sedació pal·liativa, si és el cas.

El paper de l'equip

Per atendre una petició d'eutanàsia serà imprescindible l'estreta col·laboració del metge i de la infermera de família. Aquest equip necessitarà el suport de la seva direcció i d'altres membres de l'EAP (depenent de cada cas).

Arribar al final de la vida, morir, és un acte únic en la història vital d'una persona. Forma part essencial de la seva vida. Respectar i permetre que cadascú afronti la mort en la seva intimitat, a partir dels seus valors, ha de formar part de la nostra feina. En cas de mort per eutanàsia, també.

Hem de saber trobar l'equilibri entre la necessària col·laboració entre professionals, en benefici d'una millor atenció, i el respecte a la intimitat i l'entorn de la persona. La persona és el centre de l'atenció i caldrà atendre-la amb els professionals més adequats per fer-ho bé, sense augmentar-ne el nombre per simple curiositat. Durant l'acompanyament a la persona i en el mateix moment de practicar l'eutanàsia cal procurar la col·laboració (i presència, si s'escau) dels professionals necessaris, però no més.

¹⁵ Cal tenir en compte el posicionament de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC) al respecte: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/peticions-pram-persones-problemes-salut-mental/>

¹⁶ Health Canada. Second Annual Report on Medical Assistance in dying in Canada. 2020. Ottawa: Health Canada; 2021 [citad el 8/11/2024]. Disponible a: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2020.html>

L'eutanàsia és aliena a la funció dels sanitaris?

Encara que tradicionalment la finalitat de la medicina ha estat salvar i perllongar la vida, també ho ha estat alleugerir el dolor i el sofriment. L'eutanàsia es pot considerar l'última forma d'acabar amb el sofriment quan les circumstàncies que es viuen fan percebre la pròpia existència com a inapropiada, insofrible o insuportable. La seva acceptació a l'àmbit de la deontologia està unida al canvi de paradigma de la relació metge-pacient i de les funcions de la medicina. L'eutanàsia és la darrera decisió autònoma que una persona pren en relació amb la seva salut i la seva vida.

Només des del compromís i en el marc d'una relació assistencial es pot entendre l'imperatiu moral de facilitar la mort com la millor manera de tancar una determinada biografia, on el pacient és insubstituïble en les seves decisions, inclosa la decisió d'acabar amb la seva vida, i on reclama el nostre compromís compassiu d'ajudar-lo.

L'eutanàsia en persones d'edat avançada

Un percentatge significatiu de sol·licituds d'eutanàsia prové de persones d'edat avançada. Als Països Baixos¹⁷ s'ha observat un augment de les sol·licituds d'eutanàsia per part de persones més grans de 80 anys que pateixen síndromes geriàtriques, com dèficit visual, hipoacúcia i dolor. Tot i això, es va observar que la mera acumulació d'aquestes síndromes no explica completament el patiment insuportable que motiva aquestes sol·licituds. Factors desencadenants addicionals, com ara caigudes, infeccions, hospitalitzacions o la pèrdua d'éssers estimats, sovint provoquen una reflexió profunda sobre el futur i poden portar a percebre la vida com a insuportable.

No cal que la persona pateixi una o diverses malalties importants. El cúmul de petits dèficits pot justificar limitacions que esdevinguin inacceptables per a la persona. L'atenció amb proximitat, amb calidesa, coneixent bé la història vital de la persona i els seus valors ens ajudarà a atendre-la i entendre el seu patiment, que pot justificar plenament la petició d'eutanàsia.

Hi ha persones d'edat avançada que, tot i no patir limitacions rellevants, consideren que ja *"han viscut la seva vida"* i desitgen acabar-la. Si bé aquest tipus de peticions poden ser comprensibles i no ser contràries als valors ètics, la LORE no despenalitzava l'eutanàsia per a persones que justifiquen el seu patiment *"tan sols"* per allò que podem anomenar cansament vital, vida ja viscuda.

L'eutanàsia en persones joves

La petició d'eutanàsia per part de persones joves suposa un gran repte per als professionals. La sensació de *"vida no viscuda"* ens posa en alerta, ens angoixa i ens fa dubtar sobre l'entorn eutanàsic. Estem més avesats, i acceptem millor, la mort de persones grans.

Però, evidentment, l'edat no pot ser una excusa per no entendre el patiment de la persona.

¹⁷Van den Berg V, Van Thiel G, Zomers M, Hartog I, Leget C, Sachs A et al. Euthanasia and physician-Assisted Suicide in patients with multiple geriatric syndromes. JAMA Intern Med. 2021;181(2):245-50. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.6895.

Haurem de ser, això sí, prudents i curiosos en la valoració del temps d'evolució, temps que ha permès que a la persona se li oferissin totes les possibilitats d'abordatge del seu patiment. L'opinió i el suport d'altres professionals de l'equip ens pot ajudar a valorar millor la situació.

Quan la família s'hi oposa:

La decisió de rebre la prestació d'ajuda a morir pot tensar les relacions i dinàmiques familiars, fins i tot les més harmòniques, sobretot si els diferents integrants no estan en pau amb la decisió de la persona. Aquesta fricció pot comportar un patiment més gran per al pacient i un estrès en la relació amb els seus familiars, fins a generar certa sensació d'abandonament a causa de la no comprensió.

La llei deixa molt clar que la decisió és únicament de la persona sol·licitant i, per tant, tot i que l'entorn que l'acompanyi s'hi oposi, no pot impedir que la seva sol·licitud avanci.

Des del moment que un pacient sol·licita la prestació d'ajuda per morir, aquest se situa, com sempre, al centre de la nostra pràctica (lleialtat), però no podem oblidar que la família del pacient també necessita una acollida i un acompanyament durant el procés i, posteriorment, en la seva elaboració del dol, i serà la nostra feina estar al costat d'ells.

Caldrà fer un treball per implicar la família, per procurar que entenguin la persona, que entenguin les raons de la petició, que entenguin el seu patiment. Caldrà facilitar que puguin parlar de les seves pors i dels seus sentiments.

Ens cal acompanyar la persona en la seva petició, però també l'entorn familiar (que vol tenir-ne cura) en el seu dol i en els seus sentiments.

Quan les condicions socials són molt desfavorables:

Sovint s'ha parlat del perill que l'eutanàsia s'utilitzi progressivament (pendent lliscant) perquè la societat es desprengui d'aquelles persones més desafavorides socialment o d'aquelles que ens "molesten" socialment (eugenèsia social). Es tracta d'un risc, però, no confirmat a la pràctica per la realitat de països on fa anys que l'eutanàsia es practica.

Les situacions socials desfavorables no han de ser el catalitzador de l'eutanàsia, ni les peticions d'eutanàsia haurien de servir per facilitar millores socials.

Les persones en situacions socials complicades han de ser valorades amb la mateixa neutralitat que aquelles amb situació social no compromesa. Sempre cal verificar l'existència d'un entorn eutanàsic, independentment de la situació social de la persona sol·licitant.

D'altra banda, la petició d'eutanàsia d'una persona en condicions socials molt desfavorables ha de ser valorada, si compleix criteris, amb la mateixa cura que la de qualsevol altra persona. La situació social desfavorable no ha de ser un impediment perquè una persona accedeixi a l'eutanàsia, encara que professionalment ens suposi

un repte destriar el patiment d'origen social d'aquell que prové de limitacions de salut, sobretot quan sabem que sovint estan interrelacionats.

Quan se sospiti que hi ha potents causes socials d'una malaltia o un patiment insofrible, caldrà mobilitzar els recursos disponibles que puguin apaivagar la situació i revalorar la sol·licitud d'eutanàsia amb la persona afectada. En aquestes situacions, la intervenció i la coordinació amb els treballadors i treballadores socials dels equips d'atenció primària pot ser de gran ajuda.

Quan el professional sanitari treballa en una institució contrària a l'aplicació de la llei:

Legalment i èticament no és acceptable l'objecció de consciència de col·lectius, societats, serveis, unitats assistencials o institucions sanitàries.

El metge de família ha d'ajudar la persona a exercir el seu dret que se l'ajudi a morir.

Si li és impossible fer-ho en la institució on treballa, haurà de valorar demanar l'empara de la comissió deontològica o del comitè d'ètica assistencial i, lleial a la persona, buscarà la millor solució per facilitar-li la seva petició.

Punts Clau

- L'eutanàsia és èticament i legalment correcta quan la persona té un patiment per causes de salut que sigui irresoluble per altres mitjans acceptables per a ella.
- La decisió sobre l'eutanàsia és personalíssima (no es pot delegar en ningú). Per tant, requereix de competència per fer-ho.
- Una vida imposada no és una bona vida, no és una vida apropiada.
- El patiment és personal, intransferible, associat als valors de cadascú i a la seva història vital.
- A la LORE, l'entorn eutanàsic requereix de patiment, degut a problemes de salut, previsiblement no resoluble per mitjans acceptables per a la persona.
- La competència hem de suposar-la en una persona adulta. Si tenim dubtes, cal demostrar la manca de competència.
- És cabdal un bon procés deliberatiu, amb informació de qualitat, que empoderi la persona per decidir autònomament.
- Una persona sense competència només podrà accedir a l'eutanàsia si va especificar la seva sol·licitud en un DVA quan era competent.
- Les malalties mentals (excepte en algunes situacions que acostumen a ser transitòries) i les fases inicials de demència no són motiu de manca de competència.
- La decisió de la persona preval (legalment i èticament) per sobre del criteri dels familiars, però mai els podem abandonar i cal ajudar-los a entendre el patiment i les raons en les quals es basa la petició.
- En la nostra societat, moralment plural, és normal que la consideració de patiment acceptable, de vida apropiada ("pròpia") o de vida digna siguin diverses (i que no sempre coincideixin amb l'apreciació subjectiva del professional sanitari).
- L'eutanàsia és una demanda social que és previsible que vagi en augment. Els professionals haurem de repensar la pràctica assistencial, amb les implicacions ètiques, clíniques i personals que comporta.
- El coneixement durant el temps (longitudinalitat) i la confiança en el professional són de gran importància per a una decisió irrevocable que requereix de molta cura i atenció. Per això, la implicació del metge de família habitual de la persona és primordial.

- El rebuig a un tractament molt eficaç ens ha de fer dubtar de la competència de la persona o de la solidesa de la seva decisió.
- El rebuig raonat, competent, d'un tractament no és motiu, per si mateix, per informar desfavorablement una petició d'eutanàsia.
- El metge de família té el deure moral i legal d'informar favorablement una petició d'eutanàsia si compleix amb els criteris establerts per la LORE. I d'informar-la desfavorablement si no els compleix.
- L'objecció de consciència és un dret individual (del metge o infermera responsables), basat en conviccions morals profundes i íntimes.
- Ser objector de consciència implica no participar directament en l'eutanàsia, però, també, acompanyar la persona i no abandonar-la.

Consells Pràctics

- Estigues preparat per atendre una petició d'eutanàsia: no serà freqüent, però és fàcil que al llarg de la teva vida professional n'atenguis alguna.
- Si ets objector de consciència: inscriu-te al registre i comunica-ho a la direcció del teu centre.
- Si algú et demana la prestació d'ajuda per morir, cerca tu també ajut per atendre'l: busca professionals referents que t'acompanyin.
- Treballa colze a colze amb la infermera i cerca el suport de l'equip i la direcció.
- Accepta les teves emocions i valora si necessites ajut per gestionar-les.
- Intenta entendre el patiment de la persona que atens, però no el jutgis.
- Escolta, acompanya i ajuda a pensar la persona, la seva família i el seu entorn més proper.
- Facilita, honestament, tota la informació (clínica, de possibilitats de suport paliatiu, d'ajut social...) a la persona sol·licitant, per ajudar-la a prendre la seva decisió.
- Valora si la persona és competent per decidir sobre l'eutanàsia i quines raons de salut provoquen el seu patiment.
- Escolta les raons profundes de la persona o pregunta, prudentment, què li faria canviar d'opinió sobre la sol·licitud d'eutanàsia.
- Fes equip amb la infermera que també té la confiança de la persona. La seva participació ha d'anar més enllà de l'administració de fàrmacs.
- Considera que estàs atenant una "consulta sagrada": el temps ha de ser flexible i ampli, sense presses. Demana'!! Busca'!!
- Parla de preferències i valors respecte a la mort amb les persones que atens. Ajudarà a la serenitat i confiança mútua.
- Promou l'elaboració del DVA entre les persones que atens.
- Estigues obert a rebre preguntes sobre l'eutanàsia, fins i tot en fases no avançades de la malaltia.

BIBLIOGRAFIA

INFORMACIÓ INSTITUCIONAL:

- Departament de Salut: Té informació per a ciutadans i per a professionals:
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/index.html>

<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/professionals/>
- Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC): a més de les memòries anuals, són especialment interessants els seus documents “parers i posicionaments”
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/index.html>
- Institut Català de la Salut. La seva web (intranet) té un apartat de “eutanàsia” on es troba material pràctic d'utilitat pels professionals, així com la manera de contactar amb un referent de suport.
- CAMFIC i semFYC disposen de posicionaments respecte a l'eutanàsia:
http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_10497_EBLOG_3679.pdf

<https://www.semfy.com/storage/notices/wp-content/uploads/2018/07/SEMFYC-EUTANASIA.pdf>
- Ministerio de Sanidad: Té informació per a ciutadans i per a professionals, en la que s'hi pot trobar el “Manual de Buenas Prácticas” i el “Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho”:
<https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm>

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf
- Dret a Morir Dignament (DMD)-Catalunya: Té informació útil tant per a professionals com per a ciutadans, pel que fa a DVA i l'eutanàsia:
<https://www.dmd.cat/index.php/ca/>
- LORE. La llei es pot trobar a:
https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628-C.pdf

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA:

- Alday M, Mateu MT, Meléndez A, Miranda E, Torrell G. Guías para la práctica asistencial y comunitaria: Atención en los últimos días de vida. FMC. 2021; 28(3):1-47.
- Amorós N, Duro R, Limón E, Mateu T, Peguero E, Torrell G. En la senda de la eutanasia. Tres años después. FMC. 2024;31(3):9-57.
- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. PLoS One. 2016;11(1): e0146184.
- Bastidas-Bilbao H, Stergiopoulos V, Cappe V, et al. Walking Alongside: Views of Family Members on Medical Assistance in Dying for Mental Illness as the Sole Underlying Medical Condition. Qual Health Res. 2023;33(13):1140-53.
- Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Editorial Anagrama SA; 2013.
- Cassel, EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306(11):639-45.
- Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi. Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Euskadi, 9 de diciembre 2020 [acces 30/01/2024]. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/eutanasia/es_def/adjuntos/CSSCEE-Eutanasia-SMA.pdf
- Comitè de Bioètica de Catalunya. Reflexions del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya sobre una possible negativa, en nom de l'ideari institucional a l'aplicació de la Llei reguladora de l'Eutanàsia; 2021 [acces 15/06/2024]. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/reflexions-possible-negativa-a-laplicacio-de-la-llei-reguladora-de-leutanasia.pdf
- Etxeberria Mauleon X. El reconocimiento como referente transversal de la bioética. Rev Col Bioet. 2015;10(2):127-41.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. Eutanasia: los retos éticos, jurídicos y administrativos de la LORE. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2024;66.
- Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Acompanyar fins a la mort. Barcelona: CAMFiC; 2012. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_290_EBLOG_1856.pdf
- Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). L'autonomia, el dret a decidir. Barcelona: CAMFiC; 2001. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf

- León F, Ogando B, Álvarez S. Eutanasia y situación legislativa en el mundo. AMF. 2019;15(3):133-140. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/eutanasia-situacion-legislativa-en-el-mundo>
- Mateu MT, Lasmarías C, Limón E, Martín E, Morera R. La eutanasia. FMC. 2022;29(6):335-9.
- Melguizo M, Simón P, Arriba B. Eutanasia y suicidio asistido. AMF. 2015;11(7):384-391. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/eutanasia-y-suicidio-asistido>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instrumento para la valoración de la competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf
- Morera B, Cruz M, Barrera A. Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte. AMF. 2022;18(5):291-6. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-dimensiones-del-sufrimiento-y-su-evaluacion-ante-el-deseo-de-adelantar-la-muerte>
- Novoa Jurado AJ, Júdez Gutiérrez FJ, Melguizo Jiménez M. Eutanasia. AMF. 2022;18(5):240-310.
- Peguero E, Duro R, Muñoz E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. AMF. 2021;17(9):505-12. Disponible a: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/comunicacion-con-la-persona-que-solicita-eutanasia-entrevista-clinica-de-ayuda-a-la-deliberacion>
- Pérez-Capellades RM, Falcó-Pegueroles A, Ramos Pozón S. La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes. Rev Bio y Der. 2024;60:3-18.
- Rubio M. Reflexiones en torno a la ley de eutanasia. AMF. 2021;17(4):181-2. Disponible a: <https://amf-semfyc.com/index.php/es/web/articulo/reflexiones-en-torno-a-la-ley-de-eutanasia>
- Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;28(2):327-50.
- Urruchi Pinedo Y. Vivir el morir. Apoyo emocional y habilidades comunicativas con el paciente terminal [Trabajo fin de grado]. Logroño. Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado", Universidad de la Rioja; 2015. Disponible a: https://nanopdf.com/download/vivir-el-morir-apoyo-emocional-y-habilidades-comunicativas-con-el_pdf

Annex 1.

Alguns conceptes clau

Al voltant del final de vida es poden donar una seguit de situacions que són des dels punts de vista ètic i legal ben diferents. És important que tinguem clars aquests conceptes i no ens confonguem.

- **Rebuig de tractament.** Tota persona, en l'exercici de la seva autonomia té dret, al llarg de la seva vida, i també quan aquesta s'està acabant, a decidir sobre la manera de tenir cura d'ella mateixa i a rebutjar qualsevol tractament que se li proposi. Els professionals hem d'assegurar-nos que té la competència per fer-ho i, en aquest sentit, és cabdal facilitar-li la informació necessària de manera entenedora¹⁸.
- **Adequació de l'esforç terapèutic.** Són els mateixos professionals que, entenent que una actuació (intervenció, fàrmac, etc.) serà fútil o fins i tot perillosa per la situació de la persona (edat, pluripatologia...), ja l'eviten o ni la proposen (o, si ho fan, expliciten els riscos o el benefici nul). Es basa en el principi de **no maleficència**.
- **Sedació pal·liativa.** Quan esgotem altres mesures pal·liatives (analgèsia, acompanyament, etc.) i el patiment de la persona segueix essent insuportable, se li pot plantejar la possibilitat de sedació: adormir-lo profundament per tal que no pateixi.
- **Eutanàsia i suïcidi assistit.** Es tracta d'accions amb participació de professionals sanitaris per tal de provocar la mort immediata de la persona que ho ha sol·licitat de forma reiterada i conscient, perquè considera que la forma de vida que té ja no és digna (per les limitacions i patiment que li suposa). Si l'acció la fan directament els professionals, parlem d'eutanàsia; si el que fan els professionals és facilitar els mitjans a la persona perquè sigui ella mateixa qui fa l'acció, parlem de suïcidi assistit.

¹⁸Per a més informació vegeu Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Autonomia, el dret a decidir. CAMFiC. http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_OFEX_8378.pdf

En les tres primeres situacions, la finalitat mai és provocar la mort de la persona, sinó evitar-li patiment innecessari (amb tractaments fútils, tractaments que rebutja...) o pal·liar un patiment que no aconseguim minimitzar d'una altra manera (sedació pal·liativa). Fins i tot es pot donar el cas que algunes persones, "en descansar el seu organisme", allarguin alguns dies la seva vida quan són sedades. Totes aquestes actuacions han de formar part de l'activitat habitual dels professionals i les han d'integrar en la seva pràctica quotidiana.

En canvi, en l'eutanàsia o en el suïcidi assistit, la finalitat de l'acció sanitària és ajudar a la persona a morir, provocar la seva mort. D'aquí que la seva consideració moral sigui, per a algunes persones o per a alguns professionals, ben diferent. Poden considerar que no és moralment acceptable provocar la mort. Seria la situació en la qual un professional, per creences o conviccions morals profundes, es podria declarar objector de consciència.

- **Desig d'avançar la mort (DAM).** Fenomen reactiu enfront del patiment en el context de malalties que poden suposar una amenaça per a la vida i en què el pacient no veu una altra sortida que acabar amb la seva vida. Aquest desig pot expressar-se de forma espontània o després de ser preguntat, però s'ha de diferenciar de l'acceptació de la mort imminent o d'un desig de morir de forma natural, encara que preferiblement aviat. El DAM pot sorgir en resposta als símptomes físics (presents o previstos), els trastorns psicològics (depressió, desesperança, pors...), el patiment existencial (pèrdua del sentit de la vida) o aspectes socials, com la sensació de ser una càrrega. El DAM no sempre implica una petició d'eutanàsia.

Annex 2.

Marc legal i deontològic

A l'apartat d'aspectes legals bàsics ja hem comentat els més importants, a la pràctica, de la LORE. Volem, aquí, complementar això amb la cita del seu primer article, amb aspectes de la llei d'autonomia, del codi deontològic i de la legislació d'altres països.

Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia

Article 1. L'objecte d'aquesta Llei és regular el dret que correspon a qualsevol persona que compleixi les condicions exigides a sol·licitar i rebre l'ajuda necessària per morir, el procediment que s'ha de seguir i les garanties que s'han d'observar. Així mateix, determina els deures del personal sanitari que atengui aquestes persones, amb la definició del seu marc d'actuació, i regula les obligacions de les administracions i de les institucions concernides per assegurar l'exercici correcte del dret que reconeix aquesta.

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica

Legitima el dret de les persones a l'autodeterminació. Per fer-ho cal tenir informació suficient: consentiment informat. Inclou la normativa sobre el DVA (veure annex 3).

Ens interessa destacar especialment els articles 2, 3 i 6 que parlen sobre la informació i l'autonomia de decisió:

Article 2. En qualsevol intervenció assistencial, els pacients tenen dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut. Això no obstant, cal respectar la voluntat d'una persona de no ésser informada. La informació... s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i requeriments del pacient, per ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma...

Article 3. El titular del dret a la informació és el pacient. S'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament. En cas d'incapacitat del pacient, aquest ha de ser informat en funció del seu grau de comprensió, sense perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació. Si el pacient... no és competent per entendre la informació... se n'ha d'informar també els familiars o les persones que hi estan vinculades.

Article 6. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament... En qualsevol moment la persona afectada pot revocar el seu consentiment.

Legislació sobre l'eutanàsia a altres països

Espanya és el quart país de la Unió Europea, després dels Països Baixos, Bèlgica i Luxemburg, i el sisè a nivell mundial, que despenalitza l'eutanàsia.

Hi ha nombroses similituds entre les legislacions d'eutanàsia a nivell mundial, encara que hem cregut interessant mostrar-ne les variacions destacades:

- Alguns països només permeten el suïcidi assistit, mentre que altres, com Espanya, admeten tant el suïcidi assistit com l'eutanàsia.
- Hi ha estats, inclòs l'espanyol, que requereixen que el pacient pateixi d'una condició que no pot ser alleujada per altres mitjans, en contraposició a aquells que demanen que el sol·licitant pateixi una malaltia terminal amb expectativa de vida de menys de 6 a 8 mesos.
- Hi ha països que autoritzen l'eutanàsia en menors i altres que no. Espanya és un d'aquests darrers.
- En alguns llocs es permet l'eutanàsia a persones amb malalties mentals, ja sigui amb o sense la confirmació d'un psiquiatre que el desig de suïcidi no és un resultat directe de la malaltia mental. Espanya no exclou a qui té trastorns mentals d'optar per l'eutanàsia, la qual cosa elimina una discriminació comuna contra aquests pacients.
- A Suïssa l'eutanàsia pot ser assistida per la família o una entitat privada, a diferència d'altres països, com Espanya, on es requereix la presència d'un metge.
- A Espanya, igual que en la majoria dels països, la legislació de l'eutanàsia es basa en normes parlamentàries, no en decisions judicials, com passa a Colòmbia, Alemanya, o Suïssa.
- En les nacions que han legalitzat l'eutanàsia abans que Espanya, els comitès de supervisió operen amb un enfocament de control posterior, revisant la documentació i informes postprocediment i, si és necessari, iniciant processos judicials contra el metge responsable per incompliments. Aquest mètode de supervisió posterior reflecteix una confiança en la competència professional i busca facilitar els processos de fi de vida, minimitzant els tràmits burocràtics. També és cert que el control previ (per part de la CGAC) a casa nostra afegeix transparència i seguretat davant de possibles errors que serien irrevocables.

El Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

El codi actual, vigent des del 5 de febrer de 2022, conté diverses normes relacionades:

Norma 1. El metge ha de considerar que la salut no és solament l'absència de malaltia, sinó també el conjunt de condicions físiques, psíquiques i socials que permeten la màxima plenitud de la persona, per tal que aquesta es pugui desenvolupar de manera autònoma.

El metge ha de tenir especial cura a combatre el dolor i el patiment de forma proporcionada a les necessitats de la persona malalta, emprant amb aquesta finalitat, sense excuses ni prejudicis, tots els mitjans al seu abast.

Norma 4. El deure del metge és prestar atenció preferent a la salut del pacient; atenció en què, en cap circumstància, no interferiran motivacions religioses, ideològiques, polítiques, econòmiques, de raça, sexe, nacionalitat, condició social o personal del pacient ni el temor d'un possible contagi del metge.

Norma 6. El metge que, per fidelitat a la seva consciència, es negui a emprar una determinada terapèutica, procediment o mitjà de diagnòstic ho haurà d'advertir amb caràcter previ i de manera personalitzada al pacient o, si es tracta d'un incapacitat o menor, a la persona directament responsable d'aquest, sens perjudici de l'obligació de complir amb el deure deontològic d'informació de les opcions possibles. En qualsevol cas, s'ha de garantir la continuïtat assistencial. El metge no podrà ser discriminat en el seu lloc de treball per raons de consciència.

Norma 14. El metge ha de respectar les conviccions religioses, ideològiques i culturals del pacient, excepte en el cas que s'entres en conflicte amb la Declaració Universal dels Drets Humans, i ha d'evitar que les seves pròpies conviccions condicionin la seva capacitat de decisió.

Norma 18. El metge ha de respectar el dret del pacient a rebutjar totalment o parcialment una prova diagnòstica, un tractament o l'assistència mèdica, sempre que abans hagi estat informat de manera entenedora de les conseqüències previsibles de la seva negativa i es trobi en condicions de tenir-ne una comprensió lúcida. Tanmateix, el rebuig d'una prova o d'un tractament no ha de comportar l'abandonament de l'atenció clínica per part del metge.

Norma 79. Tota persona té dret a viure amb dignitat fins al moment de la mort i el metge ha de vetllar perquè aquest dret sigui respectat. El metge ha de tenir en compte que el malalt té el dret de rebutjar el tractament per perllongar la vida. És deure mèdic fonamental ajudar el pacient a assumir la mort d'acord amb les seves creences i amb allò que hagi donat sentit a la seva vida.

Norma 80. El metge ha de respectar i atendre, en la mesura que sigui possible, la voluntat del pacient en relació amb decisions respecte al final de la vida, que es poden reflectir en el DVA, en el pla anticipat de cures o en anotacions anàlogues referides a la història clínica del pacient.

Quan l'estat del malalt no li permeti prendre decisions, no consti documentalment quina és la seva voluntat o hi hagi dubtes sobre aquesta, el metge conjuntament amb les persones vinculades prendran les decisions, tenint en compte allò que es creu que hauria estat el parer del malalt en aquell moment.

Annex 3.

Document de voluntats anticipades i eutanàsia

Per poder accedir a a prestació d'ajuda a morir, la persona sol·licitant ha de tenir capacitat de fet, ja que ningú pot decidir per ella. Si no té capacitat de fet, només hi podria accedir si disposa d'un document de voluntats anticipades (DVA) previ. Les indicacions del DVA només s'han de seguir si la persona ha perdut la competència.

Amb l'aprovació de la LORE, el DVA adquireix una gran importància. Així, per exemple, en cas de demència avançada es podria facilitar l'ajut a morir si la persona disposés d'un DVA, sempre que en aquest hagués fet constar la petició de forma explícita.

És important posar èmfasi en una bona redacció del DVA, que facilitarà la tasca del representant com a garant del respecte a la voluntat de la persona que hi sol·licita la prestació d'ajuda a morir. Per al representant, sovint un familiar, triar el moment en què cal prendre la decisió d'iniciar el procés no sempre és fàcil de reconèixer, ni de dur a terme. En cas que el representant no realitzi aquest acte, el metge referent del pacient, si observa que no es compleixen les indicacions marcades al document, pot contactar amb el representant perquè les garanteixi. I pot, fins i tot demanar, l'inici del procediment si el representant no ho fa.

Hi ha models orientatius de realització del DVA, en previsió de pèrdua de competència per demència. Un bon exemple és el proposat per DMD-Catalunya. Proposen expressar-se així: *"Ja que a l'Estat espanyol ja està regulada legalment l'eutanàsia (Llei orgànica 3/2021, de 24 de març), és la seva voluntat inequívoca que es provoqui la seva mort, de manera ràpida segura i indolora, sense haver d'esperar que es produeixi cap descompensació clínica que li tregui la vida espontàniament. Demana que aquest mateix document serveixi com la seva sol·licitud formal perquè se li apliqui l'eutanàsia.*

Consideració final sobre l'aplicació de l'indicat en aquest document una vegada instaurada la demència: el compareixent és conscient que algunes malalties, especialment moltes demències, cursen amb falta de consciència de malaltia. Es pot preveure la possibilitat que, arribat el moment d'executar la seva voluntat, expressada en aquest document, ell mateix pugui verbalitzar, o manifestar d'alguna altra manera, un parer discrepant amb el d'aquest document. Si això passés, insta als seus responsables legals a evitar la temptació de manipular la seva futura i incompetent persona, contravenint o alterant les instruccions del DVA i reclama que prevalgui la seva voluntat expressada en aquest document, que ha atorgat trobant-se en plenes facultats cognitives i de salut mental."

El DVA està regulat en l'article 8 de la **Llei 21/2000** d'autonomia del pacient que hem citat abans: el defineix com el document, dirigit al metge responsable, en el qual la persona competent expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una circumstància que no li permeti expressar la seva voluntat. Preveu la formalització davant notari o tres testimonis.

Ha estat modificat parcialment per la **Llei 2/2024**, del 6 de febrer, de modificació de la Llei 21/2000, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Es modifica l'apartat 2 de l'article 8 de la Llei 21/2000 per incloure una nou text amb què es reconeix la possibilitat d'atorgar el DVA davant d'un professional sanitari, com a testimoni. Aquesta possibilitat permet agilitzar la tramitació del document i facilitar-ne l'atorgament.

El Decret 175/2002, de 25 de juny, pel qual es regula el registre de voluntats anticipades desenvolupa les condicions de validesa del DVA, justifica la necessitat de crear un registre per facilitar el coneixement de l'existència del DVA i facilitar-ne tant l'accés com la consulta. Estableix el procediment d'inscripció i consulta. Defineix la figura del representant legal, persona designada pel pacient, que assumirà la responsabilitat sobre les decisions quan aquest no sigui competent per decidir.

Annex 4.

Objecció de consciència i eutanàsia

L'objecció és una entitat moral pròpia dels humans, no exclusiva dels sanitaris. S'objecta respecte a realitzar determinades accions per conviccions morals íntimes, personals, intransferibles, que tenen a veure amb les creences i els valors de cada persona. És, doncs, una actitud d'arrels profundes (i per tant no variable amb facilitat) en el pensament de cada ésser humà.

Ajudar a morir pot generar malestar emocional en els professionals, però no tot malestar s'ha de traduir en una objecció de consciència ni es pot emparar en ella.

L'objecció de consciència és el dret d'un professional a negar-se a participar directament i de manera activa en el procés d'eutanàsia o de suïcidi assistit, degut a les seves profundes conviccions morals, ideològiques o religioses. El nucli de la objecció sol ser la creença que la finalitat de la medicina exclou provocar la mort o que la decisió sobre la fi de la vida no ens correspon als humans.

Aquest dret d'objecció és exclusivament individual i no es pot traslladar a institucions sanitàries. Això s'explica perquè les institucions, a diferència dels individus, no tenen consciència pròpia, sinó idearis i valors corporatius. Quan es parla d'objecció institucional, sovint es fa referència a l'aplicació d'aquestes idees o valors d'una institució en relació amb l'eutanàsia; no obstant això, aquestes no poden ni han de substituir la consciència dels professionals, que són els únics amb dret a acollir-se a l'objecció de consciència de manera legítima¹⁹.

El veritable objector de consciència mereix el màxim respecte per part de la resta de companys i de la societat. El veritable objector de consciència no abandona el seu pacient, recull la demanda d'eutanàsia i l'acompanya fins a la seva mort, per lleialtat i honestedat, però sense participar en el procediment d'ajut per morir. És important remarcar l'obligació d'aquest professional d'explicar a la persona sol·licitant la seva objecció i de posar en coneixement de manera immediata la seva objecció a la direcció del centre perquè, així, el procediment el pugui iniciar un altre professional.

La LORE estableix (art. 16.1) que els "professionals sanitaris implicats directament en la prestació d'ajuda per morir poden exercir el seu dret a l'objecció de consciència... és una decisió individual... que ha de manifestar anticipadament i per escrit". La CGAC, en la seva funció de "resoldre dubtes" i "servir d'òrgan consultiu" (art. 18d), considera que són

¹⁹En podeu trobar dos bons anàlisis a: Comitè de Bioètica de Catalunya. Reflexions del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya sobre una possible negativa, en nom de l'ideari institucional, a l'aplicació de la Llei reguladora de l'Eutanàsia. 2021.

https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/reflexions-possible-negativa-a-laplicacio-de-la-llei-reguladora-de-leutanasia.pdf i Comité de Bioética de Andalucía.

Consulta al Comité de Bioética de Andalucía por parte del CEA San Juan de Dios de Andalucía. 2022.

titulars d'aquest dret tan sols "el metge responsable i el personal d'infermeria encarregat d'administrar o, en el seu cas, de prescriure i subministrar la substància letal"²⁰.

Cal diferenciar la veritable objecció de consciència d'altres actituds que tenen una naturalesa diferent. La *pseudoobjecció* es dona quan un professional rebutja participar en el procés d'eutanàsia per manca de preparació, mandra, falta d'ànims, angoixa o falta d'implicació, sense que hi hagi una convicció moral profunda al darrere. La *criptoobjecció*²¹, per altra banda, es produeix quan un professional o una institució posa traves al procés de sol·licitud o intenta influir en la decisió del pacient, retardant així l'accés a l'eutanàsia.

Aquestes actituds són poc respectuoses i poc honestes amb la persona sol·licitant i amb els altres professionals, i perjudiquen la imatge dels veritables objectors, que actuen per conviccions personals morals profundes.

Per minimitzar aquestes pràctiques, cal acompanyar i formar específicament els professionals, oferint-los formació i sensibilització sobre el tema. Això inclou reforçar competències en ètica, en comunicació en els processos de final de vida i en gestió de les emocions.

Un altra situació diferent seria que no sigui convenient que un professional, sense ser objector, atengui aquella petició concreta degut a un conflicte d'interès²². Aquesta situació es dona quan un professional, inicialment no objector, es troba amb una circumstància que li impedeix, per motius personals o professionals, participar en l'aplicació de l'eutanàsia o que fa poc recomanable que ho faci.

En podrien ser exemples: el professional és responsable d'un servei de trasplantament renal i el pacient que sol·licita l'ajuda per morir és un donant potencial; o si el pacient és familiar o germà d'un amic molt proper, cosa que impedeix al professional mantenir la imparcialitat necessària per oferir un acompanyament adequat; o si el professional té una germana que espera una donació de fetge i el pacient és un possible donant; o si el professional està patint un dol per la mort recent d'una filla.

I finalment cal distingir clarament entre aquests conflictes d'interès i la situació en què, com a metge responsable o consultor, es considera que el pacient no compleix els requisits establerts per la llei (entorn eutanàsic, capacitat per decidir, residència i edat). En aquest darrer cas, el professional hauria d'emetre un informe desfavorable, sense que això impliqui cap mena d'objecció.

²⁰ Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC). Objecció de consciència i PRAM <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/objeccio-consciencia-pram/>

²¹ A la bibliografia es troben aquests dos termes, pseudoobjecció i criptoobjecció. Probablement la seva diferenciació és una mica artificial: en tots els casos, en nom d'una falsa objecció de consciència, s'evita prestar l'atenció sol·licitada o s'intenta impedir-la o retardar-la.

²² A vegades es parla d'objecció puntual o d'objecció sobrevinguda per identificar l'objecció per a un cas o situació concreta que creiem que és difícil d'entendre com a veritable objector. Ens sembla que el terme conflicte d'interès engloba millor situacions concretes on el professional no es veu en cor d'actuar, malgrat no ser objector.

è



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària