

EUTANÀSIA. LA PLURALITAT I LA MOBILITAT D'IDEES

Jacint Corbella i Corbella i Emili Huguet i Ràmia

El tema de l'eutanàsia planteja moltes qüestions i hi ha un debat obert a la societat. Aquí intentem contribuir a fixar, en part, la posició de l'Acadèmia.

La protecció de la vida ha estat un determinant de moltes actituds humanes i de la legislació que tradueix les idees de la societat. Ara estem en un període en què hi ha una gran mobilitat en aquest camp i apareixen enfocaments diferents que coexisteixen amb els anteriors. És un tema que crea un debat, en uns països més que d'altres. Fins i tot hi ha una certa confrontació.

Quan hi ha un nombre suficient de persones, una part important de l'opinió, que expressa idees diferents, pot ser difícil voler mantenir una postura uniforme i rígida, en contra de la pluralitat de les idees d'altres.

Aquí volem enfocar el tema des del punt de vista de la diversitat de criteris, de la mobilitat de les idees i de les influències que trobem en altres països.

LES SITUACIONS DE LA PATOLOGIA

Els canvis científics i tecnològics han fet que algunes circumstàncies i possibilitats en relació amb el període d'acabament de la vida hagin variat, principalment en dos aspectes que, en part, són complementaris.

1. Un deriva del progrés tecnològic directe. La possibilitat de mantenir unes funcions vitals de manera artificial. L'exemple més clar és la respiració assistida, però les possibilitats són més àmplies. Quan la possibilitat de supervivència és mínima, i l'únic que s'aconsegueix és allargar una situació que no es pot solucionar, s'ha arribat a parlar d'acarnissament terapèutic, del qual hi ha prou exemples coneguts.

2. En un altre extrem, hi ha el cas de persones amb un pronòstic de vida més o menys obert, però que tenen lesions que els impedeixen l'exercici de les seves funcions físiques o psíquiques. Exemples extrems poden ser el tetraplègic que necessita per força ajut extern, però pot mantenir la vida molt temps i amb ple coneixement. O bé la persona amb una demència intensa, que ja no coneix ningú, però que manté les funcions vitals àdhuc amb una considerable eficàcia.

Moltes d'aquestes situacions no són evidentment noves, però les possibilitats actuals, tant d'allargament de la vida com de millores tècniques, fan que arribi a tractar-se d'una qüestió freqüent.

Això ha influït en molts sectors de la societat i s'han cercat solucions quan la situació esdevenia un problema. S'ha arribat a la idea, per una part de la població, que no valia la pena continuar amb certes formes de vida quan comportaven una situació molt penosa o irrecuperable.

Així, s'ha plantejat la possibilitat d'algunes actituds concretes en front d'aquestes situacions. Tot i que els casos poden ser molt diversos, s'ha arribat a una classificació en tres nivells:

- El primer és insistir en la terapèutica quan aquesta ja és totalment ineficaç, tot i que encara podria allargar la vida, però per poc temps previsible i sense millora. És la idea de "deixar morir tranquil". Correspon al concepte més elaborat d'"eutanàsia passiva". Ara està plenament acceptat per sectors molt amplis de la població.

- Un segon punt es basa en l'administració de medicacions que disminueixin les molèsties, principalment el dolor, encara que algunes vegades els efectes secundaris siguin importants o àdhuc accelerin la mort. Un exemple clar és l'administració d'analgèsics en cas de dolors intensos, encara que tinguin com a efecte secundari una depressió respiratòria, com és el cas dels mòrfics. Teòricament, l'exemple és clar, però cada vegada més es poden aconseguir analgèsics amb eficàcia sense els efectes esmentats. Les unitats del dolor han fet progressos importants en aquest camp. Conceptualment s'ha definit com a "eutanàsia activa indirecta". La intenció és millorar el malalt, assumint el risc vital, però no acabar directament el procés.

- El tercer nivell considera la possibilitat d'acabar directament la vida del malalt quan la situació és extremament penosa o clarament irrecuperable. És la que s'ha considerat com a "eutanàsia activa" i és el tema que ara hem de considerar.

En un temps en què moltes persones es troben, o es preveu que es trobaran, en situacions d'aquest tipus, hi ha una preocupació estesa a la societat entorn d'aquests fets. Bàsicament es poden definir algunes situacions:

-Cas en què hi ha una reducció intensa de les funcions vitals, que necessiten terapèutica instrumental permanent (p.e. respiració assistida), amb disminució intensa del nivell de consciència (coma profund), amb diagnòstic de lesions que es consideren irrecuperables (lesions encefàliques), però que en un moment determinat recuperen el seu ritme respiratori espontani. Es converteix en una "vida vegetativa". Hi ha prou casos perquè el tema es discuteixi. En aquesta situació, el malalt no pot decidir per ell mateix.

-Cas en què les funcions físiques es mantenen, tot i que sovint amb pèrdua important, però hi ha un deteriorament mental important i progressiu que arriba a fer que ja no co-neguim ningú. És la situació, avui freqüent, de les demències avançades, sigui amb el diagnòstic de senil, Alzheimer, o una altra.

-Cas de les persones que han tingut un traumatisme greu, a nivell de columna cervical. Han quedat amb una paraplègia, però amb integrat de funcions mentals. Tenen una situació d'invalidesa absoluta, amb dependència total dels altres. Comporta una vida que en alguns casos és d'una penositat extrema.

Hem descrit tres situacions tipus de les quals hi ha exemples clars en el record recent.

LES POSICIONS PERSONALS DELS AFECTATS

Caldria diferenciar diverses situacions.

a) Persones que tenen un ple coneixement de la seva situació i expressen la seva opinió sobre si volen continuar un tractament i una assistència o no.

b) Persones que preveient que pot d'arribar el moment en què no tinguin possibilitat d'expressar la seva opinió respecte d'aquest tema, ho fan amb antelació suficient, de manera clara i si cal de manera repetida.

c) Persones que no poden expressar la seva opinió, però que no han fet mai cap indicació al respecte.

Ara ens referirem a les persones que han manifestat clarament la seva idea de no persistir amb tractaments insuficients i, si és el cas, que els ajudin a acabar dignament una vida que per a ells ja no té futur o és massa penós.

Les persones afectades poden estar en situacions diverses. En alguns casos són plenament conscients de la seva situació i poden voler algun tipus de solució. Una d'elles pot ser la d'acabar una situació que no té cap futur positiu per a ells. Però no tenen la capacitat física per a fer-ho. Volen acabar amb la seva vida, suïcidat-se, però no poden per impossibilitats física de fer-ho. Aquí el problema és si se'ls pot ajudar o no. Les posicions són diverses i la legislació en principi protegeix el manteniment de la vida.

Altres vegades les persones ja no estan en condicions de decidir per elles mateixes. Però hi ha la possibilitat de preveure que hom pot arribar a una situació de deteriorament, de pèrdua de facultats, d'impossibilitat física, que no desitja. Aleshores vol fer saber, quan encara està bé, que no vol aquesta situació, i que si s'hi troba, i ja no és recuperable, vol que l'ajudin a acabar-la, que altri actui per ell, quan ell mateix no pugui fer-ho. Aquesta situació avui va creixent.

Un altre tema, ara més llunyà, però que també sortirà, és el cas de persones que, tot i estar en situacions dramàtiques o irrecuperables, no han dit mai res al respecte. En principi, hi ha la diferència entre els qui manifesten, en present o per a

un futur, la decisió de no continuar amb una vida que per a ells ja no té sentit, i les altres situacions, que ara no tractem. Arribem a la qüestió concreta: Es pot ajudar una persona a acabar amb la seva vida, si queda prou clar que és la seva voluntat, quan ella mateixa no pot fer-ho per impossibilitat física, o no pot dir-ho en aquell moment per pèrdua de les seves facultats?. Tenim dret a impedir-ho? Hem de considerar com un delicte el fet d'haver ajudat a complir aquesta voluntat, si ha estat expressada de manera prou clara, repetida i sense cap dubte?

Aquest és el problema que cal resoldre. Les posicions són diverses, però això ha portat a una part de la societat a analitzar el tema. És un tema molt més social que sanitari. Va més enllà de la sanitat, de la medicina. Precisament es planteja quan la medicina, les ciències mèdiques, ja no poden resoldre el problema. Però naturalment té prou connotacions mèdiques perquè no ens en puguem desentendre i, a més, cal tenir també una opinió des del punt de vista dels possibles afectats, que podem ser tots, per tant, de la societat.

LES POSICIONS LEGALS I LA PRESSIÓ SOCIAL

Les posicions marcades per les lleis inicialment van sempre en el sentit de protecció de la vida. Es corresponen amb la idea de fons de la humanitat: la conservació de la vida. Probablement no hi ha per què canviar aquestes idees. A més, queda el temor que, tot i posant-hi límits i condicions molt concretes, un cop oberta la porta hi hagi una ampliació de *facto* no desitjada.

El creixement dels casos, el seu ressò social, la previsió que pot afectar molta gent, fa que un nombre suficientment elevat de persones hagi mogut el debat en aquest sentit. Hi ha prou pressió social per a modificar la legislació i en el nostre temps veiem un creixement d'estudis i propostes sobre el tema.

Com en tantes coses hi ha alguns grups més actius, més capdavanters, i això ja ha tingut algunes repercussions en el camp del dret. La intenció d'aquesta aportació és, d'una banda, esmentar el que s'ha fet en alguns països, però principalment assenyalar que hi ha un moviment de canvi, que hi ha diversitat de situacions, que entorn del tema de l'eutanàsia hi ha posicions diverses, que no tothom pensa el mateix i que és difícil mantenir posicions úniques, sinó que probablement s'ha d'acceptar la diversitat d'enfocaments. Però això, traduït al camp jurídic, pot ser molt complex.

ALGUNES NORMES LEGALS

De fa anys hi ha intents de portar el tema a la legislació positiva, reconeixent el dret d'ajudar a acabar la vida als qui ho

desitgin. A Anglaterra, la Cambra dels Lords va rebutjar l'any 1936 un projecte, presentat inicialment pel Dr. Millard el 1931, en aquest sentit.

Una de les primeres normes obertes en aquest sentit, i que hem vist esmentada relativament poques vegades, és el **codi penal de l'Uruguay en 1934** (Llei 9414, de 29 de juny). L'article 37 tracta del que se'n diu "homicidio piadoso" i diu textualment: "Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima". És prou clar, es tracta de la possibilitat de despenalització i es marquen tres circumstàncies: "antecedentes honorables", "móviles de piedad" i "súplicas reiteradas de la víctima". Es manté però el llenguatge típic: homicidio, víctima. També quan es tracta del "perdón judicial" es diu (article 127): "Los jueces pueden hacer uso de esta facultad en los casos previstos en los artículos: ...37..." Es tracta, doncs, de l'homicidi. En canvi quan és el cas de l'ajut al suïcidi, aquí no hi ha exempció. Sembla que en l'evolució d'aquests conceptes fou important la influència de l'obra de Jiménez de Asúa, Catedràtic de Dret Penal, amb una influència considerable en la criminologia del seu temps en molts països de llengua espanyola. La proposta inicial de Jiménez de Asúa és de l'any 1925, per tant, molt abans del seu exili després de la guerra.

En el cas de **Colòmbia**, l'any 1997 es van aprovar disposicions que significaven de fet una despenalització de l'eutanàsia. La polèmica posterior ha estat important.

Han de passar bastants anys per a tornar a trobar normes legals en aquest sentit. També hi ha propostes, estudis per comissions parlamentàries, però al final poques passen a la legislació positiva. I algunes amb notables dificultats. Esmentarem les més conegudes.

Territoris del Nord d' Austràlia: Una primera llei que autoritzava l'eutanàsia activa va entrar en vigor l'1 de juliol de 1996. Va durar fins el 24 de març de 1997, que fou revocada. Era la "Llei de drets dels malalts terminals." S'ha insistit en el fet que la diferència de vots en la revocació va ser petita, però això legalment és indiferent. En tot cas significa la divisió d'opinions d'una societat concreta.

El primer pacient que va morir aplicant aquesta llei fou Robert Dent, el 22 de setembre de 1996.

Austràlia: El tema ha tingut repercussions en altres estats i actualment moltes enquestes assenyalen que una part important, en algun cas àdhuc la majoria, de la població accepta que la llei reguli el tema acceptant la possibilitat de l'adopció legal de la possibilitat d'eutanàsia quan el malalt ho ha demanat.

Holanda: És potser el país sobre el qual hi ha més informació. Sembla que hi ha una certa discordança entre el que està manat, el que no està perseguit i el que es fa de veritat. Probablement la pràctica real de l'eutanàsia activa és més

extensa que les dades oficials, el que no té res d'estrany. L'any 1973 es va plantejar el conegut "cas Postma". Es tractava d'una metgessa que va ajudar a morir a la seva mare, afectada d'una malaltia en situació terminal. Hi hagué condemna però mínima i més aviat simbòlica. En tot cas, va repercutir en l'opinió. L'any 1981 el tribunal de Rotterdam va establir cinc criteris per a judar a la mort que no criminalitzaven el metge. Resumits eren:

- La sol·licitud voluntària del malalt, que ha de tenir informació suficient.
 - La persona ha de tenir capacitat suficient per a comprendre la seva situació.
 - El desig de morir ha de ser expressat en més d'un moment, ha de tenir una certa durada.
 - Hi ha d'haver un patiment, físic o moral, que faci que la situació sigui inacceptable o insuportable.
 - S'ha de consultar obligatòriament amb altres col·legues.
- A més, es van establir tres condicions de notificació.
- El metge no pot certificar la mort com a natural sinó que ha d'omplir un qüestionari extens.
 - S'informarà a l'equivalent de la fiscalia.
 - El fiscal decidirà si hi ha o no acusació contra el metge.

Actualment la situació a Holanda és d'una acceptació de la pràctica de l'eutanàsia, tant per part de la normativa legal com de l'opinió pública. S'ha publicat que una part considerable dels òbits en malalts terminals acaben essent ajudats mèdicament.

Això té una repercussió en d'altres països, principalment de la Unió Europea, i el tema té les seves actualitat i polèmica, principalment a Bèlgica, França, Alemanya, Anglaterra i, en un grau més petit, aquí mateix.

Estats Units: És important recordar el que va passar a l'estat d'Oregon. L'any 1994 es va aprovar una llei que permetia l'eutanàsia, però fou derogada algun temps després, tot i que la majoria de la població de l'estat hi estava d'acord. Allà les coses poden diferir molt d'un estat a l'altre. Potser el cas més conegut avui sigui el del Dr. Kervokian, de Michigan, impulsor de l'ajuda a la mort voluntària, que finalment ha estat jutjat i condemnat.

SITUACIÓ A L'ESTAT ESPANYOL

Aquí també hi ha una pressió social. Precisament per això fem aquesta reunió. El tema de la mort és delicat i la fi "no natural" de la vida, la "mort no natural" és objecte d'investigació judicial. Per això té repercussions en el codi penal.

El que ara està vigent, aprovat l'any 1995, recull el tema, concretament a l'article 143. Té quatre punts:

- El 143.1 tracta de la inducció al suïcidi
- El 143.2 tracta de la cooperació al suïcidi
- El 143.3 tracta del qui arriba a executar aquesta mort.
- El 143.4 recull el fet que ara analitzem. Diu textualment:

"El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo."

S'assenyala que serà castigat amb una pena inferior, i en cap moment s'esmenta el terme "eutanàsia". Però, i hem recollit l'edició oficial en separata del BOE, a l'índex (que no forma part del text de la llei) sí que es recull el terme "eutanàsia" i es remet a l'article 143.4.

El tema ha arribat, doncs, a la nostra legislació positiva, que adopta una posició intermèdia. En la situació actual, l'eutanàsia no s'autoritza, no es despenalitzada del tot, però hi ha una rebaixa d'un o dos graus.

D'altra banda, cal assenyalar que també s'ha creat una comissió parlamentària, al Senat, per estudiar el tema.

En el camp dels fets concrets hem de recordar el cas de Ramon Sampedro, tetraplègic durant molts anys que demanava ajut per a una mort voluntària, que al capdavant es va produir. Hi hagué una considerable repercussió social, perquè fou enregistrada i es va passar en alguna televisió. Però de fet no hi hagué cap condemna judicial.

POTSER UN ÚLTIM PUNT

Fins ara hem tractat el tema com un problema de la decisió personal de l'afectat, en situació present o per un futur, però tenint en compte les idees que té ell mateix. Aquesta és la situació teòrica.

Però hi ha bastant més. Més d'una vegada s'ha dit que la realitat era diferent i més extensa. Per a referir-se només a un país on la situació legal és diferent, sembla que a Holanda hi ha una realitat que supera les dades oficials. Aquest pot ser un costum perillós. El cas de desconexió d'instruments que mantenen la vida, o àdhuc l'administració de "sedants" o dosi "suficient", però sense que el malalt hagi expressat mai aquest desig, no creiem que sigui un fet excepcional en la praxi hospitalària d'alguns països, inclòs el nostre. La raó pot ser la necessitat de llits d'unitats de cures intensives, que no poden estar bloquejats per malalts que no tenen cap futur positiu, o sigui el que en podríem dir "per

raons d'utilitat sanitària". Creiem que aquest és un tema més important que no pas la disquisició merament teòrica, tot i que també té el seu interès. Però, si es tracta el problema, s'han de tenir en compte tots els aspectes de la realitat.

Algunes conclusions

- El tema de l'eutanàsia activa té avui un considerable interès social i és un tema que sobrepassa el camp de la sanitat. Avui hi ha una pressió àmplia en favor de la seva despenalització.
- Des d'un punt de vista teòric, sociològic, el primer pas ha estat la creació d'un clima de sensibilització social, principalment a través dels medis de comunicació.
- Més enllà hi hagué projectes d'adopció de normes legals en le mateix sentit.
- En alguns països s'han adoptat mesures, algunes, com el codi penal de l'Uruguay de 1934, prou antigues. Altres, com les d'Holanda, a partir de 1981, amb més repercussió.
- Alguns països o estats han vist com les mesures aprovades inicialment han estat derogades o suspeses. Exemples en són les normes de l'estat d'Oregon de 1994 o del Territori del Nord d'Austràlia, on només va estar en vigor pocs mesos, entre 1996 i 1997.
- Actualment la situació legal més clara en el sentit d'acceptar l'eutanàsia voluntària és la d'Holanda, que és probablement el país que té més arrelada aquesta pràctica.
- Aquests fets porten al fet que la societat es faci conscient de la diversitat de les idees, la pluralitat de les opcions personals, consideri les opcions que hi ha en diversos països, l'estat de la pressió social sobre el tema i, per tant, analitzi la qüestió i adopti les mesures que es considerin més adequades.
- A l'Estat Espanyol el tema ha arribat amb una certa suavitat, tot i que algun cas concret, el de Ramon Sampedro, ha tingut una gran repercussió. Una comissió del Senat s'ha encarregat de l'estudi del tema. Però, a més a més, cal recordar la posició ja ben definida en el codi penal de 1995, de reduir el possible càstig en els casos d'eutanàsia activa a petició, en determinades circumstàncies.
- El fet de l'estudi de l'eutanàsia voluntària (amb petició expressa del malalt) no ha de fer oblidar la casuística, més o menys documentada, de l'eutanàsia per raons d'utilitarisme sanitari, on no es considera la voluntat del malalt.

UNA PROPOSTA D'EUTANÀSIA ACTIVA^a

Alfons Gregorich i Servat

Barcelona, 19 de març de 1997

A la Comissió del Projecte de Codi Deontològic
Consell General de Col·legis de Catalunya

Distingits companys,

Hi trobo a faltar una proposta d'eutanàsia activa, seriosament formulada *des de dins de l'estament mèdic*.

En forma molt condensada crec que caldria fonamentar-la i articular-la, més o menys, així:

1. En la diversitat de creences dels malalts que pertoca assistir, als hospitals i a la consulta particular actuals.

No es pot forçar cap persona adulta a sotmetres a la més íntima valoració del seu nivell de qualitat de vida als criteris pretesament preeminents, morals, religiosos o tècnics, d'altri. Seria la negació a la llibertat d'assumir l'elecció i direcció del propi destí.

Cal deixar l'avaluació del sofriment continu, inacabable i inútil, amb dolor o sense ell, sense esperança de modificació, o de guariment, només al criteri personal del qui el pateix, perquè:

- a) No coneixem mitjans d'avaluació d'un sofriment personal.
- b) Perquè aquesta avaluació personal del qui pateix pot ser molt variable, des de el qui *no vol partir més*, al qui *es conforma a seguir patint*, fins al qui *és capaç d'oferir el seu sofriment*, d'acord amb un peculiar sentiment religiós.
- c) L'actitud del metge ha de ser *igualmente respectuosa amb qualsevol opció*, lliurement manifestada pel seu pacient.

3. El problema moral i legal és que l'eutanàsia activa *no pugui esdevenir mai un assassinat*, és a dir, que es pugui practicar subrepticiament contra la voluntat del pacient. Per tot això, calen noves lleis i reglaments, per tal que l'eutanàsia activa pugui esdevenir un acte moralment i jurídicament acceptable, perquè:

a) El metge, com qualsevol ciutadà, ha de conèixer i complir la llei, amb més rigor que cap altre, per l'indole del seu treball, referit a la persona humana.

b) el que no vol dir que una llei determinada no hagi de ser mai abolida o modificada. Cal fer la proposta raonada, com he dit, *des de dins de l'estament mèdic, que és sens dubte el que mes bé pot discernir en aquesta matèria*.

c) Es podria, com a exemple, proposar que l'eutanàsia activa, perquè no fos delictiva, hagués d'acomplir obligadament aquestes condicions:

1. La pertinent aprovació de la seva legalitat i reglamentació, garantides per una comissió, formada per:

- el metge del pacient,
- un metge forense,
- un metge del Servei Oficial de la Sanitat, Secretari, i un jutge, President de la Comissió.

2. Un cop atesa la petició, serà comunicada al pacient amb l'advertiment que, perquè tingui validesa per dur-la a efecte, l'haurà de ratificar, després de 48 hores de reflexió, davant la mateixa comissió, i que pot desdir-se lliurement de la seva determinació inicial en tot moment. A les reunions d'aquesta comissió sols hi podran assistir els seus components amb el pacient, i ningú més.

3. Qualsevol metge que renunciï a formar part d'una comissió d'eutanàsia no hi podrà ser obligat, sota cap pretext, contra la seva lliure voluntat.

4. El problema tècnic de dur a terme l'acte material eutanàtic serà obligadament personal, dut a terme pel mateix pacient, mitjançant un mecanisme electrònic que el pacient activarà teclejan "si", o articular aquest mot si està impedida la seva motricitat.

Ben atentament, us saluda

Alfons Gregorich i Servat

^aText enviat prèviament a la Comissió del Projecte de Codi Deontològic del Consell General de Col·legis de Metges de Catalunya.