

Treball de Recerca

Eutanàsia: l'opinió dels professionals



Taha Shiekh Sadiq

2n de Batxillerat

Institut Miquel Tarradell

Tutor del treball: Francisco Lapuerta

Agraïments

Primer de tot, vull agrair la realització d'aquest treball al que ha estat el meu tutor i director d'investigació, Francisco Lapuerta, que m'ha aconsellat i acompanyat en tot moment i sense el que no hauria estat possible la culminació d'aquesta feina.

Vull expressar també els meus agraïments al doctor Javier Munárriz i a la doctora Pilar Fernández del Moral, especialistes en oncologia, a l'anestesiòloga María Teresa Bovaira, a la doctora Glòria Cantarell, de l'Associació Dret a Morir Dignament i a la seva presidenta, Isabel Alonso Dávila, per dedicar una mica del seu temps a proveïr-me de totes les informacions necessàries per a poder realitzar aquest treball, i per tractar amb mi un tema tan delicat com és l'eutanàsia.

ÍNDEX

Agraïments

Introducció

MARC TEÒRIC

1. Què és l'eutanàsia? Definició i tipus
 - 1.1 Precisions terminològiques
 - 1.2 Eutanàsia activa i eutanàsia pasiva
 - 1.3 Distanàsia
 - 1.4 Ortotanàsia
 - 1.5 Cacotanàsia
2. Història de l'eutanàsia
 - 2.1 Eutanàsia ritualitzada
 - 2.2 Eutanàsia medicalitzada
 - 2.3 Eutanàsia autonomitzada
3. L' eutanàsia en el dret comparat
 - 3.1 Sistemes que permeten algunes formes d'eutanàsia
 - 3.2 Sistemes que preveuen reduccions de pena
 - 3.3 Sistemes que no preveuen cap regulació específica
 - 3.4 Orientacions d'organismes internacionals
4. L'eutanàsia en el dret espanyol
 - 4.1 Situació general
 - 4.2 Eutanàsia activa
 - 4.3 Eutanàsia pasiva
 - 4.4 Interrupció del tractament
 - 4.5 Efectes atenuants de la responsabilitat en l'eutanàsia
 - 4.6 Perspectives de reforma
5. Visions religioses sobre l'eutanàsia
 - 5.1 Visió catòlica
 - 5.2 Visió islàmica

PART EXPERIMENTAL

6. Entrevista a un oncòleg (hospital de Castelló)
7. Entrevista a una anestesista (hospital de València)
8. Entrevista a una oncòloga contraria a l'eutanàsia (hospital de Roma)
9. Entrevista a la presidenta de l'Associació Dret a Morir Dignament (Catalunya) i a una doctora de l'Associació

Conclusions

Bibliografia

Introducció

En el present treball ens proposem abordar un tema complicat i interessant com és la eutanàsia, sobre el qual rius de tinta s'han volcat sense arribar, no obstant, a postures coincidents al respecte.

El tema ha estat escollit en base una recomanació del que és i ha estat tutor d'aquest treball de recerca, abocant així en mi un sentit d'expectació i interès en vers un tema polèmic avui en dia en la nostra societat.

En assabentar-me de que l'eutanàsia no és una pràctica legalitzada, (excepte en alguns països), no vaig poder evitar el pensar en quina o quines haurien de ser les raons per les que no estigués permesa una praxis que, a primera vista, sembla lògica que s'apliqui almenys a malalts terminals que pateixen i que són clarament irrecuperables.

És clar que si jo em trobés en una situació precària, d'incapacitat física o psíquica, sense possibilitat alguna de recuperació, no seria partidari de que se m'allargués la vida artificialment, doncs més que la duració "obligatòria" de la vida, el que de veritat mereix importància és la qualitat d'aquesta.

La meva incomprensió sobre la encara no legalització de l'eutanàsia, m'ha portat a realitzar una investigació basada fonamentalment en preguntar als professionals sobre el que realment es fa als hospitals, per saber si s'aplica, encara que sigui il·legalment, aquesta pràctica. Tot i sabent que no seria fàcil entrar als hospitals, i conèixer quines eren les pràctiques mèdiques, em vaig obstinar a aconseguir-ho, preguntant al meu tutor si em podia facilitar l'accés als hospitals o a algún metge.

El meu interès en torn aquest tema, -que si bé és complicat, també és fonamental- va anar creixent, i cada vegada estava més disposat a cercar professionals que poguessin aportar llum a l'assumpte. La importància del tema radica en que morir dignament i evitar un sofriment innecessari és un dret humà, i que tots som, o hauríem de ser, lliures per decidir sobre la nostra vida.

El treball està estructurat, en una primera part, d'un marc teòric, en el que consta tota la informació basada en les recerques bibliogràfiques. El present treball només mostra alguns dels aspectes rellevants del tema, a manera d'incloure'l en el coneixement de la nostra societat i conscienciar-la

sobre una pràctica que sovint és considerada polèmica. Un altre dels objectius d'aquest document és reflexionar sobre l'eutanàsia i les seves implicacions ètiques i jurídiques, des de la perspectiva també de les religions que es fonamenten en la dignitat de tota persona. Després d'algunes reflexions sobre la vida, la mort i el concepte de dignitat, abordem els criteris comunament utilitzats per al diagnòstic dels malalts terminals, els problemes ètics que planteja l'avançament de la mort per compassió i l'enfocament d'aquest problema des de la perspectiva del dret.

Aquest marc està seguit d'una part experimental que s'ha portat a terme a través d'entrevistes a diversos professionals relacionats amb l'àmbit de l'eutanàsia. Primer de tot, vaig plantejar-me entrevistar a un metge especialista en càncer, és a dir, en oncologia, ja que vaig considerar que aquesta hauria de ser la branca de la medicina que té més contacte amb els malalts terminals, i que són els especialistes en aquesta matèria els que ordenen aplicar l'eutanàsia en alguns casos. Em vaig plantejar també realitzar una entrevista a un metge especialista en anesthesiologia, ja que són ells els que porten a terme l'eutanàsia mitjançant una injecció d'una dosi letal de fàrmacs. Per poder efectuar aquestes entrevistes, vaig haver de desplaçar-me fins a la província de Castelló, perquè va ser l'única manera d'accedir als hospitals, a través del meu tutor.

Acabades aquestes dues entrevistes, que em van aportar moltíssima informació, vaig adonar-me de que ambdós professionals semblaven estar molt d'acord amb l'eutanàsia, ja que sempre n'argumentaven a favor. Això em portà a buscar algú que defensés una opinió contrària al tema, ja que així la meua investigació comptaria amb tots els punts de vista. Vaig plantejar-me buscar a algú que treballés en un hospital catòlic, i vaig trobar a una oncòloga que es manifesta clarament en contra de l'eutanàsia i que treballa en un hospital catòlic de Roma. A més, aquesta metgessa tenia experiència en hospitals d'Holanda, el país més avançat del món en temes d'eutanàsia.

Per últim, vaig acudir a la seu catalana de l'Associació Dret a Morir Dignament, on em van acollir i tractar molt bé. Vaig tenir la sort de poder entrevistar a la presidenta, que em va aportar una informació valiosíssima, ja que va tractar molts aspectes del tema, i a una metgessa, ara jubilada, que col·labora com a voluntària en la mateixa associació. Havent acabat aquest

trobament, la meua intenció final era culminar el treball amb una entrevista a un tetraplègic que estigués sol·licitant l'eutanàsia, però eren necessaris dos o tres mesos més per a la preparació de la trobada, concertant-la a través de la metgessa de l'Associació. Per tant, lamentablement, no vaig poder fer-la.

Les hipòtesis que s'han plantejat per a aquest treball, han estat formulades a partir de la principal pregunta sobre la pràctica a Espanya, és a dir, sobre la legislació i la realització de l'eutanàsia. "Es realitza freqüentment el procés d'eutanàsia a Espanya, tot i ser considerada una pràctica il·legal?" és la qüestió que es planteja al principi, seguida amb la incògnita de si aquesta pràctica es porta a terme per motius humanitaris. Altres preguntes que es plantegen sovint en relació al tema són: Qui decideix l'eutanàsia? És a dir, aquesta decisió té més relació amb l'entorn familiar o és el metge el que la recomana? Pateixen avui dia els malalts terminals? Tot el món té dret a la mort digna? Per què no s'ha legalitzat encara l'eutanàsia si gran part de la societat està d'acord amb aquesta pràctica?

Agafant aquestes preguntes com a referència, es plantegen les següents hipòtesis:

- Hipòtesi 1: Les pràctiques d'eutanàsia són realitzades de forma clandestina i per recomanació del metge, tot i estar considerades il·legals.
- Hipòtesi 2: La decisió d'efectuar el procés d'eutanàsia recau sobre els familiars, partint d'una recomanació del metge.
- Hipòtesi 3: Els malalts no sofreixen tant degut al servei de medicina pal·liativa.
- Hipòtesi 4: No tot el món pot gaudir del dret de mort digna.
- Hipòtesi 5: Degut a la influència religiosa, encara es considera que legalitzar l'eutanàsia suposaria un atemptat contra el dret a la vida.

Les dificultats per portar a terme aquest treball han radicat, principalment, en l'enorme dificultat que suposa fer parlar als metges d'un tema que pot comprometre'ls professionalment, degut a que es tracta d'una pràctica il·legal. No obstant, aquestes dificultats van quedar subsanades en part perquè els metges entrevistats eren coneguts pel tutor, cosa que va crear un clima de confiança des del principi, així que van mostrar la seva major sinceritat. El

desplaçament a la província de Castelló per poder entrevistar a dos dels cinc professionals de l'àmbit de l'eutanàsia que han intervingut en aquest treball també van suposar dificultats, sumant-li a això l'escassa possibilitat de trobar una metge que sigui contraria a l'eutanàsia. Donat que aquesta no semblava molt animada a parlar del tema, vaig haver d'insistir-hi diverses vegades per correu electrònic, fins que vaig aconseguir finalitzar la seva entrevista. La exhaustiva transcripció de les gravacions del les converses i la recerca de fonts bibliogràfiques adequades han suposat també bastants complicacions, en menor grau, és clar.

Aquesta és una investigació orientada sobretot a conèixer l'opinió de metges en actiu que s'enfronten dia a dia a la necessitat de prendre decisions sobre perlongar o no la vida dels pacients. Per tant, considero que el més important d'aquest treball no és el marc teòric, sinó la part experimental en què estan les entrevistes, i les conclusions que he pogut extreure a partir de la informació que m'han aportat aquestes persones, a les quals agraeixo enormement l'atenció prestada i la sinceritat amb la què m'han parlat d'un tema tan delicat.

1. Què és l'eutanàsia? Definició i tipus.

1.1 Precisions terminològiques.

La paraula “eutanàsia” al llarg dels temps ha significat realitats molt diferents. Etimològicament, eutanàsia (del grec “eu”, bé, i “thànatos”, mort) no significa altra cosa que simplement bona mort, ben morir.

Amb tot, aquesta paraula ha adquirit des d'antic un altre sentit, quelcom més específic: procurar la mort sense dolor als qui sofreixen. Però encara aquest sentit és molt ambigu, ja que l'eutanàsia, entesa així, pot significar realitats no sols diferents, sinó oposades profundament entre elles, com donar mort al nadó deficient que hom presumeix que haurà de dur una vida disminuïda, l'ajut al suïcida perquè accomplixi el seu propòsit, l'eliminació de l'ancià que hom pressuposa que ja no viu una vida digna, l'abstenció de persistir en tractaments dolorosos o inútils per allargar una agonia sense esperança humana de guarició del moribund, etc.

Anomenarem eutanàsia l'actuació l'objecte de la qual és causar la mort a un ésser humà per evitar-li sofriments, ja sigui a petició d'aquest, ja sigui per considerar que la seva vida no té la qualitat mínima perquè mereixi el qualificatiu de digna.

Així considerada, l'eutanàsia sempre implica la mort intencionada d'una persona, ja que implica que un ésser humà causi la mort d'un altre per motius de compassió, ja sigui mitjançant un acte positiu, ja sigui mitjançant l'omissió de l'atenció i de les cures degudes.

Escollim aquesta definició perquè conté els elements essencials que configuren un fenomen complex com és l'eutanàsia:

- La mort ha de ser l'objectiu buscat, ha d'estar en la intenció del qui practica l'eutanàsia.
- Pot produir-se per acció (administrar substàncies tòxiques o mortals) o per omissió (negar-li l'assistència mèdica deguda). Cal dir que darrerament aquesta última modalitat, en la forma deliberada de deixar d'assistir mitjançant procediments mecànics la vida d'un pacient terminal, no es considera pròpiament eutanàsia.

Els motius són un element substancial per parlar d'eutanàsia amb propietat:

- Pot realitzar-se perquè la demana el qui vol morir. L'ajuda o cooperació al suïcidi sí que la considerem una forma d'eutanàsia.
- Pot realitzar-se per evitar sofriments, que poden ser presents o futurs, però previsibles; o bé perquè hom considera que la qualitat de vida de la víctima no assolirà o no mantindrà un mínim acceptable.

1.2 Classes d'eutanàsia.

Segons el criteri que hom empri, hi ha diverses classificacions del fenomen de l'eutanàsia, que depenen també del significat que es doni al terme.

- Des del punt de vista de la víctima, l'eutanàsia pot ser *voluntària* o *involuntària*, segons sigui sol·licitada pel qui vol que li produeixin la mort o no.
- Segons s'apliqui a nadons deformes o deficients, a malalts terminals, a afectats de lesions cerebrals irreversibles o a ancians o altres persones tingudes per socialment improductives o oneroses, pot ser *perinatal*, *agònica*, *psíquica* o *social*.
- Alguns parlen d'*autoeutanàsia* referint-se al suïcidi, però això no és, pròpiament, una forma d'eutanàsia, encara que molts dels seus patrocinadors defensen també, d'acord amb la seva pròpia lògica, el dret al suïcidi.
- Des del punt de vista del qui la practica, hom distingeix entre eutanàsia *activa* (per injecció) i *passiva* (per omisió del tractament), segons es provoqui la mort a un altre per acció o per omisió, o entre eutanàsia *directa* i *indirecta*: la primera seria la que busca que sobrevingui la mort, i la segona la que busca mitigar el dolor físic, encara que sabent que aquest tractament pot escurçar efectivament la vida del pacient; però aquesta última, com ja hem comentat, no pot tampoc ser anomenada pròpiament eutanàsia.

1.3 Distanàsia.

La distanàsia (del grec "dis", mal, quelcom mal fet, i "thànatos", mort) és etimològicament el contrari de l'eutanàsia, i consisteix a retardar l'adveniment de la mort tant com es pugui, per tots els mitjans, proporcionats o no, encara que no hi hagi cap esperança de guarició i encara que això signifiqui infligir al

moribund uns sofriments afegits als que ja sofreix, i que, òbviament, no arribaran a esquivar la mort inevitable, sinó solament a ajornar-la unes hores o uns dies en unes condicions lamentables per al malalt.

La distanàsia també s'anomena “encrueliment” i “encarnissament terapèutic”, encara que seria més precís denominar-la “obstinació terapèutica”.

1.4 Ortotanàsia.

Amb aquesta paraula (del grec “orthos”, recte, i “thanatos”, mort), s'ha volgut designar l'actuació correcta davant la mort per part dels qui atenen el que sofreix una malaltia incurable en fase terminal. L'ortotanàsia estaria tan lluny de l'eutanàsia, en el sentit apuntat aquí, com de la distanàsia o obstinació terapèutica. Aquest terme, recent, no s'ha consagrat més que en certs ambients acadèmics, sense fer fortuna en el lèxic habitual del carrer; però la seva sola encunyació revela la necessitat d'acudir a una paraula distinta d'“eutanàsia” per designar precisament la bona mort, que és el que se suposa que hauria de significar l'eutanàsia.

1.5 Cacotanàsia.

Del grec (“kakos”, mala i “thanatos”, mort), significa mala mort. És un tipus d'eutanàsia que s'imposa sense el consentiment i en contra de la voluntat de l'afectat. És considerada immoral, ja que atempta en contra de la vida i aquest és un dret fundamental que no ha de ser violat per agents externs.¹

2. Història de l'eutanàsia.

L'eutanàsia no és una pràctica sorgida en l'actualitat, sinó que ja estava present en les primeres societats humanes. Al llarg de la història aquest terme ha servit per referir-se a infinitat de conceptes relacionats amb la mort. Es distingeixen tres grans blocs de forma paral·lela a la història.

2.1 L'eutanàsia ritualitzada.

Es coneixen pràctiques eutanàsiques en pobles primitius que van des de l'eutanàsia piadosa fins la eutanàsia eugenèsica. La mort era un succès molt temut i molt ritualitzat.

¹Comitè Episcopal, *L'eutanàsia: 100 qüestions*, Editorial Claret, Barcelona, 1993. Pàgs. 9-16.

A Grècia va sorgir com objecte de desig i de petició d'una sèrie de persones que lluitaven per una mort bona i no provocada, sino assumida i esperada per quan arribés per naturalesa. Heràclit va prohibir als metges treure la vida a un pacient encara que aquest mateix ho demanés. No obstant, Plató considerava que els menys sans deurien deixar-se morir.

En l'altra gran civilització, la romana, aquesta pràctica va àmpliament difosa per la filosofia moral dels estoics per la creença de que és millor la mort que una vida de sofriment.

Amb l'arribada de l'Edat Mitjana i durant els principis del renaixement (S.XIV) la qüestió de l'eutanàsia està dominada pel pensament cristià. Encara que la doctrina cristiana promou la preservació de la vida dels malalts sempre que sigui possible, l'eutanàsia té un altre valor, el de bon morir, és a dir, la mort com a últim procés de la salut i de la vida de l'home. Per això a vegades s'admet l'ajuda al moribund amb tots els recursos disponibles per a una mort digna i sense sofriment.

2.2 L'eutanàsia medicalitzada.

Una vegada sorgida la medicina científica, en el S.XIII, els metges seran els responsables de la pràctica de l'eutanàsia, que es medicalitzarà sent permisible i comuna en les actuacions mèdiques envers els malalts terminals.

Ja en el S.XIX, Marx tracta el tema en el seu treball "Eutanàsia Mèdica" proposant l'obligació d'ensenyar als metges a cuidar tècnica i humanament als malalts en estat terminal.

A mitjans del S.XX, a Alemanya, amb la dictadura de Hitler, es va practicar l'eutanàsia amb el fi d'exterminar a nombrosos discapacitats físics i mentals amb la disculpa "piadosa" de que la seva vida només els reportaria un inútil sofriment. Fóu una etapa dura i de corrupció. Aixó es va fer sense tenir en compte l'opinió dels pacients ni la dels familiars. Va ser una etapa de dominació que va marcar als alemanys uns esdeveniments molt durs de recordar.

La pràctica la van a portar a terme metges, moltes vegades, amb greus càrrecs de consciència. Era una situació insostenible que tenia que canviar, donant origen a una altra etapa.

2.3 L'eutanàsia autonomitzada.

És l'etapa actual que ha sorgit recentment, a finals del S.XX. La pràctica de l'eutanàsia en aquesta era es responsabilitat del pacient terminal, i en

ocasions, dels professionals i els familiars. Mai es podrà practicar sense la voluntat del pacient, ja siguin persones indefenses, vulnerables o ancianes.

S'ha de tenir en compte que en molts països aquesta pràctica no es legal, per la qual cosa qualsevol decisió que s'adopti amb l'objectiu de finalitzar de manera activa amb la vida d'una persona, encara que aquesta mateixa ho desitgi, tindrà les seves conseqüències, perquè estan en joc la llibertat i la vida humana.²

3. L'eutanàsia en el dret comparat.³

3.1 Sistemes que permeten alguna forma d'eutanàsia.

HOLANDA

Al parlar d'eutanàsia és imprescindible mirar cap a Holanda, un país que porta més de trenta anys debatint públicament sobre la mort digna, en un procés llarg, molt ric i complet del que tenim molt que aprendre. En aquest procés ha estat fonamental el paper de metges i jutges.

El 1969 el metge Jan Hendrick van der Berg, va publicar un llibre *-Poder Metge i Ètica Mèdica-* de gran influència, en què recomanava als metges "acabar amb la vida dels seus pacients si el poder de la tecnologia mèdica els fes patir, vegetar o perllongar injustificadament la seva agonia ". En els anys setanta, la Real Associació Holandesa de Metges (KNMG) va publicar diversos documents que plantejaven aquesta possibilitat d'ajudar a morir als pacients en determinades circumstàncies. Per la seva banda, els tribunals van anar creant una línia jurisprudencial que tendia a absoldre els casos d'eutanàsia si es complien els requisits que al llarg dels anys anava establint la KNMG, considerant-los emparats per l'estat de necessitat (recollit en el Codi Penal amb caràcter general com a justificant d'actes inicialment delictius).

²Nelida, *Eutanasia: Historia, tipos de eutanasia, la iglesia ante la eutanasia*, <http://www.monografias.com/trabajos98/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia.shtml> (Últim accés: 12/07/17).

³ Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia Hoy: un debate abierto*, Editorial Noesis, Madrid, 1996.

Mentrestant, l'opinió pública anava participant en el debat, sobretot a partir de casos de rellevància social. El 1973 la metgessa holandesa Gertrude Postma va ser jutjada per ajudar a morir la seva mare, sorda, cega i dependent després d'un infart cerebral. Ni la seva mare, ni ella podien suportar més la situació: "Quan veia a la meua mare, només quedaven d'ella restes humanes que penjaven amarrats a una cadira". El jutge va considerar que no existia cap alternativa terapèutica per alleujar el sofriment de la malalta, i la va condemnar amb una sentència simbòlica.

Als anys vuitanta, al Parlament holandès es van presentar diverses iniciatives polítiques. El 1985 es va constituir una Comissió Estatal per a l'Eutanàsia, que set anys més tard va presentar un informe favorable a la seva regulació. No obstant això, en 1992 es va aprovar una llei que, en lloc d'entrar en el fons de l'assumpte (Codi Penal), va modificar la Llei d'Inhumacions, establint un procediment perquè els metges notificaran la mort per eutanàsia, sense establir suficients garanties legals (més enllà de la jurisprudència).

Finalment, en 2001 es va aprovar la Llei de comprovació de l'acabament de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi, en vigor des l'1 d'abril de 2002, que estableix els requisits que fan impune l'eutanàsia.

BÈLGICA

Al maig de 2002 Bèlgica va aprovar una llei que va despenalitzar l'eutanàsia. A diferència d'Holanda, la llei belga no esmenta el suïcidi assistit, que es considera una pràctica eutanàsica. El primer informe de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, referit als quinze primers mesos d'aplicació de la llei, precisava que algunes eutanàsies van ser en realitat casos de suïcidi assistit en els quals el propi pacient va ingerir per la seva pròpia mà el producte letal o activar el mecanisme instaurat amb aquesta finalitat.

Després de practicada l'eutanàsia, el metge té quatre dies per enviar a la Comissió Federal de Control i d'Avaluació (CFCE) la documentació complerta que estableix la llei. La CFCE està formada per vuit metges -quatre dels quals han de ser professors universitaris-, quatre professors universitaris de dret i quatre persones que provenen de l'entorn de pacients que pateixen malalties incurables.

A Bèlgica, paral·lelament a l'aprovació de la llei relativa a l'eutanàsia, es va introduir la legislació sobre cures paliatives que estableix que tots els belgues han de tenir accés a aquest tipus d'assistència en condicions adequades.

LUXEMBURG

Al febrer de 2008 Luxemburg va esdevenir el tercer país del món en despenalitzar l'eutanàsia, aprovant la llei sobre el dret a una mort digna. L'experiència d'Holanda i Bèlgica, països pertanyents a la unió fronterera Benelux, demostrava que no hi ha risc d'abús en una legislació similar a la de Bèlgica.

SUÏSSA

A Suïssa l'eutanàsia és delictiu, però no l'auxili al suïcida, amb la peculiaritat que no ha de comptar amb l'assistència del metge, necessari únicament per a la prescripció del fàrmac letal, quedant en mans d'organitzacions no governamentals. El requisit ineludible de l'auxili al suïcida a Suïssa és que darrere de l'actuació de qui ajuda no hi hagi cap motivació egoista ni de tipus personal o econòmic. Si això s'arribés a acreditar, el responsable seria perseguit penalment, d'acord amb l'art. 115 del Codi Penal.

Suïssa compta amb tres organitzacions voluntàries que donen suport a les persones que sol·liciten l'ajuda al suïcida: EXIT, que actua en els cantons de parla germànica i italiana; AMD, en els cantons francesos; i Dignitas, per a les persones estrangeres que van a Suïssa per rebre ajuda al suïcida. És l'únic país del món on està permès el suïcida assistit per a estrangers.

EE.UU.

El 1994 es va aprovar per referèndum, amb el 51% dels vots, l'Oregon Death with Dignity Act (ODDA), que legalitzava el suïcida assistit. El 1995 va ser declarada inconstitucional, però l'any 1997 es va aprovar novament, aquesta vegada amb el 60% dels vots.

Es tracta d'una despenalització molt tímida de conductes eutanàsiques, molt allunyada de les legislacions belga i holandesa, que permet als metges receptar als seus pacients un fàrmac letal, sempre que el pronòstic de vida del pacient sigui inferior a sis mesos, i que sigui aquest el que es tregui la vida per si mateix.

El 2008, a Washington, l'electorat va votar a favor de la Iniciativa 1000 per legalitzar el suïcidi assistit a l'Estat aprovant la Washington Death with Dignity Act.

El 5 de desembre de 2008 un jutge de l'Estat de Montana, a propòsit d'una demanda d'un malalt terminal recolzat per una associació pro-mort digna, va dictaminar que els malalts terminals tenen el dret a la lliure administració de dosis letals de medicaments receptats per un metge, sense que pugui haver sanció legal contra els professionals. Al desembre de 2009, la Cort Suprema de Montana va sostenir que cap precedent legal indica que l'assistència mèdica en la mort estigui en contra de les polítiques públiques, de manera que, per una via diferent al referèndum, el suïcidi assistit és legal és aquest Estat .

Al maig de 2013 l'estat de Vermont, es va convertir en el tercer estat del país a permetre el suïcidi assistit per metges, habilitant als pacients terminals a sol·licitar medicació letal. El governador demòcrata de Vermont, Peter Shumlin, va afirmar que es promulgarà la Llei de decisió de posar fi a la vida (End of Life Choice Bill), aprovada per la Cambra de Representants a Montpelier, la capital de l'estat, per 75 contra 65 vots. La llei aprovada a Vermont habilita els pacients terminals, als quals no els han donat més que sis mesos de vida, demanar als seus metges que els administrin dosis letals de drogues per apressar la seva mort. La legislació inclou diverses salvaguardes: el requisit de dues opinions mèdiques, l'opció d'una avaluació psiquiàtrica i un període d'espera de 17 dies abans de la prescripció per posar fi a la vida.

Al setembre de 2015, Califòrnia es converteix en el cinquè estat que aprova una iniciativa que permetrà als metges prescriure medicaments que posin fi a la vida de pacients amb malalties terminals. La iniciativa permet als pacients amb malalties terminals prendre la decisió de morir amb ajuda d'un metge que li prescriuria els medicaments per poder posar fi a la seva vida.

CANADÀ

El 5 de juny de 2014 l'Assemblea Nacional del Quebec va aprovar la llei de l'ajuda mèdica al final de la vida. El principi fonamental de la llei és "assegurar cures a les persones al final de la vida respectant la seva dignitat i la seva autonomia". Amb aquesta llei l'Estat queda compromès a prestar o al fet que es prestin aquestes cures finals que necessiti el malalt amb respecte a la seva voluntat.

Ja el títol de la llei és significatiu: la societat quebequesa se situa davant el malalt que es troba de cara a la seva mort en una actitud de cures. Això vol dir que no es fica en la decisió, en els seus motius, etc. Únicament veu una persona autònoma que vol morir i se situa davant d'ella amb respecte i en actitud d'ajuda. Per això, després de manifestar l'objecte de la llei - "aquesta llei té com a objecte assegurar a les persones al final de la vida cures respectuosos de la seva dignitat i de la seva autonomia" -, planifica l'estructura de la llei precisant primer els drets d'aquestes persones i detalla l'organització de les cures de manera que tota persona, al final de la vida, tingui accés a aquestes cures finals dins el 'continuum' de cures que s'ha produït al llarg de la seva vida.

El text de la llei reconeix tant la dignitat com l'autonomia del malalt sense cap condició ni retallada com correspon a una societat plural. Així, es diu que "la persona al final de la vida ha de ser tractada amb comprensió, compassió, delicadesa i equitat en el respecte a la seva dignitat, la seva autonomia, les seves necessitats i la seva seguretat". La llei entén les cures del final de la vida com les cures pal·liatives, la sedació pal·liativa i fins i tot l'ajuda mèdica per morir. Aquestes cures podran ser oferts en un establiment sanitari, en una residència de cures pal·liatives o en el propi domicili.

El dret a morir amb dignitat apareix en la llei com l'expressió d'un dret fonamental, és a dir, el dret a acabar lliurement la pròpia vida quan aquesta es fa invivable. En el debat de la llei ha quedat clar que els legisladors respecten la diversitat ideològica i de creences en la societat i, per tant es presenta la possibilitat de l'eutanàsia entre les cures al final de la vida i cadascun serà lliure per optar.

ALTRES

El 1995 es va legalitzar l'eutanàsia voluntària en el Territori del Nord d'Austràlia, que té com a capital la ciutat de Darwin (200.000 habitants), mitjançant la Llei dels drets dels malalts terminals, en vigor nou mesos fins que va ser declarada il·legal pel senat australià.

Colòmbia és l'únic país del món en què la pràctica de l'eutanàsia ha estat reconeguda com un dret fonamental pel Tribunal Constitucional, en una sentència de 1998 que entén que l'eutanàsia activa (ja sigui en la seva forma de producció directa de la mort, ja en la d'auxili al suïcidi) constitueix un dret

dels malalts directament derivat del reconeixement constitucional de la dignitat i la llibertat individual. Segons aquesta sentència, sempre que el subjecte pateixi una situació terminal amb dolors insuportables, l'Estat no pot oposar-se ni a la seva decisió de morir ni a la de sol·licitar l'ajuda necessària per això; obligar-lo a seguir vivint en aquestes circumstàncies "equivaleix no només a un tracte cruel i inhumà, prohibit per la Carta (art. 12), sinó a una anul·lació de la seva dignitat i de la seva autonomia com a subjecte moral" (Sentència C-239/97, de 20 de maig de 1998, Part 17). No obstant això, fins i tot comptant amb una sentència tan inequívoca com aquesta, el nou Codi Penal de 2000 fa cas omís de l'alt tribunal penalitzant l'eutanàsia, de manera que la situació no està gens clara.⁴

3.2 Sistemes que preveuen reducció de pena.

Es poden distingir dos grups, segons construeixin el delicte atenuat atenent al consentiment o petició de l'interessat (Itàlia, Alemanya, Suïssa, Dinamarca, Finlàndia) o al mòbil de compassió, generalment present en l'eutanàsia (Colòmbia); excepcionalment, l'atenuació té en compte els dos factors (Polònia, Noruega).

A Itàlia, l'art. 579 estableix que "el que ocasioni la mort d'una persona, amb el seu consentiment, serà castigat amb reclusió de sis a quinze anys". Per a tal fi, l'article esmentat fixa uns criteris de validesa del consentiment, no sent vàlid el obtingut d'un menor de divuit anys, d'una persona malalta psíquica o que es troba en condicions de debilitat psíquica per una altra malaltia o per abús de substàncies alcohòliques o estupefaents, ni tampoc quan s'ha obtingut el consentiment amb violència, amenaça, o engany (Giusti, 1982).

A Alemanya, es té en compte de la mateixa manera únicament el consentiment de la víctima, resultant impune per no estar inclosa en el tipus del delicte, segons entenen els autors d'aquell país, la simple ajuda al suïcidi. "Si algú és determinat a matar per expressa i serà petició d'aquest, serà castigat amb pena de presó no inferior a tres anys (art. 216 del Codi Penal).

El còdig penal de Suïssa, país del que ja hem parlat, adopta un sistema molt semblant a l'alemany, en el seu art. 114, amb un ampli marge de pena, que abasta de tres dies a tres anys. El 1977 es va aprovar una iniciativa

⁴ Eutanasia y suicidio asistido en el mundo, https://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html ,
Últim accés: 12/07/17

popular al cantó de Zurich, en el sentit que pugui practicar l'eutanàsia activa a sol·licitud de malalts incurables, sense ser sotmès l'autor per aquesta raó a responsabilitat penal; cert que s'exigien uns requisits, però tal iniciativa va ser rebutjada per unanimitat pel Parlament Federal en 1979, per considerar-la incompatible amb l'ordre jurídic suís, i el 1983 va estimar, d'altra banda, que les Directrius de 17 de novembre de 1981 de la Acadèmia Suïssa de Ciències Mèdiques relatives a l'eutanàsia proporcionen a cada metge una guia preciosa sobre el procediment a seguir en l'àmbit de l'eutanàsia.

3.3 Sistemes que no preveuen cap regulació específica.

Les legislacions d'un nombre no menyspreable de països no inclouen cap figura delictiva amb alguna atenuació (ajuda al suïcidi, homicidi consentit, homicidi piados) a la que pugui acollir-se l'eutanàsia, el que obliga, en principi, a qualificar-la com homicidi simple o assassinat, encara que quedi oberta la possibilitat d'aplicar alguna atenuació de la pena, però en ser elevat el punt de partida, la reducció sempre restarà molt limitada. Així succeeix a França, Bèlgica, Luxemburg, Regne Unit i l'antiga Unió Soviètica. A França s'entén que l'eutanàsia activa donaria lloc a un delictes d'homicidi (art.295 CP), quan no d'assassinat (art. 296); per la seva banda, l'eutanàsia passiva, podria donar lloc al delictes de no assistència a persona en perill (art. 63.2 CP) -equivalent al d'omissió del deure de socors, en el Dret espanyol; aquest delictes ha estat aplicat en la sentència del Tribunal Suprem francès de 26 d'abril de 1988. Tot i l'aparent duresa penal enfront de l'eutanàsia, els rars casos coneguts pels tribunals francesos han donat lloc a penes poc severes, gràcies a les reduccions que preveu l'art. 463 (Mélennec).

3.4 Orientacions d'organismes internacionals.

En el pla internacional destaca en primer lloc, com sempre que es tracta de la protecció dels drets de la persona, el Consell d'Europa. Entre d'altres aspectes d'interès, s'oposa obertament a l'eutanàsia activa, ja que assenyala que el metge “no té dret, fins i tot en els casos que li semblin desesperats, a escurçar intencionalment el procés natural de la mort”. No obstant això, els metges deuen respectar abans de res la voluntat de l'interessat pel que fa al tractament aplicable, per la qual cosa aquest ha de ser informat sobre el seu estat; la prolongació de la vida no ha de ser sinó la finalitat exclusiva de la pràctica mèdica, la qual ha de dirigir també a alleujar el sofriment. Aquestes i

altres consideracions, com el respecte a la dignitat i integritat dels pacients, igual que a la vida i a la persona humana, la no obligació del metge d'actuar contra la seva consciència en correlació amb el dret del pacient de no patir inútilment, suposen el reconeixement de determinats drets fonamentals del pacient i moribund, i per aquest camí, també un reconeixement implícit de la licitud de l'eutanàsia passiva.

Els convenis i declaracions d'altres organismes internacionals no inclouen cap referència expressa sobre l'eutanàsia, ni tan sols esmenten al costat del freqüent reconeixement explícit del dret a la vida, un dret a la mort digna.⁵

4. L'eutanàsia en el dret espanyol.

4.1 Situació general.

Igual que en la quasi totalitat dels exemples de dret comparat citats, el dret espanyol no al·ludeix de manera explícita a l'eutanàsia. El delicte d'auxili al suïcidi, en les seves dues modalitats de cooperació, pot portar-nos a la conclusió que algun supòsit té efectes atenuants en comparació amb el delicte d'assassinat, però en altres la pena seria mateixa que la prevista per l'homicidi. En efecte, l'art. 409 del Codi Penal Espanyol diu així: "El que presta auxili o indueixi a un altre perquè se suïcidi, serà castigat amb la pena de presó major; si el presta fins al punt d'executar ell mateix la mort serà castigat amb la pena de reclusió menor".

De totes maneres, la petició o consentiment de l'interessat són factors determinants perquè s'apliqui el delicte d'auxili al suïcidi, així com també la concurrència d'algunes circumstàncies pot reduir la pena. En qualsevol cas, és indiferent que sigui un metge o una altra persona qui realitzi l'eutanàsia, llevat de les conseqüències que poden derivar-se per al metge si interromp o omet un tractament vital o per als familiars més directes si no sol·liciten ajuda, deixant morir al pacient. A més, els tribunals espanyols no han dictat sentència sobre aquests casos que pogués servir-nos de referència, tot i que sí s'han

⁵ Urraca Martínez, Salvador, Eutanasia Hoy: un debate abierto, Editorial Noesis, Madrid, 1996. Págs 218-222

pronunciat sobre el rebuig del tractament vital per motius de les creences del pacient o en supòsits de vaga de fam amb perill per a la vida del vaguista.

4.2 L'eutanàsia activa.

A nivell estatal, a Espanya el Codi Penal prohibeix l'eutanàsia activa i el suïcidi assistit i compta des de 2002 amb la Llei Bàsica Reguladora de l'Autonomia del Pacient i de Drets i Obligacions en matèria d'Informació i Documentació clínica, en la qual es reconeix com un principi bàsic "la dignitat de la persona i el respecte a l'autonomia de la seva voluntat".

A més, el pacient "té dret a decidir lliurement", entre les opcions clíniques disponibles a "negar-se al tractament", mentre el professional sanitari "està obligat", entre altres coses, al compliment dels deures d'informació i de documentació clínica i "al respecte a les decisions adoptades lliure i voluntàriament pel pacient."⁶

4.3 L'eutanàsia passiva.

Una llei estatal del 2002, regula les vies per les quals es pot redactar a Espanya un document d'últimes voluntats.

Aquesta opció, que equival a una eutanàsia passiva, suposa que l'usuari pot deixar constància del que és més situacions no vol que se li prolongui la vida: que no s'iniciï un tractament, o que es retiri, quan es té la convicció que no alleujarà un sofriment irreversible.

Aquest document també pot autoritzar l'administració de calmants, encara que això suposi accelerar la fi.

El Registre de Voluntats Anticipades d'algunes comunitats, que es va crear com a complement d'aquesta llei ha tingut escassa demanda.

Des del punt de vista de la bioètica, avui dia l'anomenada eutanàsia passiva ja no es considera pròpiament eutanàsia, sinó simplement "interrupció del tractament", que és una pràctica habitual en els hospitals espanyols.

4.4 Interrupció del tractament.

⁶ *20 minutos*, El mapa de la muerte digna en España, <https://www.google.es/amp/amp.20minutos.es/noticia/2571423/0/mapa-espana/muerte-digna-eutanasia/comunidades/#xxri=0>, Últim accés: 15/07/17

Els altres supòsits, es situen en l'àmbit de la decisió mèdica (si és el cas, amb l'assistència dels familiars), mitjançant criteris objectius, de continuar o interrompre un tractament o de no iniciar un altre determinat. Per tant, la iniciació, continuació o ampliació d'un tractament és exigible únicament quan hi hagi la possibilitat per part del metge (o més exactament: d'acord amb l'estat de la ciència mèdica) de complir la seva funció curativa. Si això no és possible, a la vista de la situació del pacient concret i determinat d'acord amb criteris de la pràctica mèdica habitual, no hi ha el deure de perllongar el tractament (llevat mesures pal·liatives, contra el dolor i el sofriment). Estem parlant de fases terminals o d'irreversibilitat per a les quals es manca, segons l'estàndard mèdic, d'un tractament eficaç. En cas contrari, es podria incórrer en distanàsia o acarnissament terapèutic.

Cal convenir que iniciar o continuar el tractament quan no té sentit, per no comptar amb expectatives reals de tornar almenys la consciència al pacient, i que, per tant, l'únic que aconsegeix és la prolongació de la mort, constituïria una infracció greu del respecte degut a la dignitat de la persona humana, com a principi material de justícia i límit immanent del dret positiu, reconegut, pels altres, expressament per la nostra Constitució (art.10.1). En aquest sentit, s'ha arribat a afirmar amb raó que aquests actes podrien constituir "tractes inhumans o degradants", expressament prohibits per la CE en el seu art. 15. El respecte a la dignitat humana opera també en la mort de l'ésser humà, però resulta problemàtica la seva concreció quan ens movem al voltant de la dignitat en la mort, ja que podria considerar-se subjectivament indigna la submissió a mitjans o aparells artificials objectivament adequats per al fi terapèutic, el que portaria a desconèixer els innegables èxits de la medicina per combatre la malaltia i la mort.

4.5 Efectes atenuants de la responsabilitat en l'eutanàsia.

En primer lloc, podem concloure que el consentiment de l'interessat no és suficient per fonamentar la licitud de la conducta en l'eutanàsia activa directa. De tota manera, té certs efectes atenuants que afecten la il·licitud del fet, ja que sense la seva presència el fet constituïria en alguns casos (en l'eutanàsia activa) un assassinat o parricidi.

El mòbil humanitari o de compassió, característica altruista en general comú a totes les varietats d'eutanàsia analitzades, fa que el fet sigui penalment

menys reprotxable al seu autor, sempre que resulti plenament contrastat, i amb independència que hagi intervingut o no el requeriment de la víctima; però, el mòbil humanitari com a tal no té efectes atenuants en el Codi Penal. El fonament d'aquesta disminució de la pena es basaria llavors -i si és possible la seva demostració-, bé en la disminució passatgera de les facultats mentals del qual actua, a causa de les alteracions anímiques i emocionals que experimenta com a conseqüència dels patiments del malalt (circ. 8 at. 9 del Codi Penal), principalment quan es tracta de familiars, amics o altres persones properes, bé en la seva motivació purament altruista, si la pertorbació anímica no és significativa, el que permetria aplicar una atenuant per analogia (circ. 10 art. 9). Les dues atenuants admeten, segons els casos, la seva aplicació com a molt qualificades (art. 61.5), la qual cosa significaria una substancial reducció de la pena del delictes respectiu del que haguem de partir (pena inferior en un o dos graus); així per exemple, la pena del delictes d'auxili executiu al suïcidi, que és de reclusió menor (dotze anys i un dia a vint anys de privació de llibertat), podria beneficiar-se d'una reducció que suposaria una pena de fins a sis mesos i un dia com a mínim en els supòsits més favorables.⁷

4.6 Perspectives de reforma.

Set parlaments autonòmics han demanat que es reguli l'eutanàsia i el grup parlamentari de Units Podem ha presentat una proposició de llei al Congrés. L'oposició de PP i l'abstenció de PSOE i Ciutadans per raons d'oportunitat han impedit que la proposta fos presa en consideració, però l'assumpte ha entrat de ple en l'agenda política. El PSOE ha promogut o recolzat les propostes de regulació aprovades en els parlaments autonòmics i debatrà la qüestió en el seu pròxim congrés. També resulta significatiu que el PP retirés de la ponència social del seu últim congrés una menció expressa d'oposició a l'eutanàsia.

La regulació de l'eutanàsia per a malalts incurables té a Espanya un ampli suport ciutadà. Així ho indiquen totes les enquestes: CIS 2009, Isopublic 2013, Ipsos Mori 2015, CIS 2011 i Metroscòpia 2017. La del CIS, per exemple, mostra que el 77,5% dels espanyols està totalment o bastant d'acord que es

1. ⁷ Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia Hoy: un debate abierto*, Editorial Noesis, Madrid, 1996. Págs 224-228.

reguli l'ajuda a morir. Segons la realitzada per Ipsos Mori per a *The Economist* en 15 països europeus, Espanya figurava en el quart lloc -després de Bèlgica, França i Holanda- amb més suport social a l'eutanàsia: un 78% dels enquestats està a favor de la regulació, enfront d'un 7% que està en contra. L'enquesta més recent, realitzada per Metroscòpia en 2017, corrobora i amplia aquests percentatges: el 84% dels enquestats és partidari de permetre l'eutanàsia en cas de malaltia incurable. El suport arriba al 90% entre els menors de 35 anys. I una dada que desmenteix certs apriorismes: la regulació té el suport del 66% dels votants del PP, el 56% dels catòlics practicants i el 88% dels no practicants.⁸

5. Visions religioses sobre l'eutanàsia

5.1 Visió catòlica.

Segons la tradició de l'església catòlica, l'eutanàsia és una greu ofensa a Déu, autor de la vida, quant viola la seva llei. No és lícit matar un pacient per no veure-li patir o no fer-lo patir, encara que aquell ho demani. Ni el pacient, ni els metges, ni els familiars tenen la facultat de decidir o provocar la mort d'una persona. No té dret a l'elecció del lloc i del moment de la mort, perquè l'home no té el poder absolut sobre la seva persona i el seu viure, amb més raó, sobre la seva mort.

La religió Catòlica pensa, respecte a l'eutanàsia activa, que donar mort a una persona disminuïda, malalta, o moribunda és inacceptable, ja que constitueix un homicidi greument contrari a la dignitat humana i moralment inacceptable. Però principalment es basa en el fet de la creença en un Déu superior, al qual devem la nostra vida, és a dir, encara que puguem emprar la vida en el que vulguem, la nostra vida li pertany i la voluntat de treure és única i exclusiva d'ell.

⁸ Pérez Oliva, Milagros, *La hora de la eutanasia*,

https://www.google.es/amp/s/politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.amp.html. (Últim accés: 01/07/17).

No obstant això, sí que accepta la passiva, a un malalt que necessita unes cures excessivament costosos, tant econòmicament com socialment, no creu que se li ha de prolongar la vida, ja que es considera que la seva estada terrenal arriba a la seva fi, en el cas que s'evités l'eutanàsia molt extremament, es considera distanàsia (mal morir). Quan es practica l'eutanàsia passiva, es fa per rebutjar el "acarnissament terapèutic", amb això no es vol provocar la mort, simplement s'accepta no poder impedir-la. Aquestes reflexions han de ser preses pel pacient sempre que tingui capacitat per a això i en cas contrari ho han de fer els que posseeixin els seus drets legals sempre amb l'ús de la raó.

L'Església Catòlica pretén orientar la comunitat enfront d'un tema tan polèmic que ha decidit presentar un decàleg, on exposa la seva posició davant de la eutanàsia:

- Mai és moralment lícita l'acció que per la seva naturalesa provoca directament o intencionalment la mort del pacient.
- Per tant, mai és lícit matar un pacient, ni tan sols per no veure-ho patir o no fer-lo patir, encara que ell ho demanés expressament.
- No és lícit negar a un pacient la prestació de cures vitals amb els quals segurament moriria, encara que pateixi d'un mal incurable.
- No és lícit renunciar a cures o tractaments proporcionats i disponibles, quan se saben que resulten eficaços, encara que sigui només parcialment. En concret, no s'ha d'ometre el tractament a malalts en coma si hi ha alguna possibilitat de recuperació.
- No hi ha obligació de sotmetre al pacient terminal a noves intervencions quirúrgiques, quan no es té la fundada esperança de fer-li més suportable la seva vida.
- És lícit subministrar narcòtics i analgèsics que alleugin el dolor, encara que atenuïn la consciència i provoquin de manera secundària un escurçament de la vida del pacient, sempre que l'acció sigui calmar el dolor i no accelerar dissimuladament la seva mort.
- És lícit deixar d'aplicar procediments extraordinaris a un pacient en coma quan hagi perdut tota activitat cerebral. Però no ho és quan el cervell del

pacient conserva certes funcions vitals, si aquesta omisió li provoca la mort immediata.⁹

5.2 Visió islàmica.

Els savis musulmans de totes les escoles jurídiques tant xiïtes, sunnites com sufís sostenen que l'eutanàsia "activa" i "passiva", igual que el suïcidi, estan prohibits en l'Islam.

Està prohibit per a un pacient matar-se a si mateix o bé matar altres malgrat comptar amb el consentiment del pacient. El primer cas no és més que un cas de suïcidi, mentre que el segon és arrabassar la vida d'algú.

L'eutanàsia "activa" es refereix a donar-li una injecció mortal al pacient, i pel que fa a l'eutanàsia "passiva" té a veure amb una actitud negativa adoptada amb l'objectiu d'accelerar la mort per al pacient; això últim pot ser realitzat a través de la interrupció al pacient d'aigua, aliment, medicaments o altres procediments mecànics.

Igualment, els juristes i savis de l'Islam consideren que està prohibit matar un pacient per prevenir la propagació d'una infecció, encara que es tracti de malalties incurables com ara la SIDA o la Pneumònia Atípica, ja que tals pacients en tot cas poden ser sotmesos a quarantena. Després de tot, tots aquests pacients són éssers humans i se'ls ha de proveir alimentació i medicina fins al seu últim alè.

L'Islam permet, en certs casos, que es cessi amb les mesures que perllonguen la vida artificialment, ja que no es tracta d'aferrar-se a ella. Quan la vida arriba a la seva fi, cal entrar amb satisfacció a la mort. No es deu, per això, perllongar la vida a tota costa, on la ciència i la raó no veuen perspectiva.

L'Islam prohibeix tota mena d'eutanàsia. La vida és un do diví, que cal protegir i cuidar el més possible. La fi de la vida ho determina Déu sol.¹⁰

PART EXPERIMENTAL

⁹ Nelida, Eutanasia: Historia, tipos de eutanasia, la iglesia ante la eutanasia, <http://www.monografias.com/trabajos98/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia.shtml> (Últim accés: 12/07/17).

¹⁰ Zapata, Julián, Once argumentos contra la eutanasia: según el Islam, <http://blogs.eltiempo.com/confesiones/2007/04/09/once-argumentos-contra-la-eutanasia-segun-el-islam/>, Últim accés: 22/07/17

6. Entrevista a un oncòleg (hospital de Castelló)

El dia 10 d'agost, vaig fer una excursió en tren a la província de Castelló, disposat a entrevistar a un oncòleg de l'Hospital Provincial de Castelló i a una anestesista que treballa a l'Hospital Intermutual de Llevant (València). Les reunions amb aquests professionals van ser gràcies al contacte que mantenen amb el meu tutor del treball.

En baixar del tren, vaig dirigir-me a l'Hospital Provincial, on havia de reunir-me amb el doctor Javier Munàrriz, oncòleg especialista.



Javier Munarriz Ferrandis, nascut a València i de 54 anys, és actualment doctor adjunt especialista en el Servei d'Oncologia de l'Hospital Provincial de Castelló, sent-ho abans a l'Hospital General de Especialidades "Virgen de las Nieves" de Granada. Ha estat també doctor intern resident d'oncologia mèdica, a l'Hospital de la Princesa de Madrid. Llicenciat en medicina i cirurgia, defensa de manera objectiva el dret a una mort digna, sense patiments, relacionant el tema de l'eutanàsia a l'aplicació del sentit comú.

PREGUNTA: Quins són els tipus de càncer més difícils de curar?

RESPOSTA: Doncs mira, els més difícils de curar són el càncer de pàncrees, els tumors cerebrals i el càncer de pulmó, en la majoria dels casos.

P: Quins són els que tenen més probabilitat de curar-se?

R: Molts es curen perquè es diagnostiquen molt aviat, com el càncer de mama, però després hi ha altres que es diagnostiquen fins i tot avançats, per exemple el càncer de testicle, que és el que va tenir Lance Armstrong. Normalment, els

càncers "vénen curats de cirugia", però avui dia hi ha molts tractaments per al que anomenem nosaltres cronificació de la malaltia.

P: Són molts els malalts de càncer que no superen la malaltia? Quin percentatge representen, aproximadament?

R: Doncs, avui dia les estadístiques diuen que aproximadament un 40% de pacients diagnosticats de càncer acaben morint a causa de la malaltia.

P: ¿Aquest percentatge s'ha anat incrementant en els últims anys?

R: Sí, però no perquè hagi augmentat el càncer o hagi existit una epidèmia de càncer, sinó perquè ha augmentat l'esperança de vida. El que passa és que abans la gent moria a la carretera, però han disminuït molt els accidents de trànsit a Espanya; també han disminuït els morts per infarts de cor. Jo avui dia veig pacients que han tingut 3 infarts, i els han posat "bypass" coronaris. Abans, la meitat dels pacients morien d'un infart, fins i tot abans d'arribar a l'hospital. A l'haver disminuït el percentatge d'altres causes de mort, han augmentat les possibilitats de morir de càncer. És a dir, la gent es morirà amb el temps, al cronificar la malaltia. Es diu que aproximadament una de cada tres persones morirà de càncer el 2020. Això és moltíssim.

P: És a dir, augmenta la possibilitat de tenir càncer?

R: Relativament, és clar, perquè la gent viu més, ja que el càncer és una malaltia que com més vius, més risc tens de contraure-la. I després hi ha una altra malaltia, l'alzheimer, que hom diu que sí que ha augmentat, i en realitat no és així, sinó que passa el mateix que en el càncer, que la gent viu més i és més susceptible a contraure-la. Ha augmentat la incidència relativa, que és el nombre de casos / anys, seguit de la prevalença, que és el nombre de casos en un any determinat.

P: Quants pacients terminals ha tingut vostè en els últims 12 mesos aproximadament?

R: En els últims dotze mesos? Hauré vist potser, entre 4 o 5, però si mirem en els meus últims 20 anys, llavors la xifra és força més alta. Ara, com jo no estic en planta i no faig guàrdies, veig menys. És clar, si et refereixes a atenció en

els últims moments, és difícil, ja que han de avisar d'una guàrdia, quan es veu que el pacient ja està per morir-se. Llavors la infermera et crida per dir-te que el pacient està inquiet o que té mal, per augmentar-li la sedació, o fins i tot per dir-te a vegades que ja ha mort, fins i tot. Realment, les úniques tres persones que he vist morir, han estat els meus pares i la meva tia. I en aquest punt em vaig adonar que tot i ser un expert en agonies, jo no havia vist a algú morir realment a part d'ells.

P: I dels seus últims pacients, em pot explicar la situació d'algú que no va superar l'efermetat? Com va viure vostè el moment?

R: L'important d'un pacient terminal és que estiguin ben controlats els símptomes. Aquests símptomes són el dolor, la dispnea, que és la dificultat per respirar, i després hi ha una sèrie de símptomes que nosaltres creiem que no els podem tractar. Si es tracta d'un pacient oncològic terminal, es pot morir menjant poc, o perquè estigui malalt d'una altra cosa. El nostre objectiu principal és tractar els símptomes principals. La dispnea ens obliga moltes vegades a sedar al pacient, i sempre intentem que no senti dolor, perquè sinó està mal controlat. Un altre dels símptomes és l'ansietat; jo he tingut pacients que m'han demanat clarament que no volen seguir amb el tractament, i em recordo de dues d'aquestes persones. El que forma part del meu treball, és que els símptomes estiguin ben controlats.

P: Alguna vegada li ha demanat algun d'aquests pacients que li escurci la vida o que li faciliti una mort indolora?

R: Que li escurci la vida no, però em recordo d'un noi de Madrid, que vivia en el camp i que jo coneixia, que va venir aquí a morir-se. Em va dir clarament que ell era conscient que s'havia acabat tot, que no hi havia res més a fer. Era un noi jove, i bé, li vaig dir simplement que si necessitava qualsevol cosa que em avisés. Hi havia una altra senyora, que era argentina, i aquesta sí que va ingressar. Tenia càncer d'ovaris, que és una malaltia que provoca molts símptomes. A causa d'això, la vam haver de sedar, per controlar el dolor tant com la fatiga. La sedació disminueix la vida? Pot ser, però la veritat és que mai hem tingut cap problema amb un pacient que ens demani o ens impedeixi fer-ho. Hi va haver una polèmica en un hospital, fa no gaire, per un tema polític. I

és que es va córrer la veu que en el servei d'urgències es matava gent, el qual no era cert. Nosaltres no escurcem la vida, en tot cas el que fem és escurçar l'agonia. El problema és que un pacient sedat no s'alimenta, normalment es nodreix, s'hidrata. I clar, el pacient mor quan el cos s'esgota. No és que el pacient es mori per no menjar, és que el pacient no menja perquè es morirà, que és diferent.

P: Llavors, la pràctica habitual és llevar-li l'alimentació intravenosa?

R: Sí, en tot cas la hidratació es manté perquè produeix un confort, ja que si no està ben hidratat, queda mucositat i tenen dificultat en arrencar i pateixen, però en aquest cas la nutrició no té cap sentit. És un moment que els familiars ho viuen malament, ja que pensen que si no es nodreix es morirà, i clar, a nosaltres només ens queda dir-los que això és així, que es morirà, si no avui, doncs demà o més tard. Que algun pacient que està normalment en coma tingui una sonda per mastegar és rar, ja que produeix més problemes, s'obstrueix. Jo mai he tingut un cas en què m'hagin demanat que segueixi nodrint-li, el que fa veure que normalment la família ho entén.

P: Quines són les actituds més freqüents entre els familiars d'un pacient terminal? Que retirin els tractaments per morir a casa? Que facin el possible per mantenir-lo amb vida?

R: En l'1% dels casos, com a molt, et demanen que el mantinguis amb vida, i això sol ser un problema de vegades de mala informació prèvia. He tingut molts casos, no només de parelles sinó també de fills, en què la immensa majoria no vol que el pacient segueixi amb vida, ja que entenen el que forma part de la nostra feina. Jo he treballat a Granada i Madrid, i allà sí que teníem problemes per ingressar a pacients, però aquí no existeix aquest tipus de problema. En el tema de portar-lo a casa, hi ha un servei denominat UHD, que és la Unitat d'Hospitalització a Domicili, que funciona prou bé. Nosaltres els comuniquem que tenen les portes obertes; si ells volen que el pacient estigui aquí o a casa, és una decisió seva. La mort és un fenomen que s'ha tecnificat avui en dia, la gent ara es mor a l'hospital. Fa 40 anys es morien a casa seva, i es deia al capellà en comptes de al metge. Això sí, en dir que un pacient ha de tenir tots els símptomes ben controlats, em solen fer la pregunta: i si es posa pitjor, què

faig? Jo els hi dic que si ells veuen que està bé, és millor que es mori a casa seva, envoltat dels seus familiars i la seva gent, ja que hi ha molts pacients, per exemple, que es moren amb metàstasi al fetge, el que provoca un coma i fa que el pacient no s'assabenti de res. No obstant això, si el pacient té un càncer de pulmó i s'està ofegant, òbviament cal portar-lo a l'hospital.

P: Avui dia, moren més a casa que a l'hospital? És a dir, la pràctica més habitual és que vagin a casa, no?

R: Sí, el que passa és que a molts pacients que estan en la fase final de la malaltia, l'estar en un hospital, per a ells i per a la seva família és una cosa molesta. Hi ha molts que se'ls volen portar, sempre davant del dubte de què fer si es posa pitjor. Avui en dia, i ens sol passar amb una immensa majoria, el pacient citat no acudeix a l'hospital, i acaba morint.

P: Creu vostè que hi ha alguna diferència en aquest assumpte, segons la seva experiència en els diferents hospitals a Madrid i Granada, entre els hospitals públics i els privats?

R: Jo diria que sí, però la veritat que no sé si la UHD és un servei que també s'utilitza en hospitals privats. Jo crec que els pacients que acudeixen a la medicina privada estan més ben informats, encara que aquí el nivell d'informació no és dolent. Segons la meva experiència, a Madrid estaven millor informats que a Granada, a nivell sociocultural. A Madrid jo vaig treballar en un barri diguem "alt", mentre que a Granada hi havia gent de poble amb un nivell, diguem-ne, més baix a nivell cultural. No utilitzaven, per exemple, la paraula càncer, curiosament.

P: Treballa en aquest hospital alguna unitat especial de cures pal·liatives? S'encarreguen de l'atenció domiciliària?

R: Sí, està ara la sala d'oncologia, on s'atenen pacients terminals que estan ja en una fase en què no es poden traslladar. Si heu de ser un ingrés perllongat, es van al que aquí es diu Unitat de Cures Pal·liatives, que és el servei de medicina interna, on no tenen una àrea de salut, cosa que només la tenen en oncologia i en psiquiatria. I després, la unitat a domicili, és un altre servei diferent, pel qual el pacient queda ingressat a casa seva.

P: Contemplen els encarregats en cures pal·liatives la possibilitat d'aplicar sedació terminal per tal de no perllongar la vida dels pacients que estan ja en procés agònic?

R: Sí, és clar. Per al control de símptomes, és clar.

P: Què creu vostè que s'ha de fer amb els pacients que pateixen una malaltia incurable, no terminal, que els hi causa dolor crònic i greus patiments psicològics que limiten la seva qualitat de vida, quan aquests pacients sol·liciten a un metge que els ajudi a morir?

R: Aquesta és una pregunta difícil. Fa poc va passar un noi que tenia una malaltia neurològica, de les que són irreversibles i converteixen el pacient en una persona totalment dependent. Això també influeix, en pensar que no volen ser una càrrega per als seus familiars. Aquests pacients no han de morir-se excepte per una complicació, com que s'ennuegui, ja sigui perquè la malaltia que tenen els dificulti empassar. Llavors, si el pacient està ben informat, jo sí que seria partidari d'un suïcidi assistit, encara que no formi part de la meva feina.

P: Arriba un metge oncòleg a familiaritzar-se amb el fet de la mort? Com ho viu vostè a nivell personal?

R: Això depèn de com em trobi jo a nivell personal. Si et trobes bé, és reconfortant. La mort forma part de la vida, d'aquesta malaltia, i el fet que morin bé és molt important. Serveix, a més, per prevenir el que s'anomena el dol patològic. Hi ha dues coses molt importants, que la família pensi que s'ha mort bé, si pot ser acompanyat i amb un bon control, i després que quedi ben clar que s'ha fet tot el possible per al pacient.

P: Què preferiria que fessin amb vostè els metges en el cas que es trobés en fase terminal amb grans patiments?

R: Jo, si estigués en una fase en què estigués patint, sens dubte demanaria el suïcidi assistit.

P: El metge ha de procurar conservar la vida del pacient tot i que aquesta vida sigui d'enorme patiment, o ha de prevaler la conservació de la qualitat de la vida?

R: Acabes de dir dues coses no concloents, perquè si la vida suposa un patiment, no estàs preservant la qualitat de vida, sinó que només estàs preservant la vida. Llavors, jo personalment, si cal fer alguna cosa -ja et dic que en oncologia això no se sol fer- sóc partidari d'escurçar la vida.

P: I quina és la pràctica habitual davant els pacients que estan en coma irreversible?

R: Depèn de la causa del coma, si és un coma per un accident llavors es pot recuperar.

P: Però si es tracta d'un coma de llarga durada, per exemple de sis mesos o un any?

R: Això és el que s'anomena estats vegetatius, que ho pateix gent que ha tingut un accident de trànsit i queden en el que s'anomena estat vegetatiu persistent, i que consisteix només en la respiració i en el funcionament del cor, res més. Ara existeix el que es diuen *Testaments Vitals*, on pots decidir el que et passi. Jo conec el germà d'una noia que està casada amb un cosí-germà meu, que va tenir un accident a l'Índia i va estar, ni més ni menys, quinze anys en coma, una barbaritat. A casa, la seva mare l'alimentava amb sondes, i al final va morir d'una pneumònia. És clar, tu no saps si d'aquí a quinze anys es van a descobrir nous tractaments neurològics, així que fins a aquest moment creus que aquesta persona ha de ser assistida. El meu pare va morir aquí amb molt dolor, ja que se li tractava en un hospital públic, i jo crec que en aquest sentit l'atenció és pitjor. La meva mare, però, va morir en una residència, i va morir molt més confortada. Tots dos van morir amb alzheimer. Jo sempre vaig pensar en que a la meva mare calia mantenir-la, sobretot perquè la veia molt ben cuidada. I aquí està, no se sap si d'aquí a cinc anys hi haurà nous tractaments, així que sents aquesta necessitat de mantenir-los amb vida.

P: Hi ha pacients en el seu hospital que han demanat o demanen signar el Testament Vital?

R: No, no sé per què. En els meus pacients no. Jo crec que potser perquè pensen que no arribaran a aquesta situació en el sentit que van a tenir un control de símptomes millor. Per exemple, la meua mare, que va patir la malaltia del meu pare, sí que va dir quan encara estava conscient que no volia que la ingressessin, i no el va signar. Jo no conec en el meu servei a cap pacient que hagi demanat un Testament Vital per a res.

P: Només per curiositat, quin és el tipus de càncer en el qual s'està investigant més?

R: El melanoma, que està augmentant brutalment pel forat de la capa d'ozó. No protegeix com abans, i la veritat que s'estan descobrint moltíssimes coses sobre això.



En acabar amb l'oncòleg, vaig dirigir-me a la terrassa d'un restaurant, a la vora de la platja de la localitat de Benicàssim, on em trobaria amb l'anestesiòloga de València.

7. Entrevista a una anestesiòloga (hospital de València).

María Teresa Bovaira, de 51 anys, es dedica actualment al tractament de pacients amb dolor crònic i a anestesiologia. Treballa a l'Hospital Intermutual de Llevant, ubicat a Sant Antoni de Benagéber, localitat propera a València, des de l'any 1999; és un hospital de mútues laborals. Ella és la responsable de la Unitat de Dolor des del 2006 i és Cap de clínica des de fa 6 anys. Prèviament, va treballar a l'Hospital General d'Alacant, a l'Hospital de la Fe de

València i a l'Hospital de la Ribera, on ha exercit fonamentalment com a anestesiòloga a la Unitat de Reanimació.

PREGUNTA: Ha treballat vostè amb malalts terminals?

RESPOSTA: Sí, jo sóc anestesista. L'anestèsia engloba tres parts de la professió mèdica; una és la anestèsia en quiròfan, una altra és la reanimació, que és com intensius de pacients quirúrgics, i finalment hi ha el tractament del dolor. Llavors, en la reanimació, habitualment els pacients procedeixen de quiròfan, la majoria dels quals surten, però hi ha una part que, és clar, acaben morint, i per tant, són pacients terminals que es decideix no reanimar, perquè no són viables.

P: Quin tipus de sedació se'ls hi aplica normalment als malalts terminals que pateixen forts dolors?

R: Als pacients que tenen dolors, a l'entorn hospitalari, se'ls hi administra analgèsia, i de fet, actualment una analgèsia adequada és un indicador de bona praxi mèdica. Llavors, tots els pacients que estan en un entorn hospitalari han de tenir una analgèsia adequada. Com habitualment els pacients d'intensius, i en el nostre cas, de reanimació, són pacients quirúrgics, necessiten d'una analgèsia potent, que ve fonamentalment a través de morfina o derivats. I posem també sedació amb benzodiazepines, que és el que vulgarment es coneix com diazepam, per tenir-los calmats i ben adaptats a la respiració, i perquè en qualsevol cas no estiguin ansiosos i que no siguin massa conscients de la seva gravetat.

P: Creu que l'eutanàsia passiva (desentubació) és una bona manera d'escurçar l'agonia d'un pacient terminal?

R: Per descomptat. En general, jo crec que la gent que no pertany a l'entorn mèdic pensa que això potser sigui fer-ho d'una manera poc responsable, molt atrevida. Però en general, en el que jo conec, en la pràctica mèdica habitual, l'eutanàsia passiva és una cosa que s'acorda verbalment entre els que portem els pacients, i és una cosa que jo crec que es fa amb moltíssim sentit comú, amb molt de respecte, i en general informant els familiars.

P: I respecte a l'eutanàsia activa, quina opinió té?

R: Sobre l'eutanàsia activa... jo particularment, crec que seria capaç de fer-ho per amor, i no crec que la faria mèdicament. Una altra cosa és no tractar o diguem-ne, no incidir en el progrés de recuperació d'un pacient que tingui un procés infecciós i que sigui poc viable. Una persona que en aquest moment té totes les constants vitals bé, i que vol morir, això és una cosa que ja entra, jo crec, en el criteri de cadascú. Probablement es fa, pactat, en pacients oncològics terminals. Jo, per exemple, tinc l'experiència personal del meu pare, que patia d'alzheimer, malaltia que fa que la gent pateixi processos infecciosos, ja que no és capaç de tossir i expectorar. I clar, si veus que no funcionen els tractaments, en cap cas et plantejes una intubació o un pas a intensius. Jo crec que en general es treballa amb molt de respecte i molt de sentit comú.

P: Hi ha tractaments que controlen el dolor però que tenen com a efecte secundari l'acceleració de la mort? En quins casos s'apliquen?

R: Quan es decideix que un pacient no és recuperable, no reanimable, ja sigui tetraplègic o un pacient oncològic amb metàstasi, fem una sedació i realment anem augmentant la dosi, accelerant, en efecte, la mort. En realitat, aquests fàrmacs el que produeixen és una depressió respiratòria. A la gent li costa morir-se, clar, no és gens fàcil morir, de fet vas augmentant les dosis, perquè no vols que sigui conscient i no obstant això tens aquestes vies. En aquests casos sempre parlem amb les famílies, que en general, solen estar d'acord. La majoria de vegades és un raonament pactat, i jo crec que es fa de mutu acord i no hi ha cap problema. De vegades, però, a la família li costa prendre la decisió de deixar-ho sense reanimació, ja que intenten esgotar totes les possibilitats, tot i que és veritat que també es donen ocasions en què ja no ho veuen viable.

P: Es fa en conformitat dels familiars del pacient? Se l'informa al pacient en aquests casos?

R: Sí, sempre es fa amb la seva conformitat. En el cas del pacient, sempre s'intenta, és clar, perquè parlem de circumstàncies diferents. En intensius, en el

nostre cas, els pacients no sempre estan conscients, però quan tenen un moment de lucidesa, se'ls informa.

P: I qui informa a les famílies, l'anestesiista o l'oncòleg?

R: El metge responsable del pacient que és habitualment a l'entorn de reanimació, és l'anestesiista. És a dir, de vegades toca afrontar la realitat i dir-ho a les famílies. Nosaltres sempre treballem en grup, ja que participem molts metges, per això és una decisió acordada, escrita i informada, i així ningú actua per compte propi. Ens ho comuniquem entre nosaltres i ho anotem en la història, així que està consensuat sempre.

P: Creu vostè que un sistema millorat de cures pal·liatives podria acabar amb la majoria de les peticions d'eutanàsia?

R: Aquí parlo més com a familiar que com a metge, o sigui, per familiars que han mort per processos oncològics, i la veritat, els pal·liatius que s'han fet a nivell domiciliari, s'han fet amb morfina i benzoacepina a dosis altes, i s'han mantingut sense que el pacient fos conscient. La meva impressió és que es pren bastant seriosament, i a nivell domiciliari, es procura mantenir l'entorn, es procura que el pacient estigui amb els seus familiars fins a la seva mort, sense patir. Jo tinc la sensació que es fa força bé, i la meva experiència, tant professional com familiar, diria que ha estat, en aquest sentit, força bona.

P: Creu vostè que s'ha de canviar la llei per permetre als malalts demanar i rebre el suïcidi assistit per un metge, sempre que els malalts conservin totes les seves facultats mentals i independentment de si la malaltia és terminal o crònica?

R: Jo he pensat moltes vegades sobre aquest tema, i he arribat a la conclusió que ho faria per amor i no com a metge. Ha de canviar la llei? Bé, en realitat, hi ha molts països on això es fa, però no ho sé. Nosaltres estem entrenats per salvar vides, llavors, jo no concebo una persona que desitgi morir, encara que tingui tota la justificació del món, passant de la vida a la mort sense ser un malalt terminal. No sé com es podria legislar això, realment desconec quina

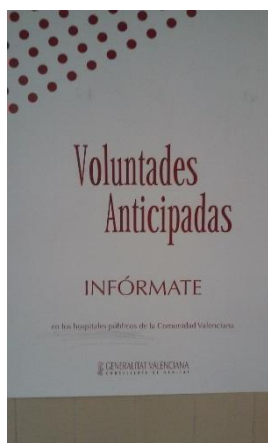
solució té, i entenc a qui vol morir, ja que hi ha vides que depenen d'altres, però jo, com a metge, no podria participar-hi.

P: En molts països, como ara el nostre, hi ha persones que emeten el que es coneix com a testaments vitals o voluntats anticipades. En aquests documents, aquestes persones comuniquen a doctors i familiars els tractaments que desitgen o no rebre en cas de patir una malaltia irreversible que els porti a un estat que els impedeixi prendre una decisió sobre el seu futur. Aquest document podria guardar juntament amb l'historial dels pacients. Creu vostè que és necessari aquest sistema de testaments vitals a Espanya?

R: Això és interessant. Jo tinc bona opinió sobre com es porten aquests temes en general a la sanitat espanyola. Crec que els testaments vitals clarifiquen i tranquil·litzen molt als familiars sobre quina és la decisió del pacient, en cas que aquest no tingui capacitat de decisió. En determinats casos, crec que no té cap sentit el perllongar la vida. Potser el matís és no posar cianur ni clorur potàssic, però sí deixar-lo morir en el primer procés intercurrent. Cada any vaig a Àfrica, com moltíssims metges espanyols. I quan s'està allà, doncs a vegades passen coses com tenir un sol respirador per a 2 pacients molt greus, i clar, decidir no és fàcil. Realment estem entrenats per donar vida, i per descomptat, em resulta molt difícil. Al final fas una valoració sobre qui creus que tingui més possibilitats, i tractes a aquest, deixant a l'altre. Per a la nostra mentalitat, ja et dic, és molt dur, i llavors des d'allà, jo reflexiono sobre la nostra sanitat d'aquí, i penso que estem acostumats a una sanitat de màxims. En realitat, però, no és una sanitat de màxims, sinó d'excessos. De vegades tractem el que no s'ha de tractar. Realment, darrere hi ha una reflexió que jo penso que ha de ser molt profunda, sobretot sobre els pacients oncològics. A més, hi ha un punt de perversió comercial en tot això. La tercera causa de mort als Estats Units en la gent gran, és la patologia que provoca els fàrmacs que es donen. O sigui, és que realment cal reflexionar moltíssim sobre el que s'està fent, ja que amb la recerca de l'excel·lència i de la major qualitat, s'està sotmetent a la gent a un excés de tractaments. Sí que és veritat que la supervivència ha augmentat un munt, i la sanitat ha donat uns resultats boníssims, però ens vam passar. I crec

que és aquí on cal determinar circumstàncies i arribar a acords més sensats per no prolongar els tractaments quan no s'ha de fer.

P: I en això que ha dit, sobre els tractaments excessius i l'abús de la tecnologia, creu que hi ha alguna diferència entre la sanitat pública i la sanitat privada?



R: A la pública, el que passa és que els metges, i en general el personal, estan mal pagats. Hi ha molta gent, i crec que pel que fa a les responsabilitats que tenen, cobren poc. També és veritat que depèn una mica de les especialitats, ja que en algunes els metges treuen sobresous, per exemple per assajos clínics. Jo, dins de l'anestèsia, al que més em dedico, és al tractament del dolor, i els fàrmacs que més utilitzem

són els derivats de la morfina, els opiacis. Els comercials de les cases d'opiacis estan a peu d'ambulatori, intentant fomentar el consum per als metges d'atenció primària. Això, als Estats Units ha estat una epidèmia i, des del 2001 al 2011, hi ha hagut un creixement exponencial d'ús d'opioides que ha ocasionat moltes morts, entre elles les de diversos famosos, com ara la de Prince. Actualment, el consum d'opiacis prescrits per metges és la segona causa de mort accidental als Estats Units. En vista d'això, el que han fet les autoritats americanes i la FDA, és prohibir el consum ordinari d'opioides per a qualsevol procés o intervenció. Com ja hi havia molta gent enganxada a aquestes substàncies, es van passar a l'heroïna, i hi ha hagut un repunt de consum d'heroïna a conseqüència d'això. Tenint aquest exemple, que ha estat terrible, que ha estat una autèntica epidèmia i que ha portat a la mort a milions de persones als Estats Units, aquí tenim als comercials de les cases d'opioides en els centres de salut promocionant el consum d'opioides. En realitat, hi ha un problema de veritat de falta, de vegades, de satisfacció professional, i de fomentar la formació, que de vegades ve a través de les cases comercials; llavors, ocorren aberracions com aquestes, com utilitzar opiacis en casos que no haurien de ser utilitzats. En general, hi ha coses en les que crec que sí hauríem de reflexionar, i crec que els comitès deontològics de cada país haurien de ser com a molt més estrictes en aquest sentit. Per l'eutanàsia

s'utilitzen opioides que, jo crec, són necessaris, ja que moltes vegades passa en entorns de processos oncològics en els quals els pacients, en l'etapa final, pateixen dolors per tenir metástasis òssies i per això estan necessitats d'aquests fàrmacs. Això crec que està justificadíssim, però s'estava analitzant el consum d'opioïdes intentant, d'alguna manera, garantir el seu ús, per exemple, per a tractaments crònics, metástasi, etc. En part, els metges estan desmotivats, ja que s'ha rebaixat l'incentiu per la carrera professional, i per això acaben "venent-se" una mica a aquestes cases comercials, per tenir aquest plus que és difícil d'aconseguir.

P: Té o ha tingut vostè contacte amb els comitès d'ètica clínica de l'hospital? Quina opinió li mereixen aquests comitès?

R: En algun cas concret. En els hospitals que jo he treballat, que són cinc, no he vist un comitè ètic que marqui les pautes de cada cosa, però sí que puntualment, quan hi ha hagut un pacient complex, o una circumstància com la Grip A, hi ha hagut una reunió deontològica i s'ha acordat una forma de procedir. Jo crec que són necessaris, ja que està bé tractar alguns casos difícils específicament, i així prendre una decisió bona i correcta conjuntament.

P: Creu vostè que si s'ampliessin els marges legals de l'eutanàsia es podria abusar d'ella?

R: Suposo que en algun cas, sí, però ja et dic que jo tinc bona opinió en general, i crec que no hi ha guany per això, és un procés humanitari, de sentit comú i de respecte.

P: Hi ha anestesistes que es plantegen fer objecció de consciència a l'eutanàsia?

R: No en conec cap, i mai he treballat amb algú que ho pensi, però segur que n'hi ha. En general, quan es planteja que un pacient és no reanimable, és clar que no ho és; o sigui, jo no li diria eutanàsia, perquè no es tracta activament al pacient, però en realitat és de sentit comú, i no conec ningú que s'hagi oposat.

P: Reben els pacients suficient informació sobre les diferents alternatives per a la seva atenció? Se'ls informa també, a ells o als seus familiars, sobre les possibilitats de l'eutanàsia?

R: En el meu cas no, ja que els pacients estan molt greus. Però en casos de planta, d'oncologia, a alguns pacients, depèn de l'interès que tinguin ells en saber, sí que se li plantegen opcions. Crec que a Espanya tendim una mica a disfressar, ja que al pacient se l'informa, però depèn del que digui la família. De vegades la família vol tapar, en el sentit que no vol que el pacient triï. També depèn, jo crec, del nivell cultural del pacient i de les ganes que tingui de saber; en molts casos aquest interès és mínim, independentment de si el pacient és molt intel·ligent o si és algú amb molta formació.

P: Es té molta por a la reacció psicològica que pugui tenir el pacient?

R: Sí, sí, és clar. Després, la veritat, a vegades passa que quan a algun pacient se li informa que té càncer, els altres vam comentar que què bé s'ho ha pres i això, perquè probablement la majoria de gent som capaços de afrontar-lo amb fortalesa. Suposo que a mi m'agradaria saber-ho, però després també és veritat que si has tingut contacte amb gent jove, per exemple, que ha acabat morint per un càncer, el deteriorament físic és tan terrible, que quan un pensa en el que li queda per a morir, el procés d'assumir-ho és molt difícil. No obstant això, també hi ha gent tan valent, que és fins i tot capaç de gaudir del bo que li passa en aquest procés, i hi ha moltes persones que viuen molts anys amb l'espasa de Damocles. La nostra cultura, en general, és que viu una mica d'esquena a la mort, amb una actitud una mica covard, en pla voler dissimular-ho, però la veritat és que la mort és una cosa que sempre ens agafa per sorpresa. Jo crec que al final s'assumeix bé, amb valentia, i clar, has de posar les coses en ordre i poder acomiadar-te de la família.

P: Reben els metges especialistes en anestesiologia suficient informació sobre l'eutanàsia?

R: Probablement no. És com una part del nostre treball tan lligada a la nostra pràctica diària, i ja et dic, feta amb tant respecte, que no l'exercites pensant que estàs fent res extraordinari. Jo crec que es parla més de l'eutanàsia fora, que

dins. És a dir, per a nosaltres és una part més del nostre treball, del nostre dia a dia, i que tampoc ens produeix excessius problemes de consciència.

P: S'ha vist vostè implicada alguna vegada en un cas d'eutanàsia?

R: Sí, i de vegades, fins i tot entre els professionals, no hi ha un acord al 100%. Potser els professionals d'alguna especialitat pensen que cal tornar a operar, i altres diem que no, que ja està, que es va acabar. Això és freqüent, i ja et dic, es porta a terme d'una manera natural, amb poca sensació d'haver d'estar decidint fer alguna cosa que pugui ser perjudicial per a alguna persona, i pensem que el natural és protegir al pacient perquè no pateixi gens. Per exemple, abans de morir el meu pare, que tenia alzheimer, i que estava clar que havia de morir, el van intubar en un moment en què nosaltres no estàvem. I quan vam entrar a ser informats, ens van dir que havia tingut una aturada respiratòria i que aquesta era la raó per la qual li havien intubat. Ens van preguntar que què ens semblava, i nosaltres els vam dir que li traguessin el tub, ja que creïem que era millor que morís d'una manera més natural, agafat de la mà de tots.

P: Amb quants pacients arriba a interactuar en un dia?

R: Jo ara em dedico al dolor. Quan s'està en reanimació, que seria aquest cas, habitualment un metge porta uns 4 o 5 pacients com a responsable, i en una guàrdia pot veure a 20 pacients. Tampoc és tan freqüent, però igual en un mes veus a més pacients.

P: Hi ha atenció domiciliària a l'hospital per ajudar a suportar els últims moments?

R: Sí, i funciona molt bé. I realment, ells sí que et poden donar una visió dels pal·liatius com ningú, perquè són qui van cada dia a casa a conèixer als pacients, a les famílies, i entren en el seu àmbit i acompanyen en la mort. Són infermers i metges, i fan tot el tractament final (cura d'úlceres, sedació, ajust de dosi, etc.). Realment, jo crec que això té molt sentit, i és un avenç enorme que aquestes coses es puguin fer a casa. Habitualment són metges de família, que procedeixen la majoria d'urgències. Fa uns 25 anys que es va crear la divisió d'atenció domiciliària, i es va desenvolupar en molts hospitals.

P: Si vostè es posa en el lloc d'un pacient terminal, com li agradaria que actuessin els metges?

R: Amb respecte, amb professionalitat, amb humanitat, com s'actua en general.



8. Entrevista Oncòloga (hospital de Roma).

La següent professional que vaig entrevistar no es trobava en Espanya en aquell moment. Per tant, ens vam mantenir en contacte per correu electrònic, via per la qual es va efectuar l'entrevista.

Pilar Fernández del Moral, de 61 anys i nascuda a Madrid, és actualment Coordinadora Internacional del Departament de Salut d'una branca dels Moviments dels Focolars¹¹, a Roma. Llicenciada en medicina i cirurgia, i amb un Máster en Medicina Paliativa, ha treballat també en el centre de Rehabilitació d'Eindhoven (Holanda). També ha exercit de metge especialista en geriatria domiciliària. Té moltes publicacions en el camp d'oncologia, així com ponències en congressos internacionals.

PREGUNTA: Vostè ha treballat en hospitals d'Holanda, on hi ha una de les legislacions més avançades sobre eutanàsia. Podria donar-me la seva opinió sobre la pràctica de l'eutanàsia a Holanda?

¹¹ El moviment focolar, també conegut com a Obra de Maria, és una agrupació internacional de l'església catòlica de caràcter ecumenista que promou el diàleg interreligiós.

RESPOSTA: Si, allà hi ha una llei aprovada que regula la pràctica d'eutanàsia, se li ha donat molta difusió i està en actiu des de fa bastants anys; amb freqüència els pacients fan al·lusió a ella. Jo sóc oncòloga, i de vegades, quan reben el diagnòstic de càncer en estat avançat, comenten que en el cas en què ja no hi hagi res a fer, pensen que l'eutanàsia seria una bona opció. En realitat, quan després reben un bon acompanyament, i bones cures paliatives (aquestes són molt importants) i no només com a tractament del dolor i altres símptomes que disminueixen la qualitat de vida, sinó que inclou un correcte acompanyament psicològic al pacient i als familiars, hi ha poquíssimes persones que continuen demanant l'eutanàsia. La meva experiència és que s'apel·la a l'eutanàsia davant la por a patir (aquest el tenim tots), però que, en realitat, la petició més profunda és a una atenció i sosteniment en tot moment de part del personal sanitari i a la necessitat de suport familiar amb l'afecte que això comporta. Moltes vegades la por de no ser capaç d'afrontar una situació en una solitud interior que moltes persones experimenten fa que la petició sigui més forta. L'empatia sincera del personal sanitari i l'afecte de la família mantingut dia a dia, fa que s'utilitzin tots els recursos que una persona té, i concloga la seua vida amb dignitat i havent pogut deixar als altres tot el que cadascú pot donar com a fruit d'una vida. Li comento una de les meves primeres experiències: arriba a la meva consulta un senyor gran en cadira de rodes acompanyat de la seva dona, tots dos d'uns 75 anys; acabaven de rebre el diagnòstic de càncer amb metàstasis òssies. Ell, empresari que havia construït una empresa del no-res, lluitador nat, havia deixat als fills el negoci, però continuava portant les rendes de tot. Ara venia malament i amb dolors ossis generalitzats. De seguida em va dir que havien parlat àmpliament la seva dona i ell, i havien decidit que si no hi havia cap opció curativa, desitjaven l'eutanàsia. Jo li vaig dir que una decisió així no es podia prendre en un estat de xoc com el que estava vivint. Que li aconsellava un temps de deixar assentar les coses i d'obrir-se a totes les perspectives. Així, li vaig comentar d'alguna opció terapèutica, no curativa, però sí paliativa i amb pocs efectes secundaris. Després d'una setmana, va tornar dient que acceptava a provar. Jo li vaig llançar un repte: ell m'havia dit que havia perdut sentit tot a la seva vida, que no es sentia motivat a fer res, i que el seu "principal hobby" era pintar, però no tenia ni inspiració, ni forces, i no ho feia des de feia temps. Li vaig dir que

seguís el tractament proposat i que si tornava a pintar, que el primer quadre fos per a mi. De fet, tinc dos aquarel·les pintades per ell. Els primers 9 mesos va anar bastant bé, amb visites al nostre ambulatori molt freqüents. Tenia necessitat de comentar tots els seus símptomes: Era especial, com a bon empresari volia tenir tot sota control: sempre venia amb la seva agenda, en la qual escrivia amb tot tipus de detalls tots els seus símptomes, amb l'horari i la freqüència en què s'havien presentat. Jo sempre l'escoltava atentament per comprendre bé el símptoma i el pes que ell li donava, i intentava ajudar-lo i oferir-li una solució a cada cosa, de vegades de manera senzilla: canviant la dieta per un restrenyiment o aconsellant una tisana per meteorisme, etc. Ens vam anar coneixent més i m'explicava de les seves aficions i conviccions. Un dia, es va atrevir a preguntar-me si el ioga el podia servir. Jo li vaig explicar que alguns exercicis podien ajudar-lo. Després, poc a poc va anar empitjorant, fins que va tenir necessitat de transfusions. Encara que anava empitjorant i cada vegada estava més limitat, no va tornar a demanar mai més l'eutanàsia. Després de dues setmanes de l'última transfusió, van rebre la notícia de la seva defunció a casa. Havia passat un any i mig de la primera visita. Després d'això, li vaig escriure una carta a la família amb el condol, i dins em quedava el dubte si no hauria fet al final eutanàsia amb el metge de família. El fill em va respondre per correu tot seguit, agraint-me per l'atenció que li vaig donar al seu pare, i explicant-me que en aquest últim any i mig l'havien conegut realment, que sempre havia estat sever i gairebé rondinaire, però que amb els néts primer i amb els fills després, s'havia anat mostrant més afable, comprensiu i ric d'una experiència profunda, adquirida a través de moltes contrarietats, però de la qual ara era capaç de treure els valors positius, i que ho feien capaç d'entendre moltes coses. I sobretot, que havia mort tranquil, de mort natural envoltat de la seva família.

P: Hi ha molts pacients en el seu hospital que han demanat o demanen signar el Testament Vital? Creu vostè que els pacients estan ben informats sobre el tema?

R: A Holanda és molt discutit i conegut des de fa temps, i molts pacients ja ho tenien. Per donar-lo a conèixer havien enviat un formulari amb preguntes sobre donació d'òrgans i últimes disposicions per fer una base de dades nacional. El

percentatge de respostes no havia estat molt gran, però si va ajudar a conscienciar a molts de la necessitat de tenir les últimes disposicions per escrit. A Espanya veig que és sobretot en l'últim període que s'està difonent la seva existència. Encara em sembla que cal informació i diàleg perquè la gent pugui fer una decisió pròpia i no condicionada, ni pels mitjans, ni per l'entorn.

P: Quina és la pràctica habitual a Holanda davant els pacients que estan en coma irreversible?

R: Hi ha protocols clars en els quals es defineix la mort cerebral i llavors es desconnecten tots els mitjans d'ajuda artificial. Quan es tracta d'un estat vegetatiu, es valora l'ús de mitjans d'ajuda i la reacció de l'organisme, si s'emprenen mitjans extraordinaris per alguna afecció passatgera; llavors es defineix també el temps d'ús per valorar si veritablement és útil avaluar de nou la suspensió de la mateixa ajuda. Cal estar molt atents a evitar l'encarnissament terapèutic, però també atents a ometre mitjans que poden millorar la qualitat de vida temporalment. I no em refereixo només a mitjans extrems com respiració artificial, sinó a altres més comuns, per exemple: una infecció urinària repetitiva pot donar moltes molèsties, però no és letal, cal tractar-la encara que sigui continuadament; és diferent d'una broncopneumònia repetitiva, que requereix una cobertura antibiòtica molt perllongada.

P: Té o ha tingut vostè contacte amb els comitès d'ètica de l'hospital? Quina opinió li mereixen aquests comitès?

R: A Espanya no he tingut ocasió. A Holanda si hi he vist molta variació d'un hospital a un altre. Tot i que cada vegada més s'estan intentant estandaritzar els criteris. Alguns, he experimentat, van molt al detall, altres consideren més la qüestió globalment. Però tots bàsicament van a fons en les problemàtiques.

P: Pensa vostè que l'obligació d'un metge és mantenir sempre amb vida a un pacient, encara que tot sembli indicar que morirà en poc temps?

R: No, jo tenia un professor molt expert que ens deia: el pacient té dret a morir. I jo crec que és important per al metge (aquesta és, almenys, la meva experiència) poder mirar a la cara la impotència del límit i saber reconèixer quan no podem fer res més, i llavors aturar-nos i acompanyar al pacient i a la

família sense el sentiment de frustració. S'intenta no abandonar i deixar al pacient amb un altre del personal sanitari, si més no acompanyar-lo al pacient i als familiars. És molt important que ells visquin aquest últim període amb la persona estimada, perquè el comiat pugui donar la pau al pacient i als familiars. Per la elaboració del dol, després, és molt important. Moltes vegades veig com en els últims dies es resolen qüestions que han durat molts anys, o situacions doloroses, per exemple, que s'aconsegueixen perdonar.

P: Existeixen mitjans suficients en les unitats de cures pal·liatives per evitar el patiment dels pacients terminals sense necessitat d'accelerar el moment de la seva mort? O a vegades no hi ha més remei que intentar no allargar l'agonia?

R: No, ara hi ha molts mitjans per evitar el patiment i disminuir els símptomes que poden angoixar al pacient. No s'ha de escurçar la vida, però tampoc allargar l'agonia. Sempre cal valorar els símptomes amb els recursos de què disposem. Quan es preveu que un pacient està en els últims dies i hi ha símptomes que no reaccionen a la teràpia, es pot usar la sedació pal·liativa: s'entén per sedació pal·liativa l'administració deliberada de fàrmacs, en les dosis i combinacions requerides per reduir la consciència de un pacient amb malaltia avançada o terminal, tant com calgui per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris, i amb el seu consentiment explícit. Per exemple, en cas d'una disminució de la capacitat respiratòria fins a límits extrems, sense capacitat ja de resposta a la teràpia, la persona no té perquè morir asfixiada, la podem sedar abans i morir serena.

P: Quines són les actituds més freqüents que vostè ha observat entre els familiars d'un pacient terminal? ¿Que retirin els tractaments per morir a casa? ¿Que facin el possible per mantenir-lo amb vida?

R: És molt diferent, i depèn també de l'edat. Alguns prefereixen anar-se'n a casa i morir allí. La majoria, però, prefereix tenir la seguretat de l'hospital i que es faci el màxim que es pugui fins al final. Allà cal estar atents a no cedir a la pressió de la família i no aplicar tractaments que no serveixen. Jo veig que és molt important explicar bé tot a la família. I donar-los el temps que preguntin

tots els dubtes, ja que sempre hi ha una càrrega afectiva molt forta que han d'elaborar bé.

P: Ha treballat a l'hospital en alguna unitat especial de cures pal·liatives? S'encarreguen en aquest hospital de l'atenció domiciliària?

R: Jo a Holanda vaig treballar en una unitat de pacients amb pronòstic de vida curt, però major de 3 mesos, entre 6 i 12 mesos (els pacients amb un pronòstic de menys temps anaven al *hospicium*). L'acompanyament que feiem dels pacients i familiars era de llarga durada. No teníem atenció domiciliària. A Sevilla vaig treballar a l'hospital San Juan de Dios a cures pal·liatives, també sense atenció domiciliària. Però sempre m'ha agradat molt el poc que vaig fer de pràctiques. És molt especial tractar el pacient en el seu entorn i entrar en la seva vida diària.

P: Què creu vostè que s'ha de fer amb els pacients que pateixen una malaltia incurable, però no terminal, que els causa dolor crònic i greus patiments psicològics que limiten la seva qualitat de vida, quan aquests pacients sol·liciten a un metge que els ajudi a morir?

R: Era precisament el repartiment que jo tenia (que nomenava mes a dalt). Alguns pacients m'ho demanaven. Però m'he adonat que és molt important ajudar-los a donar un sentit a la vida, a retrobar la força de viure cada dia, gaudir de les coses petites, de l'afecte dels seus, a valorar tot a la vida i donar el poc que ells podien, això els feia valorar-se. I oferir-los el suport psicològic per aconseguir-ho. Alhora que motivar tot l'equip per crear un clima en el servei d'ajuda tant al pacient com als familiars. El cas més difícil va ser una vegada amb un pacient amb un síndrome pulmonar crònic obstructiu i una capacitat respiratòria molt disminuïda; la seva limitació física era tan gran, que no aconseguia fer gairebé res. Tot i així, en els moments de més angoixa el sedàvem i el temps que estava despert podia aprofitar-ho i viure, i ho vam aconseguir motivar durant molt de temps, fins que d'una infecció es va morir. Jo sempre acompanyava als meus pacients, i els deia que en el moment que volguessin l'eutanàsia es podia fer, i que es començaria tot el protocol que preveu la llei, però que com jo no la feia, els passaria a un company que ho portaria endavant. Durant el període que jo els vaig tractar, cap m'ho va

demanar. Jo no els hi deia als meus pacients perquè jo no practico l'eutanàsia, però és perquè crec que, si jo ajudés algú a morir, en aquest mateix moment alguna cosa dins meu moriria també. I jo no puc anar contra mi mateixa. I a més, sé que els puc ajudar amb totes les cures paliatives. I que quan és tot un equip que s'obstina (metge, infermera, auxiliar, psicòleg, assistent social, secretària, etc.), s'aconsegueix ajudar. Jo sempre li he donat molta importància a formar equip i a treballar a gust amb tot el personal d'un repartiment: si anem tots en la mateixa direcció, la força és gran, de manera que cal donar-li tant d'esforç a la cura dels pacients com al temps de crear bon ambient en l'equip.

P: Arriba un metge oncòleg a familiaritzar-se amb el fet de la mort? Com ho viu vostè a nivell personal?

R: Mai et pots familiaritzar amb la mort. A mi sempre em toca dins, visc amb els meus pacients les seves llums i ombres. He après a no negar el sofriment de l'altre, a acollir-lo amb ell o ella, i acceptar-ho i veure junts com podem fer, a fer servir tota la meua creativitat per trobar petites solucions. El acceptar la impotència, el saber estar "en una situació incòmoda" em sembla molt important i un repte diari. Després, també he après a fiar-me que cada persona està davant de la seva malaltia i pot trobar recursos per a mi desconeguts, de manera que no es pot caure en una actitud paternalista, sinó donar-li a l'altre tota la dignitat, però oferint tot el que es pugui. El meu pare sempre m'ha ensenyat: "Cada nit, a l'anar al llit, pregunta't: He fet pels altres tot el que podia? Si és així, queda't tranquil·la". I això m'ajuda encara avui. Crec que és molt important això en la vida, i com un vegi la seva pròpia mort per poder afrontar-la amb els pacients. Jo sóc una persona creient, però alhora, em sembla i considero que tot el que és humà ens toca a tots. Crec que formem una gran família, la família universal, tots som germans fills d'un mateix Pare, i així hem de comportar-nos. I he vist que encara que costi, perquè reps molts contratemps, sempre surts guanyant. Intento tractar així als meus pacients i als meus companys i col·laboradors.

P: Què preferiria que fessin amb vostè els metges en el cas que es trobés en fase terminal amb grans patiments?

R: Que em demostressin seu interès, com si fos un familiar seu, aliviant-me amb tots els mitjans al seu abast. I que em demostressin que estaven fent tot el que sigui possible. Que no em fessin sentir sola i tampoc que m'abandonessin a la meua sort.

P: El metge procurar conservar la vida del pacient tot i que aquesta vida sigui d'enorme patiment, o ha de prevaler la conservació de la qualitat de la vida?

R: Ja ho vaig dir abans, s'ha de valorar sempre com conservar la qualitat de vida i acompanyar al pacient i la família a viure cada fase de la malaltia. La solitud i el desinterès fan mal tant com el dolor físic. Ja de per si, el pacient i/o la família, davant la impotència d'una malaltia, intenten buscar un culpable de que les coses no vagin com ells han pensat; si a sobre no es demostra empatia, llavors és tot molt més greu.

P: Creu vostè que s'ha de canviar la llei per permetre als malalts demanar i rebre el suïcidi assistit per un metge, sempre que els malalts conservin totes les seves facultats mentals i independentment de si la malaltia és terminal o crònica?

R: Em sembla que és un fracàs de la societat el tenir una llei així. És una societat que no és capaç d'ajudar a una persona en el seu aspecte relacional, que és essencial en cada ésser humà; que no és capaç de donar un sentit a una vida. És una societat pobra. Els problemes no s'acaben perquè els traiem del mig, cal afrontar-los. Si una persona està tan desesperada per un sofriment com per voler l'eutanàsia, en realitat està molt sola en el seu sofriment, i no és el sofriment físic (ara, com deia, tenim molts mitjans per combatre'l), sinó el patiment psicològic que la pot portar a una decisió així. I aquí la calor humana, el sentir que és important per a algú, necessari, amb un valor, pot ajudar molt. I després, parlar de que el pacient ha d'estar en totes les seves facultats, és relatiu: totes les seves facultats... potser sí cognitives, però no afectives.

P: Creu vostè que si s'ampliessin els marges legals de l'eutanàsia es podria abusar d'ella?

R: Sempre es pot abusar. Però jo sóc de l'opinió que una llei així, ja de principi, no és justa.

P: Hi ha en la doctrina cristiana actual alguna posició oficial respecte de l'eutanàsia? Està vostè d'acord amb ella?

R: Precisament, el passat 16 de novembre el Papa Francesc va fer un discurs a la presidència de l'Acadèmia Pontifícia amb ocasió de la Reunion Regional Europea de l'Associació Medica Mundial sobre qüestions del final de la vida. Aquí se l'adjunto perquè la llegeixi. Jo estic d'acord amb ell.

9. Entrevista a la presidenta de l'Associació Dret a Morir Dignament (Catalunya) i a una doctora de l'Associació.

Mentre preparava la finalització del treball, vaig aconseguir una entrevista molt important. Vaig anar a l'Associació de Dret a Morir Dignament (DMD), on em van facilitar el contacte de Nani Hidalgo, la vicepresidenta. Nani, al no poder concedir-me finalment per problemes d'agenda una entrevista, em va facilitar el contacte de la presidenta, Isabel Alonso Dávila, qui em va dedicar encantada el seu temps. Vaig tenir la sort, també, que en aquell moment es trobava a l'associació Glòria Cantarell Barella, metgessa jubilada amb molta experiència en medicina pal·liativa. Així doncs, vaig poder efectuar una doble entrevista.

Isabel Alonso, nascuda a Salamanca, ha estat professora d'història durant 33 anys, i actualment és la presidenta de l'Associació de Dret a Morir Dignament de Catalunya. Va començar la seva carrera a València i la va completar a Granada, i molts dels seus estudis i publicacions estan centrats en

els moviments de reeducació pedagògica per reivindicar la igualtat de drets entre homes i dones, i la participació de les dones en el curs de la història.

La Dra. Glòria Cantarell Barella és especialista en medicina Interna per la Universitat Autònoma de Barcelona. Amb més de 35 anys d'experiència professional, ha exercit tasques assistencials en Atenció Primària com Metge de Família a la Mútua Sabadellenca d'Assegurances i posteriorment a la Corporació Sanitària del Parc Taulí de Sabadell, on ha desenvolupat la major part de la seva activitat professional. Ha estat responsable de l'àrea mèdica en la planificació i posada en marxa de diverses àrees hospitalàries: Consultes Externes, Admissions i Medicina Comunitària. També ha participat en el disseny i posada en marxa de diversos programes assistencials per a pacients amb un pronòstic especialment complex. Ha coordinat durant molts anys un equip multidisciplinari per a l'assistència de pacients amb Esclerosi Lateral Amiotròfica (ELA), i amb l'ajuda de l'equip de professionals i la direcció del hospital, va desenvolupar i va mantenir durant més d'una dècada la Unitat de Cures Pal·liatives de la Corporació Sanitària del Parc Taulí de Sabadell. Ha estat Cap de la Unitat Funcional Interdisciplinària Soci-Sanitària (UFISS) de l'esmentada Corporació durant 15 anys. En els últims anys, ha col·laborat en diversos estudis multicèntrics. L'any 2011 va ser cofundadora de l'empresa Equip Privat d'Atenció Pal·liativa "EPAP", scp i directora d'aquesta empresa, fins a l'any 2015.

PREGUNTA: Quina és actualment la funció de l'associació?

RESPOSTA (Isabel): Doncs mira, aquesta associació es diu Dret a Morir Dignament i va néixer a l'any 1984. La seva funció és defensar els drets de la persona al final de la vida. Nosaltres defensem la llibertat individual per triar també el moment i la manera de morir, especialment si es té alguna malaltia greu, és a dir, si es té alguna malaltia amb molt de patiment. Nosaltres també anem més enllà i pensem que la llibertat humana s'ha de mantenir durant tota la vida, llavors defensem la llibertat i el dret individual a la llibertat de les persones, en concret al final de la vida.

P: De quina manera s'entén l'eutanàsia aquí?

R (Isabel): Hi ha una definició d' eutanàsia, i és molt important, que pots consultar a l'Informe sobre l'eutanàsia i el suïcidi assistit del Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya. Eutanàsia ve del grec, que vol dir “bona mort”, però, atenció, inclou, perquè sigui eutanàsia, que ha de ser una mort produïda per un altre, a demanda sempre de la persona, és a dir, si no ho demana la persona seria un homicidi per compassió. Ha de ser a demanda reiterada d'aquesta persona, per escrit normalment. Als països que és legal, hi ha una sèrie de condicions, llavors la demanda s'ha de fer per escrit, s'ha de fer reiteradament, per exemple hi ha uns terminis per repetir la demanda, i parlem d'eutanàsia quan és una altra persona, el metge, el que posa la substància letal. Si és la mateixa persona la que amb una recepta del metge pren la substància letal, ja no es considera eutanàsia sinó suïcidi mèdicament assistit. És a dir, és la persona la que es treu la vida, però amb l'ajuda d'un metge perquè aquest li dóna la recepta del producte.

P: Si un malalt es dirigeix a vostès i us demana que se li ajudi a morir, què feu o què s'hi fa?

R (Glòria): Nosaltres el primer que fem és saber què està passant. Ha de ser un malalt que tingui un patiment intens, ja sigui físic o psíquic, perquè el patiment psíquic és igual d'important que el físic. Llavors mirem amb ell totes les opcions que hi ha, i depèn del tipus de malaltia, podem oferir-li primer que contacti amb el seu metge de capçalera, que contacti amb tractaments pal·liatius. Sinò, podem oferir un recull fiable de la informació que ja existeix per poder finalitzar la seva vida.

(Isabel): En aquest cas, les persones que venen aquí a demanar informació, que normalment sol estar relacionada amb el document de voluntats anticipades, i que ja venen amb un problema en concret, han de ser sòcies de l'associació, ja que una persona que es fa sòcia vol dir que comparteix la nostra filosofia, el nostre punt de vista, sinó no es dóna la informació. A més, han de ser sòcies durant tres mesos, o sigui, no volem que vingui una persona en un moment irreflexiu. Glòria Cantarell, que es metgessa de pal·liatius, ara jubilada, té molta experiència per aconsellar bé a la gent. També hi ha gent que tenen malalties, que es poden solucionar en alguns casos legalment; per exemple, aquí a Espanya, la llei catalana del 2000 i la espanyola del 2002 diuen que

tenim dret a rebutjar un tractament. Si ve una persona que està viva perquè està rebent un tractament, per exemple una diàlisi, doncs aquesta persona sí que té una sortida legal a Espanya. Rebutjar un tractament és un dret que tenim des de la llei d'Ernest Lluch del 1986; el que passa és que segons aquesta llei, si rebutjaves al tractament havies de demanar l'alta hospitalària. Des de l'any 2000 ja no és així, perquè la llei deia que no podies acceptar qualsevol altra sortida i que havies de deixar l'hospital, però ara hi ha la solució dels pal·liatius. Es pot rebutjar un tractament curatiu. És, per exemple, el que li passa al protagonista de la pel·lícula *Truman*, que decideix deixar de rebre tractament pel càncer que pateix. La mort normalment és un procés, o sigui, només el 30% de la gent mor de forma sobtada sense dolor; l'altre 70% estan en el procés de la mort. Llavors, quan prens la decisió de no seguir amb el tractament, perquè tens una malaltia que es terminal, és a dir, que saps que vas cap a la mort, amb el pas del temps pots decidir que com el càncer ha evolucionat, no només no vols rebre més tractament, sinó que a més t'agradaria rebre una eutanàsia o que algú t'ajudes a efectuar un suïcidi mèdicament assistit. L'eutanàsia i el suïcidi assistit no són legals a Espanya, però donar informació sobre aquestes pràctiques no està penalitzat. L'article 143.4 del Codi Penal, diu que el que està penalitzat és l'ajuda necessària, i donar informació no és ajuda necessària. Per tant, com diu la Glòria, nosaltres sí que podem donar informació.

P: Tot això del rebuig al tractament, és coherent amb l'eutanàsia passiva?

R (Glòria): Allò ja no existeix, per sort. Fa uns anys es parlava d'eutanàsia activa, eutanàsia passiva i altres formes d'eutanàsia. Tot això ha deixat d'existir, ja que els Comitès de Bioètica s'ho han estudiat molt. Només existeix l'eutanàsia activa, que com ha dit la Isabel, consisteix en la injecció letal que posa un metge a un malalt que ho ha demanat reiteradament. Lo altre, que és no acceptar un tractament o retirar-lo a una persona que ho ha deixat per escrit i que realment desitja no continuar per aquest camí, èticament i legalment correcte, no té a veure amb l'eutanàsia, sinó amb els drets ja assolits dels pacients.

(Isabel): De tota manera hi ha gent que diu que és una hipocresia, perquè per exemple una sedació profunda també porta a la mort. La diferència, però, és

que tu sedes a una persona perquè no pateixi. Si aquest patiment és tan gran que l'has de sedar molt, la mort s'avançarà, però tu l'estàs sedant pel patiment. L'eutanàsia és que tu poses un producte per morir, aquí radica la diferència. Llavors, nosaltres defensem que estigui obert tot l'abanic de possibilitats, perquè defensem la llibertat de l'ésser humà per decidir. Ara, en aquest moment, aquí a Espanya és molt important aquesta diferència, perquè una cosa és il·legal i l'altra no. Hi ha uns dolors anomenats refractaris, que són uns dolors que no es pot fer res per controlar-los; per tant, s'aplica la sedació pal·liativa profunda, que no és una forma d'eutanàsia.

(Glòria): El que mata a una persona és la seva malaltia. El que sí és possible dir és que amb la sedació avancem aquesta mort, però el que volem és donar qualitat al final de la vida, no quantitat de vida amb una pèssima qualitat (dolor, ofec, etc.).

(Isabel): A més a més, sembla ser que la sedació és reversible, és a dir, si tu deixes de sedar una persona, aquesta es desperta una altra vegada. L'eutanàsia consisteix en posar un producte per efectuar una mort indolora i ràpida, i en això ja no pots tornar enrere, o sigui, ho has de fer tenint claríssimes totes les coses. Parlem de persones que estan malaltes, que estan en un procés de mort, ja al final de la vida. Llavors, sis mesos abans de que es produeixi la mort de forma dolorosa, de forma terrible, passant una agonia durant aquest temps, decideixen marxar. Ja et dic, nosaltres defensem que el nostre cos és nostre, i que decidim nosaltres.

P: I aquesta opció, és una pràctica habitual a tots els hospitals?

R (Isabel): Aquí a Catalunya, sí. Nosaltres sempre diem que no podem fer l'estadística general, perquè si hi arriba gent a la DMD, és perquè les coses no estan funcionant bé. O sigui, la gent que està en un procés de sedació, ben portat pels metges, amb acord de la família, no busquen informació sobre la DMD, sinó que la cerquen aquelles persones que el seu entorn es veu molt confrontat, és a dir, la família opina diferent, o que no accepta la voluntat del malalt. Això ens dóna força per lluitar per totes les llibertats. El cas de Ramón Sampedro, que és un exemple que sempre posem, no tindria solució amb les lleis actuals de sedació. No era un malalt terminal, sinó una persona tetraplèjica que podia haver viscut fins els 80 anys o més.

(Glòria): En els malalts d'ELA, els que volen arribar fins al final, no hi ha cap problema, perquè se'ls aplica cures pal·liatives, amb tot el confort, etc. No obstant, el tractament pal·liatiu no ajuda a les persones que no vulguin continuar la vida.

(Isabel): Jo estic en aquesta associació per com va ser la mort de la meva mare. Jo no vull ni per mi, ni per ningú, el procés de la meva mare. Era una dona poderosa, conduïa, feia de tot, fins que als 82 anys comença un procés d'alzheimer que li dura fins als 92, quan es mor. Aquests deu anys van comportar la transformació d'una persona que tenia la seva autonomia, en una persona absolutament dependent. Però a més, en el cas de la meva mare, no sé si és perquè era una persona molt activa, això va ser una tortura. Llavors, jo per exemple, una de les tortures que recordo que fèiem a la meva mare, era banyar-la obligatòriament, perquè ella, que havia sigut sempre super neta, no es volia rentar. Llavors, deixar nua a una persona que no vol, ficar-la a la dutxa amb uns crits que ho fan més difícil, és un procés que jo no vull per a mi. O sigui, jo, si tinc un alzheimer, si continuem amb les lleis d'ara, no voldria que em fessin cap tractament curatiu. Voldria morir-me de forma natural, com es moria abans. Ja els hi he comentat a la meva família que en el moment que jo no els pugui reconèixer, la meva vida no tindrà dignitat. Cada persona té la seva idea de què és una vida digna. Per a mi, la dependència total no comporta una vida digna.

(Glòria): La cosa és, en aquests malalts, si han fet el seu document de voluntats anticipades dient que no volen el tractament. Per exemple, si una persona té una pneumònia, que no tractem amb antibiòtics, però que pateix d'ofec, sí que hem de tractar-li aquest ofec, cosa que es fa amb morfina. Llavors, es converteix en tractament pal·liatiu.

(Isabel): Ara ja tenim aquesta sèrie de possibilitats, ho hem de reconèixer, tenim aquests drets per exercir-los. A més a més, nosaltres lluitem per tenir totes les possibilitats, com les tenen a Bèlgica, Holanda, Luxemburg, Suïssa, Canadà, Colòmbia i a sis estats dels Estats Units. La eutanàsia està legalitzada en Bèlgica, Holanda, Luxemburg, Canadà i Colòmbia. A Suïssa no està penalitzat el fet d'ajudar a morir, però no està legalitzada l'eutanàsia. Només es pot assistir al suïcidi mèdicament, el mateix que es pot fer als estats dels Estats Units.

P: Amb quins arguments es pot defensar la legalització de la eutanàsia?

R (Isabel): Sobretot la llibertat de l'ésser humà per decidir, especialment en cas de malaltia i en cas de dolor. Hi ha altres raons, per exemple, que el 84% de la població espanyola està a favor de la legalització, i només el 7% està en contra. L'altre 12% és indefinit, és a dir, no es decanten per cap costat. Nosaltres sempre diem que segons la llei actual, aquest 7% té segregada la llibertat de l'altre 84%. També diem que un dret no és una obligació. Per exemple si hi ha dret a l'avortament, això no vol dir que sigui obligatori avortar. Mai s'obligarà a una dona a avortar si ella no vol, encara que s'hagi quedat embarassada sense voler. El mateix passa amb el dret del casament homosexual. Això és un dels arguments, és a dir, una llei que dóna drets nous, no és una obligació per ningú. Llavors, el que no pot ser és que una minoria ideològica de la societat tingui segregada la llibertat de la majoria. Després hi ha més arguments, com per exemple els que es deriven de casos concrets. Per exemple, el cas de José Antonio Arrabal, del que podeu veure un vídeo a Internet, que va passar el febrer d'aquest any. Veus a una persona que està malalt d'ELA, que està comentant el perquè ha decidit la mort, i veus que és indiscutible el que diu. L'argument fonamental és que hi han casos que demostren que això és una sortida que de veritat volen algunes persones. Si mires l'enquesta de Metroscòpia per votants dels partits polítics, s'observa que el 66% dels votants del PP, estan a favor de l'eutanàsia, és a dir, també una majoria dels catòlics practicants. Hi ha una cosa, i és que la gent que té diners pot anar a Suïssa a morir. Passa el mateix que abans amb l'avortament, que podies anar a Londres o a Àmsterdam. Ara, com que a Suïssa no està penalitzat, hi ha una associació que es diu Dignitas, que ajuda a morir també a persones no suïsses. També diuen que si tens un amic metge, no t'has de preocupar, perquè no patiràs, ja que suposa que aquest amic t'ajudarà. Jo sempre dic que només aplicant l'Article Primer de la Declaració dels Drets Humans, que diu que naixem lliures i iguals en dignitats i en drets, ja tindriem l'eutanàsia i el suïcidi assistit. Perquè abasta la llibertat al final de la vida, la igualtat i la dignitat humana, que és una qüestió molt personal, ja que cadascú sap fins a on arriba el seu concepte de dignitat.

P: Aquest és l'argument de la dignitat de la vida, no? És a dir, que la vida no ha de ser considerada un bé sagrat, intocable, sinó que el més important és la dignitat de la vida.

R (Glòria): Exacte, la vida és un dret però no és un deure, és a dir, no tenim la obligació de viure.

(Isabel): També hi ha una argumentació filosòfica darrere de tot això, des de fa segles, que és molt interessant. Filòsofs com Hume o Montesquieu també van fer al·lusió a aquest tema.

P: En cas de ser aprovada l'eutanàsia argumentant que es fonamenti en la dignitat de vida de la persona o en la dignitat de la seva mort, qui definirà què és digne i què no ho és?

R (Isabel): Hi ha un llibre d'un metge català, que es diu Marc Antoni Broggi, el títol del qual és *Por una muerte apropiada*, que m'agrada moltíssim. El concepte de dignitat curiosament, és un concepte que té origen en el cristianisme. Perquè si Déu si va crear l'home a la seva imatge i semblança, aquest és un ser lliure i pot pecar. Aquest terme està lligat a l'autonomia i a la llibertat. Definir la dignitat és difícil, però dir "això és indignant" o "això no és digne de l'ésser humà", ho tenim claríssim. Cada persona ha de definir el seu concepte de dignitat i llibertat. Una mort serà digna quan més s'apropi al concepte de llibertat i de dignitat que tingui aquella persona. El concepte de dignitat ho tenim ben clar també aquí, al Comitè de Bioètica de Catalunya: la idea és que està lligat al concepte de llibertat i al concepte d'autonomia. Qui definiria què es digne? Doncs, els Comitès de Bioètica. Sembla ser que el 70% de nosaltres volem morir a casa, però el 70% moren a l'hospital. Llavors, arribarem a morts més dignes quan quantes més persones de les que vulguin morir a casa ho aconseguixin.

P: L'eutanàsia es pot considerar un problema mèdic?

R (Glòria): Més que mèdic, és un problema de voluntat, de dignitat, de llibertat. Es pot considerar un problema ètic. La ètica el contempla, però és més una qüestió de la llibertat humana. Tal com dèiem abans que l'eutanàsia és un dret i no una obligació, el metge també pot decidir no ajudar a una persona a morir.

Però no es poden desenvolupar del tema; com a persones, s'han de qüestionar realment què pensen i què poden fer.

(Isabel): Ara, el que sí que passa, és que els col·legis de metges i normalment les associacions mèdiques, s'oposen al tema. L'altre dia, a Brussel·les, el president de la associació holandesa va dir que la Royal Academy of Medicine d'Holanda estava a favor de l'eutanàsia i que, segons ell, era l'única associació mundial que ho havia declarat públicament. Amb la llei que va presentar Podemos, es va plantejar aquest tema, i sembla ser que si no es respecta l'objecció de consciència, segurament algú portarà el tema als tribunals. Això, el nostre president de l'Associació Federal, que es diu Luis Montes i que és metge jubilat, diu que una solució, que per cert també serviria per l'avortament, és que les llistes d'objectors als hospitals siguin públiques. És a dir, que l'administració sàpiga que ets un objector. Això també significa que si en un hospital tothom és objector, doncs passarà per davant de tu el funcionari o el metge que no sigui objector. Sempre dic que si es fes això, solucionariem molts dels problemes de l'objecció de consciència, i garantiríem un bon servei.

P: L'eutanàsia pot ser un recurs més de la medicina pal·liativa?

R (Isabel): Sí. Ara a Bèlgica, on es va fer la llei d'eutanàsia i dels tractaments pal·liatius al 2002, tenen una idea de tractaments pal·liatius com els millors del món. Un investigador de la Universitat Lliure de Brussel·les que es diu Joachim Cohen ens va explicar, amb dades estadístiques, com als centres de pal·liatius de Bèlgica es realitzen també eutanàsies. Per les estadístiques està demostrat claríssimament que pal·liatius i eutanàsia van de la mà, és a dir, poden anar de la mà. L'eutanàsia està dintre dels pal·liatius, és un recurs més, però no sempre ha estat així. Sembla ser que l'origen dels pal·liatius va ser com una resposta dels més catòlics dintre de la salut, per dir que no era necessària l'eutanàsia. Una altra cosa de Bèlgica és que hi ha una ordre de franciscans, perquè Bèlgica és un país catòlic, que tenen centres assistencials, hospitals de pal·liatius, etc. Aquests franciscans, quan arribava un malalt que estava en la seva clínica de pal·liatius i demanava l'eutanàsia, l'havien de traslladar a un altre lloc. Un dia, però, aquesta ordre va decidir també fer eutanàsia. Van dir que ells, com a bons cristians, no traslladaran a una persona que està en la seva clínica per fer-li l'eutanàsia en una altra. Llavors, és interessant veure com

en els països que està legalitzada l'eutanàsia, aquesta contraposició entre pal·liatius i eutanàsia no existeix.

P: En comparació amb altres països de Europa, és actualment suficient a Espanya el servei de medicina pal·liativa? Tots els pacients poden rebre tractaments pal·liatius?

R (Glòria): No, és un problema. Aquí, a Catalunya, estem millor, perquè s'han potenciat molt les cures pal·liatives. Però, al conjunt d'Espanya, només el 50% de les persones que podrien rebre tractaments pal·liatius els reben. I si mirem tractaments pal·liatius de qualitat, aquest nombre disminueix molt més. Inicialment, els tractaments pal·liatius eren per als malalts de càncer, perquè eren els que tenien més dolor. Però és clar, tothom es mor, i no tothom es mor de càncer. Tothom té dret a morir bé, tingui la malaltia que tingui. Llavors, clar, els malalts que tenen malalties cròniques, que en un moment determinat es reubiquen, i amb els que s'han de prendre decisions en aquells moments, són els que moren al hospital amb una sobreactuació mèdica que, a vegades, no està gens justificada. Nosaltres sempre diem, i en cures pal·liatives això és bàsic, que hem de posar a la balança l'esforç terapèutic amb el benefici esperat i la voluntat de la persona. S'ha de millorar molt el servei de pal·liatius, però com diu l'Isabel, això no està contraposat.

(Isabel): Parlant de dignitat, hi ha gent que, per exemple, el seu concepte de dignitat té a veure amb el record que deixaran. Un dia, va venir un senyor de 90 anys, que estava impressionantment bé, a una xerrada. Encara feia excursions amb els seus néts, i els ensenyava a conduïr, i deia que si ell tingués una malaltia, voldria que els seus néts el recordessin com és ell en aquest moment, no com a una persona demacrada per una malaltia. A mi la idea que se'm va quedar de la meva mare, era una persona super malalta i en degradació, i després, en recuperar les seves coses i mirant les fotos de temps anteriors, vaig anar recuperant la visió de com era ella realment.

(Glòria): Aquesta confrontació pal·liatius-eutanàsia no té cap sentit. Tots lluitem per un final de vida lo més digne possible, fins a la mort. Però aquest final de vida, cadascú ha de poder decidir com el vol viure.

(Isabel): No sé on, però em recordo que vaig llegir que cada persona és la seva biografia. Però és clar, una persona molt malalta, molt demacrada per la malaltia, ja no és aquesta biografia.

P: Creuen vostès que la societat està preparada per acceptar plenament l'eutanàsia?

R (Isabel): Si busques l'enquesta de Metroscòpia sobre l'eutanàsia, veuràs que el 84% de la població espanyola va respondre sí a la pregunta directa de si estarian d'acord amb que es legalitzés l'ajuda mèdica a morir a una persona que ho demana. La societat està super preparada, perquè en aquest país el debat el va començar Ramón Sampedro, i des d'aquell moment molta gent s'hi

va posicionar a favor. Hi ha un estudi a la revista *The Economist*, que diu que França i Espanya són els països en que l'opinió de la seva població i les seves lleis estan més distants. O sigui, que tenim una població molt majoritària a favor, i unes lleis contràries. El PSOE, per exemple, sempre ha dit que hi estava d'acord però que encara no era el moment. Ara, al



congrés de Juny del PSOE, quan sortí investit Pedro Sánchez, ja van dir que s'hi comprometien clarament. Han redactat una proposta, i a més a més ja s'han produït reunions per presentar-la conjuntament amb altres partits. Resumint, que amb una mica de sort, segurament tindrem una llei d'eutanàsia aviat.

Conclusions.

Aquest projecte ha estat ambiciós des d'un principi, però a mesura que s'ha anat investigant sobre l'eutanàsia, s'ha pogut constatar la complexitat del tema, així com la dificultat per fer generalitzacions en aquest àmbit, a causa del fet que cada cas particular presenta característiques diferents. Prova d'això és que tots els entrevistats han fet referència a casos concrets, normalment relacionats amb la seva vida personal o familiar. És, per tant, complicat extreure conclusions de les declaracions dels entrevistats, però ho intentaré, tenint en compte també el que he après en la investigació del marc teòric d'aquest treball de recerca, que no és tant una investigació científica com una aproximació personal a l'estat de la qüestió de l'eutanàsia basada en el testimoni fiable d'uns pocs professionals als quals he tingut accés.

S'han pogut extreure moltes informacions sobre la necessitat de tenir al servei de salut un model de medicina pal·liativa avançada, per tal de poder evitar tots els patiments possibles. Les entrevistes a professionals amb molta experiència en l'àmbit de la medicina, han aportat llum sobre l'exercici d'aquests tractaments. A més, la pràctica de les cures pal·liatives és també l'argument més utilitzat en contra de l'eutanàsia. Per exemple, tal i com va indicar l'oncòloga Pilar Fernández del Moral, l'eutanàsia no és necessària perquè pot ser substituïda per una bona atenció de cures pal·liatives.

Una de les conclusions més interessants que es poden extreure és que els tractaments pal·liatius poden portar a la mort natural del pacient sense necessitat de treure-li la vida mitjançant una dosi letal de fàrmac. Però el problema d'aquestes mesures és que perllonguen la vida als pacients, o, vist des d'un altre punt de vista, no la escurcen quan aquesta ja és inviable. Avui dia, la retirada de l'assistència artificial o mecànica, com ara els respiradors o l'alimentació intravenosa, és una pràctica comunament acceptada, i ja no és considerada una forma d'eutanàsia, sino una mesura més de les cures pal·liatives en malalts terminals, molts dels quals són traslladats dels hospitals als seus domicilis particulars. Encara que s'ha de millorar bastant el model de pal·liatius a Espanya, sobre aquesta pràctica s'ha pogut concloure que:

1- Existeix evidència a nivell nacional i internacional de la utilitat i eficiència dels programes integrals de cures pal·liatives en termes de qualitat de vida, mort digna i satisfacció dels pacients i familiars.

2- Els programes i intervencions en cures pal·liatives estan dissenyats d'acord a les necessitats i preferències dels pacients, al voltant dels quals està organitzada la provisió dels mateixos, contemplant per a això les diferents ubicacions, nivells d'atenció i graus d'especialització o complexitat possibles.

3- Està garantit també l'accés a programes de cures pal·liatives de qualitat a tots els pacients durant les fases avançades i terminals de la seva malaltia i l'atenció al domicili, sempre que les preferències, existència de suport familiar, condicions del pacient i complexitat de les cures ho permetin; s'ha de considerar com el nivell ideal d'atenció de malalts terminals, de manera que el pacient romangui el major temps possible integrat en el seu entorn.

Ara, doncs, ens proposem a contestar les preguntes plantejades al principi d'aquest treball, que van motivar les hipòtesis proposades en la introducció¹², i observar així si aquestes s'han confirmat, o per al contrari, han quedat refutades.

- Hipòtesi 1: *Les pràctiques d'eutanàsia són realitzades de forma clandestina i per recomanació del metge, tot i estar considerades il·legals.*

Tenint en compte que el concepte d'eutanàsia fa referència a l'aplicació d'una injecció que conté una substància mortal, i atenent a les referències de l'anestesiòloga Maria Teresa Bovaira, és difícil establir si aquesta hipòtesi queda confirmada o refutada, ja que la pràctica més habitual realitzada pel metge, influenciat per les necessitats del pacient o per la família d'aquest, és l'aplicació d'una sedació pal·liativa profunda, amb unes dosis de fàrmacs elevats. Això no comporta una injecció que té com a finalitat principal la mort, sinó la necessitat de pal·liar els símptomes del pacient, escurçant, això sí, el període de la seva vida.

Seria necessari portar a terme una enquesta anònima entre els metges per conèixer el nivell o el percentatge d'ús d'aquesta pràctica. El que sembla clar, és que l'eutanàsia no s'aplica a malalts no terminals, com tetraplègics o malalts d'ELA, ni tampoc en la modalitat de suïcidi assistit.

¹² Veure pàgina 7.

- Hipòtesi 2: *La decisió d'efectuar el procés d'eutanàsia recau sobre els familiars, partint d'una recomanació del metge.*

Agafant un altre cop com a referència el procés anterior, arribem a la conclusió que la decisió recau sobre la família, que al veure al pacient sense capacitat per decidir i patint grans sofriments, acaba demanant al metge que se li retiri el tractament o que se li apliqui una sedació profunda. Existeix, això sí, el Document de Voluntats Anticipades, que és la declaració de les últimes voluntats a l'abast dels pacients. Es tracta d'un testament vital que es basa en una autorització del pacient a no perllongar-li artificialment la vida, en cas que aquest es trobi en estat terminal. Quan no existeix voluntat expressa del pacient és quan es recorre als familiars, i és sempre el metge en cap qui ordena als metges de tractaments pal·liatius i als anestesiològs actuar d'una manera o d'una altra. Per tant, podem dir que aquesta hipòtesi queda confirmada.

- Hipòtesi 3: *Els malalts no sofreixen tant degut al servei de medicina pal·liativa.*

Com s'ha esmentat abans, encara que el servei de medicina pal·liativa és un recurs molt necessari i eficaç i ha avançat moltíssim, pot ser també una trampa, doncs pot ser que sigui utilitzada per evitar la mort, més que per produïrla. S'ha de fer al·lusió als arguments dels contraris a l'eutanàsia (en el nostre cas, els de la metgessa catòlica Pilar Fernández del Moral): si hi ha una bona medicina pal·liativa, l'eutanàsia no és necessària. Té sentit estar sis mesos o un any subministrant cures pal·liatives a un malalt que es morirà? Per l'oncòloga Fernández del Moral, estava molt clar. Per ella, sí, doncs al·lega amb molta claredat i diversos exemples que durant aquell temps la vida pot perfectament ser digna, però és de suposar que en la majoria dels casos els pacients no n'estan ni tan sols conscients, o tenen les seves facultats cognitives clarament afectades, com és el cas dels pacients amb alzheimer o pàrkinson.

Els tractaments pal·liatius responen bé a la seva finalitat, que és sempre intentar mantenir al pacient lluny dels patiments. Podem concloure, llavors, que aquesta hipòtesi també queda confirmada, tot i que això no vol dir que la medicina pal·liativa sigui utilitzada sempre de la millor manera possible.

- Hipòtesi 4: *No tothom pot gaudir del dret a una mort digna.*

Per tractar aquesta hipòtesi es necessita fer al·lusió primer al concepte de mort digna. Una mort és digna quan més s'apropa al concepte de llibertat i de dignitat que tingui una persona, ens va dir Isabel Alonso. Tot i ser un concepte bastant relatiu, s'ha pogut saber que una persona amb dolors físics sí en podria gaudir d'una mort digna, però en el cas d'una persona que pateix dolors psíquics, és a dir, sofriments relacionats amb processos de depressions o altres malalties mentals, no tindria aquest dret.

Els tractaments pal·liatius s'utilitzen quasi exclusivament amb malalts de càncer, però haurien d'extendre'ls a tots els malalts terminals. La majoria dels pacients a Espanya moren en la UCI, que és la unitat de cures intensives, entubats, aïllats dels seus familiars i amb agonies que en molts casos són horribles. Encara impera entre els metges el principi hipocràtic de salvar la vida al pacient sigui com sigui, sense consideració a la dignitat de la vida en el seu moment final. Per tant, podem dir que la hipòtesi queda clarament confirmada.

Mentre no estigui permesa l'eutanàsia, sempre hi haurà gent amb altes rendes econòmiques que puguin permetre's anar a Suïssa a morir dignament en Dignitas, una de les empreses que faciliten el suïcidi assistit, tal i com va indicar Isabel Alonso.

- Hipòtesi 5: *Degut a la influència religiosa, legalitzar l'eutanàsia suposaria per a la població catòlica un atemptat contra el dret a la vida.*

La legalització de l'eutanàsia, tot i estar acceptada per la majoria de la població a Espanya, no està encara en funcionament perquè segueix suposant, per a molts creients, una forma d'atemptat contra el dret de la vida. Degut a que es tracta d'un país on la religió catòlica té certa influència entre els metges i lesgisladors, el debat polític sobre l'eutanàsia s'ha anat retardant durant dècades i encara segueix estant pendent de discussió, i si escau, d'aprovació legal. És, però, una qüestió també de drets individuals, i tot i que es pugin tenir discrepàncies entre els conceptes de dignitat en la vida i en la mort, sembla que molts catòlics no poden diferenciar encara aquesta pràctica d'una forma d'homicidi. Per tant, aquesta hipòtesi queda també confirmada, però amb reserves, tenint en compte que les enquestes indiquen una acceptació majoritària per part de la població espanyola, el que ens permet suposar que molts catòlics estarien avui d'acord amb l'aplicació de l'eutanàsia.

Després d'aquesta recerca, ens hem adonat que encara hi ha molt a investigar sobre aquest tema apassionant. Queden molts aspectes pendents d'aclariment, com és la ja esmentada qüestió de si les cures pal·liatives han d'incloure l'eutanàsia, si una excessiva tecnificació està prolongant inútilment moltes vides humanes o si el suïcidi assistit ha de ser també un dret humà a defensar amb els arguments relatius a la dignitat de la vida que s'ofereixen en el debat de l'eutanàsia. Des d'aquí apel·lem a la investigació futura per tal que es puguin anar debatent i aclarint totes aquestes qüestions.

Bibliografia.

Llibres:

- Comitè Episcopal, *L'eutanàsia: 100 qüestions*, Claret, Barcelona, 1993.
- Montes, Luis; Marín, Fernando; Pedró, Fernando; Soler, Fernando, *Què hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya la exigencia de una muerte digna*, Akal, Madrid, 2012.
- Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte*, Paidós, Barcelona, 1997.
- Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996.

Articles:

- Sensat, Rosa, "La mort, l'últim tabú a l'ensenyament", *Perspectiva Escolar* Núm. 393, Maig-Juny 2017.
- Associació Dret a Morir Dignament, "Una mirada a la historia de l'Associació", Catalunya, 2014.

Llocs web:

- Wilson, *La eutanasia*,
<http://m.monografias.com/trabajos59/laeutanasia/laeutanasia.shtml>. Últim accés: 15/07/17.
- Nelida, *Eutanasia: Historia, tipos de eutanasia, la iglesia ante la eutanasia*,
<http://www.monografias.com/trabajos98/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia/eutanasia-historia-tipos-eutanasia-iglesia-eutanasia.shtml>
Últim accés: 12/07/17.
- *Eutanasia y suicidio asistido en el mundo*,
https://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html. Últim accés: 12/07/17

- Pablo Ferrándiz, José, *El 84% de los españoles apoya el derecho a una muerte digna*, <http://metroscofia.org/muerte-digna/>. Últim accés: 29/06/17
- Pérez Oliva, Milagros, *La hora de la eutanasia*,
https://www.google.es/amp/s/politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.amp.html, Últim accés: 01/07/17.
- 20 minutos, *El mapa de la muerte digna en España*,
<https://www.google.es/amp/amp.20minutos.es/noticia/2571423/0/mapa-espana/muerte-digna-eutanasia/comunidades/#xxri=0>, Últim accés: 15/07/17.
- Zapata, Julián, *Once argumentos contra la eutanasia según el Islam*,
<http://blogs.eltiempo.com/confesiones/2007/04/09/once-argumentos-contrala-eutanasia-segun-el-islam/>, Últim accés: 22/07/17.