

# Aclariments terminològics entorn de la manera de morir

Javier García Pont i Adalbert Marquès<sup>1</sup>

*Sovint es confonen termes i situacions, que contribueixen a utilitzar el sentiment en comptes de la raó, a l'hora d'argumentar sobre l'eutanàsia i la bona mort. En aquest article es pretén explicar alguns conceptes i termes que ens permetin endinsar-nos en el tema de l'eutanàsia, reduint en la mesura que es pugui la possible confusió que sol provocar-ne la mala utilització.*

## *Eutanàsia i suïcidi assistit*

L'eutanàsia és l'acte positiu d'acabar amb la vida d'una persona, a petició d'aquesta. El suïcidi assistit consisteix a proporcionar a l'individu els mitjans perquè ell mateix acabi amb la seva pròpia vida. Normalment la majoria de les legislacions estableixen una sèrie de condicions per poder-ho sol·licitar, que solen fer referència a malalties cròniques, progressives i/o terminals; i a l'autonomia del pacient. Per a alguns, la distinció entre eutanàsia i suïcidi assistit no és real; donada l'equivalència substancial entre ajudar a una persona que vol llevar-se la vida i ser la persona que li lleva la vida.

## *Adequació de l'Esforç Terapèutic i abstinència i obstinació terapèutica*

Fins fa uns anys, parlàvem de Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET en l'argot mèdic), com si la finalitat de la medicina només fos la curació de la malaltia i el control de símptomes quedés exclòs. Avui, des de l'aparició de les cures pal·liatives, parlem més d'*Adequació de l'Esforç Terapèutic* (AET): donar a cada moment el tractament que calgui a cada persona (per exemple, per a control del dolor), evitant tractaments que contribueixin a allargar de manera innecessària la vida del pacient, sempre tenint en compte la seva voluntat. L'adequació del tractament és un procés dinàmic i continuat: "Quan és el resultat d'un procés de valoració clínica ponderada i col·legiada entre diferents professionals sobre el grau d'adequació, proporcionalitat, necessitat o futilitat d'una determinada intervenció mèdica, no és una pràctica contrària a l'ètica, no és punible, no és eutanàsia i sí que és bona pràctica clínica o *lex artis ad hoc*, a més d'un criteri de qualitat assistencial"<sup>2</sup>.

Deixar d'aplicar mitjans seria abstinència terapèutica. A vegades aquesta abstinència pot quedar inclosa dins de l'Adequació de l'Esforç Terapèutic (AET); per exemple no realitzar un trasplantament de pulmó a un pacient

de 90 anys que sabem, amb alta probabilitat, que morirà durant la intervenció. Si els mitjans que no apliquem són proporcionats i adequats (per exemple: no administrar morfina per a control del dolor intens o la sensació d'ofec), estariem fent abstinència terapèutica, però de manera incorrecta. L'obstinació terapèutica seria el contrari a l'abstinència: aplicar mesures no proporcionades per als objectius mèdics assolibles, per exemple, l'ingrés en la unitat de vigilància intensiva d'un pacient amb càncer disseminat i incontrolable, que ha entrat en fase d'agonia i amb la qual cosa només allargarem unes hores o dies la seva vida.

### *Sedació pal·liativa*

Síntoma refractari, és aquella manifestació que no podem controlar amb els mitjans al nostre abast, habitualment en malalts amb malaltia avançada o terminal. Hi ha situacions en les quals el dolor és tan intens que no aconseguim controlar-lo amb la medicació de què disposem; i no podem fer una altra cosa que sedar (induir el somni amb analgèsics i hipnòtics) per poder controlar el dolor; sempre amb l'objectiu de controlar el símptoma, no d'escurçar la vida. A vegades, en els últims moments, l'angoixa de morir es fa també incontrolable, requerint arribar a la sedació per controlar el símptoma. És en aquestes situacions on parlem de sedació pal·liativa, quan aquesta és l'única manera de controlar el sofriment.

Parlaríem, doncs, de “sedació pal·liativa”, si ens referim a la disminució deliberada de la consciència d'una persona greument malalta, un cop obtingut el seu consentiment, el dels seus representants legals, mitjançant l'administració dels fàrmacs indicats en les dosis adients, amb l'objectiu d'evitar un sofriment insostenible per l'existència de símptomes refractaris.

### *Eutanàsia o bona mort?*

“El que tot ésser humà desitja, després d'assumir el fet individual i intransferible de la mort, és tenir un procés de trànsit adequat a la seva personalitat i circumstàncies amb el menor sofriment possible. En altres paraules, una bona mort (etimològicament de *eu*: bo i *tanatos*: mort)”<sup>3</sup>.

En tant que l'ésser humà és un ser social, la vida humana, a més d'un bé de cada individu, és també un bé comú de la societat<sup>4</sup>. No sols té una dimensió individual, sinó també social i col·lectiva, que obliga a preocupar-nos els uns dels altres, de la mateixa manera que ens beneficiem dels assoliments dels altres. Els nostres actes i decisions, tenen repercussions en el nostre entorn. Per tant la mort no és un assumpte exclusivament privat o individual, sinó que té una important repercussió en la col·lectivitat, en els altres, especialment en els més pròxims, que fa que els altres també siguin corresponsables de la “bona mort” d'una persona.

## EUTANÀSIA: INTRODUCCIÓ

La manca de respecte a la pròpia vida i a l'aliena, en la nostra societat, van unides. Confondre dignitat amb qualitat de vida no és un tema exclusivament de llibertat individual, té repercussions en els altres (les persones vulnerables, mantenen intacta la seva dignitat). Fer de la “bona mort” un tema exclusivament subjecte a la llibertat de cadascun, ens pot portar a una societat cada vegada més individualista que avanci darrere d'una imatge d'equivocat “bonisme”, que utilitzi arguments primordialment emocionals, com una mal entesa compassió, que contribueixin a entorpir l'exercici de la raó.

Des que el món és món, el sofriment ha estat consubstancial a l'ésser humà, propi i intransferible, compartit pels més pròxims. Existeixen símptomes refractaris i intenses crisis emocionals en la fase final de la vida<sup>5</sup>. En altres ocasions els pacients sofreixen malalties amb afectació progressiva de les seves capacitats físiques i cognitives (per exemple: demències,...). En totes les situacions, es pot decidir entre dues alternatives<sup>6</sup>:

- Posar fi a la vida del malalt perquè deixi de sofrir atès que la malaltia és irreversible i progressiva. Això és l'eutanàsia.
- Intentar modificar les circumstàncies i alleujar els símptomes que menen les persones a sol·licitar que acabin amb la seva vida. Això és ajudar a morir bé.

L'obstinació en la segona opció, a curt termini pot no semblar la més fàcil; però contribueix a una societat més solidària, en què cuidem els uns dels altres, progressant en una col·lectivitat en què l'ésser humà no és un ésser aïllat, sinó que és un ésser que viu en convivència amb els altres. La segona opció exigeix, més que cap altra, progressar en l'adequació del tractament: Evitar l'acarnissament i la futilitat en el tractament; lluitar pel control del dolor, l'ansietat, i altres símptomes refractaris, arribant a la sedació en cas de necessitat; i per descomptat respectar l'autonomia del pacient i la seva capacitat de decisió, a l'hora de valorar possibles actuacions mèdiques.

Un principi ètic fonamental és que mai és lícit fer un mal per aconseguir un bé<sup>7</sup>. En altres paraules, un fi bo no justifica mitjans dolents. “Són greument injustes, per tant, les lleis que legalitzen l'eutanàsia pel fals dret de triar una mort definida inapropiadament digna només perquè ha estat triada”<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Metges especialistes en Medicina Interna. Membres de l'associació Metges Cristians de Catalunya.

<sup>2</sup> Informe del Comité de Bioética de España sobre el final del proceso de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la

eutanasia. Octubre 2020.

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf> Visitado el 24/01/2021.

<sup>3</sup> Sanz Ortiz, J. (1990). Enfermedad progresiva y ética. *Medicina clínica*, 94: 137-139.

<sup>4</sup> Zubiarrain, R. G. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98): 223-24

<sup>5</sup> Sanz Ortiz, (2009). Desasosiego o “disconfortabilidad”: ¿un síntoma refractario en la fase final de la vida? *Medicina clínica*, 132 (17): 669-670.

<sup>6</sup> Sanz Ortiz, J. (1993). Eutanasia si, eutanasia no. *Medicina clínica*, Sup 1: 17-19,

<sup>7</sup> Pastor, L. M. (2019). Nota del editor: eutanasia y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98):11-17.

<sup>8</sup> Congregació per a la Doctrina de la Fe (2020), *Carta ‘Samaritanus bonus’ sobre la cura de les persones en les fases crítiques i terminals de la vida*: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_sp.html) Visitado el 9/1/21