

Artículo

ALBERT ROYES I QUI

El suïcidi mèdicament assistit: panorama actual

➤ **Albert Royes i Qui.** Secretario del Comité de Bioética de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona.

La qüestió de l'eutanàsia (i més en general, del suïcidi mèdicament assistit) és un tema recurrent que el recent cas de Chantal Sébine, a França, ha tornat a posar d'actualitat. Afligida d'una malaltia incurable que li ocasionava forts patiments i una disminució considerable de la seva qualitat de vida, va decidir posar fi a la seva penosa existència mitjançant alguna modalitat de suïcidi (mèdicament?) assistit, després que el jutge rebutgés la seva petició d'acollir-se a l'eutanàsia voluntària. El principal argument per a aquesta denegació ha estat que la legislació francesa no permet autoritzar cap tipus de suïcidi assistit ni, per tant, d'eutanàsia. Això, tanmateix, no tanca el debat, ni de bon tros.

➤ **El suïcidi mèdicament assistit i l'eutanàsia**

L'eutanàsia i el suïcidi mèdicament assistit s'han de considerar com dues maneres diferents del que, en termes més generals, es denomina la disposició de la pròpia vida en determinades circumstàncies. En el que segueix, ens referirem gairebé exclusivament al suïcidi mèdicament assistit (des d'ara SMA), encara que ha de tenir-se en compte que el SMA no és sinó una modalitat possible d'eutanàsia.

S'han proposat diverses definicions del SMA¹, definicions que en general emfatitzen el fet que és el propi malalt qui s'autoadministra el o els fàrmacs que posaran fi a la seva vida d'acord amb la seva voluntat. L'expressió *mèdicament assistit* precisa que per portar a terme la seva acció ha comptat amb la col·laboració expressa d'un metge, en general mitjançant la prescripció de fàrmacs, o la posada a punt d'algun dispositiu, que permetran que el pacient es doni la mort en el moment que ho desitgi. Aquest metge col·laborador pot estar present o no en el moment que el pacient prengui la decisió de posar fi a la seva vida, qüestió que no s'ha de considerar essencial. En cas que la persona no requereixi ajuda d'altres per al seu suïcidi, sol parlar-se d'*autoalliberament*².

Pot ser interessant partir de la definició que d'eutanàsia i de SMA ofereix el propi codi penal espanyol, encara que

sigui per penalitzar ambdues conductes, qüestió que detallarem més endavant. En efecte, en l'article 143. 4. diu: "El qual causés o cooperés activament amb actes necessaris i directes a la mort d'un altre, a petició expressa, seriosa i inequívoca d'aquest, en el cas que la víctima sofreixi una malaltia greu que conduirà necessàriament a la seva mort, o que produeixi greus patiments permanents i difícils de suportar, serà castigat amb la pena inferior en un o dos graus a les assenyalades en els números 2 i 3 d'aquest article" (CP, art. 143. 4). Es tracta d'una bona definició d'eutanàsia i del SMA, ja que apunta directament als requisits necessaris perquè es doni l'atenuant que distingeix aquestes conductes de l'homicidi. Entre aquests requisits destaquen la petició voluntària del pacient, el caràcter incurable de la malaltia amb conseqüència de mort, o que encara que no conduís a la mort del pacient en un termini breu (és a dir, encara que no es tracti forçosament d'un pacient en fase agònica o terminal) li ocasioni un sofriment permanent i insuportable per aquest mateix pacient. El terme "patiment permanent i difícil de suportar" ha d'entendre's que inclou tant el possible sofriment físic com el mental, és a dir, el patiment causat per la malaltia i el minvament de qualitat de vida o de dignitat que aquella provoca; a més, que aquest patiment sigui o no difícil de suportar és en bona part subjectiu, depèn de cada persona malalta, per la qual cosa només aquesta pot establir si la seva situació clínica és o no "insuportable"; el pacient es converteix així en l'únic que pot manifestar amb claredat si compleix o no de manera suficient amb aquesta condició. El requisit de voluntarietat exigeix que el pacient es trobi en condicions de prendre decisions per si mateix i en el seu benefici, la qual cosa exclou aquells pacients que tinguin minvada aquesta capacitat o que sofreixin alguna patologia psiquiàtrica que els incapaciti per a prendre aquest tipus de decisions. No obstant això, és discutible que el fet de patir alguna malaltia mental constitueixi sistemàticament i en tots els casos un motiu d'exclusió per tenir en compte una petició d'eutanàsia o de SMA. Com veurem després, en aque-

1. Només a títol d'exemple, vegi's:

- "**Suïcidi assistit o auxili al suïcidi.** És l'acció d'una persona que sofreix una malaltia irreversible per acabar amb la seva vida, i que compta amb l'ajuda d'algú més que li proporciona els coneixements i els mitjans per fer-ho. Quan la persona que ajuda és un metge, es parla de suïcidi mèdicament assistit" (*Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi.* Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006).

- "A procedure where a doctor lawfully provides a lethal dose of drugs to a patient for self administration" (Ziegler, S Bosshard, G Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 2007;334:295-298).

- "L'assistance au suicide est le fait de mettre à disposition de la personne qui souhaite mourir les moyens lui permettant de se suicider sans violence" (Genève : EXIT, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, 2003).

2. Humphry, D Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying. 3ª edició. Oregon (USA): ERGO (Euthanasia Research & Guidance Organization), 2003.

Artículo

lles societats que han despenalitzat l'eutanàsia o el SMA si qui formula una petició de SMA o d'eutanàsia presenta antecedents de malaltia o de trastorn mental se sol exigir un informe psicològic o psiquiàtric del pacient abans de tramitar la seva petició, però no es prejutja el resultat d'aquest informe, és a dir que no es considera un motiu d'exclusió *per se* la mera existència d'antecedents de patologia psiquiàtrica o la presència de trastorn mental.

Però fins i tot entre les societats que han despenalitzat la pràctica del SMA existeixen importants diferències quant a les condicions que ha de reunir el pacient perquè l'acció que denominem SMA no sigui legalment punible. És el que veurem a continuació.

► Situació actual del SMA

A Espanya

Encara que diferents instàncies universitàries i institucionals s'han pronunciat en els últims anys a favor de la despenalització de l'eutanàsia i del SMA³, el vigent codi penal castiga, com s'ha dit abans, amb la pena de presó de dues a cinc anys "a qui cooperi amb actes necessaris al suïcidi d'una persona" (art. 143. 2), encara que, com també s'ha dit, gairebé a continuació (art. 143. 4) el legislador introdueix diverses atenuants per a la disminució de la condemna. Segurament bastaria amb suprimir la pena amb la qual castiga aquesta conducta l'art. 143.4 perquè l'ajuda mèdica al suïcidi, en les circumstàncies que se citen i que, per descomptat, caldria precisar exhaustivament, no fos considerada punible⁴, si bé la inducció al suïcidi ha de continuar penalitzada tal com estableix l'art. 143.1 del vigent codi penal.

Aquelles societats que han optat per la despenalització del SMA (i en alguns casos també de l'eutanàsia) mante-

nen, òbviament, la proscripció general de l'homicidi, però han establert mitjançant l'oportuna llei l'excepció del SMA o de l'eutanàsia entre les conductes tipificades com delictes. Per altra banda, la legislació sanitària espanyola ha adoptat, en el que duem de segle, diverses normes que potencien l'autonomia del pacient en sanitat, normes que obliguen a sol·licitar el consentiment informat⁵ del pacient per a totes les intervencions o actuacions sanitàries que li afectin, el dret a rebutjar tractaments mèdics per indicats que estiguin (les anomenades decisions de limitació de l'esforç terapèutic⁶) i la possibilitat d'atorgar un document de voluntats anticipades o d'instruccions prèvies⁷. Des de la perspectiva ètica resulta del tot incoherent, i fins i tot tràgicament paradoxal, que un pacient pugui sol·licitar, per exemple, la desconexió de l'aparell de ventilació mecànica que el manté en vida després d'una "petició expressa, seriosa i inequívoca d'aquest" (d'acord amb allò que diu l'art. 143.4 del codi penal) i que això mateix no valgui per a una petició d'eutanàsia o de SMA.

► A l'Estat d' Oregon (USA)

Des de novembre de 1997 el SMA és legal en aquest estat, quan els seus ciutadans van aprovar per segona vegada la *Death with Dignity Act* que permet la pràctica del SMA únicament en el cas de pacients que pateixen una malaltia terminal (definida com aquella que previsiblement li causarà la mort en un termini no superior a sis mesos) i que siguin ciutadans d'aquest estat⁸. Altres condicions que aquesta llei estableix perquè un ciutadà pugui rebre legalment la prescripció mèdica d'un fàrmac letal són les següents:

- Ser major de 18 anys
- Ser plenament capaç (en el sentit d'estar en condicions

3. Entre uns altres, el Document elaborat pel grup d'Opinió del *Observatori de Bioètica i Dret*, de la Universitat de Barcelona, 2003. Casado M i Royes A, coords. (http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion_sobre_la_Eutanasia.pdf) i l'abans citat *Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi*. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2006.

4. Tomás-Valiente, C. Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Madrid: Fundación Alternativas, 2005.

Casado, M. Sobre el tratamiento de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español y sobre sus posibles modificaciones. *Revista Derecho y Salud* 1995; 3.

5. Royes A. El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas. A: Casado M (comp.) Nuevos materiales de bioética y derecho. México DF: Fontamara, 2007; 159-173.

6. Cabré, LI. (coord) Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida. Barcelona: Edika Med, 2003.

Cabré LI, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med*, 2005; 31(7): 927-33.

Corcoy M. Aspectos jurídicos de la limitación del esfuerzo terapéutico. A: Cabré, LI. (coord) Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida. Barcelona: Edika Med, 2003: 141-154.

Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005; 20(7):391-5.

7. A més de les lleis adoptades per diverses Comunitats Autònomes amb competències en la matèria, vegi's la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Sobre els documents de voluntats anticipades, vegi's:

- Document elaborat pel grup d'Opinió de l'*Observatori de Bioètica i Dret*, de la Universitat de Barcelona, 2003 (Royes A, coord.).

http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Voluntades_Anticipadas.pdf.

- Navarro M. Advance directives: the spanish perspective. *Medical law review*. 2005;13: 137-169.

8. <http://eqov.oregon.gov/DHS/ph/pas/>.

Artículo

- de prendre decisions sobre la seva salut i de comunicar-les)
- El pacient ha de formular verbalment la seva petició al metge en dues ocasions separades per un interval de si més no quinze dies
 - A més, el pacient ha de formular la seva petició per escrit i signar-la en presència de dos testimonis.
 - El metge que atén el pacient i un segon mèdic consultor han de confirmar ambdós el diagnòstic i el pronòstic del pacient; han de corroborar, a més, que el pacient és plenament capaç. En cas que algun d'aquests metges consideri que el pacient sofreix algun trastorn psiquiàtric o psicològic, el pacient ha de sotmetre's prèviament a un examen psiquiàtric o psicològic.
 - El metge que atén el pacient ha d'informar-lo de possibles alternatives al suïcidi assistit, especialment de l'existència de residències amb assistència sanitària i de les unitats de cures pal·liatives i de tractament del dolor.

A més, la llei obliga al metge que ha prescrit el fàrmac letal a informar al *Department of Human Services* de l'Estat que el pacient ha rebut efectivament aquesta prescripció. Cal precisar que, d'acord amb aquesta llei, cap metge, farmacèutic o altre professional sanitari està obligat a accedir a la petició del pacient ni a estar present quan el pacient ingereixi, si finalment així ho decideix, el producte letal⁹.

Anualment, el *Department of Human Services* publica un informe sobre l'aplicació de la llei. L'últim publicat, que es refereix al període comprès entre 1998 i 2006¹⁰, resumeix el nombre de ciutadans que s'han acollit a aquesta llei: 16 (1998); 27 (1999 i 2000); 21 (2001); 38 (2002); 42 (2003); 37 (2004); 38 (2005) i 46 (2006). En relació amb el total de morts en aquest Estat, el nombre de morts ocasionades per SMA oscil·la entre 5,5 per 10.000 (1988, primer any d'entrada en vigor de la llei) i 14,7 per 10.000 (2006), sense que existeixin diferències significatives segons el sexe. La mitjana d'edat de morts per SMA des que va entrar en vigor la llei és de 70 anys.

Pearlman RA i Starks H¹¹ han analitzat els principals motius que han conduït a diferents pacients a sol·licitar el SMA a Oregon però que no han consumat el suïcidi. Classifiquen aquests motius en tres grups:

- Experiències relacionades amb la malaltia: debilitat, esgotament, disminució del confort, efectes del tractament, pèrdua de capacitat en general, efectes secundaris inacceptables dels tractaments contra el dolor...

- Disminució o pèrdua del "sentit d'un mateix" (*person's sense of self*), desig de control sobre la pròpia mort...
- Por davant el futur: davant la disminució de la qualitat de vida, davant el procés de la pròpia mort, davant la perspectiva de ser una càrrega emocional excessiva per a qui els estimen...

Aquests motius revesteixen una importància extraordinària per als pacients estudiats, especialment el sentit d'un mateix i la voluntat de controlar el procés de la pròpia mort. Els metges haurien de ser sensibles a aquest tipus d'experiències personals que caldria diferenciar de les depressions clíniques; són processos existencials que, per si mateixos, no incapaciten els pacients per prendre decisions sobre el SMA. A més, el desig de controlar la pròpia mort (el que s'ha vingut denominant la *qualitat de mort*) són motius del tot semblants als que porten a pacients que viuen en societats en les quals és il·legal el SMA o l'eutanàsia a atorgar un document de voluntats anticipades o a prendre decisions de limitació de l'esforç terapèutic.

➤ A Holanda

El 1 d'abril de 2002 va entrar en vigor la *Llei de comprovació de la finalització de la vida a petició pròpia i de l'auxili al suïcidi*¹² que, a diferència de l'estat d' Oregon, despenalitzava tant l'eutanàsia com el SMA en el cas de pacients residents a Holanda. Els requisits que aquesta llei exigeix són, en general, similars al cas d' Oregon, encara que existeixen algunes diferències, especialment les següents:

- No s'exigeix que el pacient sofreixi una malaltia considerada terminal, encara que sí cal que la malaltia ocasioni al pacient un patiment insuportable i sense esperances de millora.
- El metge pot atendre una petició d'eutanàsia o de SMA també en el cas de menors entre 16 i 18 anys plenament conscients i si els pares o tutors han participat en el procés de decisió; en el cas de menors entre 12 i 16 anys, els pares o tutors han de manifestar el seu acord explícit amb la decisió del menor.
- Si la mort del pacient ha esdevingut com a conseqüència de la pràctica d'eutanàsia o de SMA, el metge no expedirà certificat de defunció sinó que n'informa immediatament el forense municipal, enviant-li els corresponents informes i documents que acreditin l'escrupolós compliment de la llei.
- Aquest mèdic forense comunica el cas a la Comissió

9. Sobre el paper de la infermera en el SMA, vegi's: Altmann, T K; Edgett, S Oregon's Death With Dignity Act (ORS 127.800-897): A Health Policy Analysis. *Journal of Nursing Law* 2007; 11; 1: 45-52.

10. <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year9.pdf>.

11. Pearlman RA Starks H Why do people seek Physician-Assisted Suicide? A: Quill ET & Battin MP (eds) *Physician-Assisted Dying. The Case for Palliative Care and Patient Choice*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.

12. <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/euth-amendedbill-en.pdf> (versió en anglès).

Artículo

regional de control que s'estableix en l'article 3 de la llei si es donen tots els requisits perquè l'acció eutanàsica o d'ajuda al suïcidi es pugui considerar una acció no punible. En cas contrari, haurà de comunicar-ho al ministeri fiscal. Aquesta Comissió de control eleva anualment un informe als ministeris de Justícia i de Salut dels casos que han estat sotmesos a la seva consideració, informe que, a més, ha de ser lliurat al Parlament.

➤ A Bèlgica

Bèlgica va aprovar el 2002 la llei relativa a l'eutanàsica que va entrar en vigor el setembre d'aquell mateix any¹³. A diferència dels països abans citats, en ella no s'esmenta de forma explícita el suïcidi assistit; la llei parla sempre d'eutanàsica. No obstant això, el primer informe elaborat per la *Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*¹⁴, que es referia als quinze primers mesos d'aplicació de la llei, precisa que algunes eutanàsies van ser en realitat casos de SMA, ja que el propi pacient va ingerir per la seva pròpia mà el producte letal o va activar el mecanisme instaurat a aquest efecte. Aquesta Comissió va reconèixer que com sigui que la llei no exigia un procediment concret per a la pràctica de l'eutanàsica, no procedia modificar-ne el títol a fi d'introduir-hi el supòsit del SMA, encara que la llei sí que exigeix que el metge controli el procés de morir en tot moment i en tots els seus aspectes. Del que s'acaba de dir se'n pot deduir que el SMA s'interpreta com una acció eutanàsica que ha de complir amb els requisits que la llei preveu a aquest efecte. En relació amb la legislació holandesa, la pauta de la qual segueix de prop, la llei belga no exigeix que només s'hi puguin acollir els ciutadans belgues, si bé a la pràctica entre el sol·licitant i el metge que accedeixi a una petició d'eutanàsica o de SMA hi ha d'haver una relació assistencial suficientment estreta com perquè el metge pugui efectivament verificar que el pacient compleix totes les condicions exigides per la llei. A més, ha de transcórrer un mínim de 30 dies entre la petició i la realització de l'eutanàsica o del SMA, a la qual, a més, únicament s'hi poden acollir pacients majors d'edat o me-

nors emancipats legalment. Així mateix, el metge que dugui a terme l'eutanàsica o que hagi facilitat al pacient el producte letal ha de posar de manera immediata aquesta circumstància en coneixement de la comissió federal de control a què abans s'ha fet referència. Cal destacar que des de l'entrada en vigor de la llei, aquesta comissió no ha cregut procedent remetre al ministeri fiscal cap dels casos d'eutanàsica o de SMA que han estat sotmesos a la seva consideració.

➤ A la Confederació Helvètica

L'eutanàsica és una acció penalment castigada a Suïssa. No obstant això, no ho és l'ajuda al suïcidi a condició que aquesta ajuda s'efectuï per motius desinteressats¹⁵ (literalment, *no egoïstes*). L'article 115 del codi penal suís apareix com una solució intermèdia, a mig camí entre la impunitat absoluta i la repressió indiscriminada; es tracta, en efecte, d'una fórmula de compromís que, encara que criminalitza l'assistència al suïcidi en general, limita el caràcter punible de l'acció a les actuacions "egoïstes", és a dir quan qui ajuda al suïcidi obtindria en cas de que es consumés algun benefici, tot i que aquest no fos únicament de tipus material, la qual cosa inclouria la satisfacció de necessitats afectives com l'odi, el menyspreu o el desig de venjança. A diferència d' Oregon, Bèlgica i Holanda, a Suïssa l'ajuda al suïcidi no ha de comptar necessàriament amb l'assistència d'un metge. El Departament Federal de Justícia d'aquest país precisa que "l'assistència al suïcidi consisteix a facilitar al pacient la substància mortal que aquest ingerirà per si mateix, sense intervenció externa, a fi d'acabar amb la seva vida"¹⁶. Des de 2004, en diverses ocasions l' *Académie Suisse des Sciences Médicales* ha vingut reconeixent al metge que manté una relació personal amb el seu pacient el dret de proporcionar-li la seva ajuda al suïcidi sobre la base d'una decisió moral personal i en el marc del respecte al principi d'autonomia del pacient¹⁷. La *Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine* va establir el marc general de l'ajuda al suïcidi a Suïssa, precisant que "*Si le suicidant n'agit pas de lui-*

13. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm.

14. *Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, premier rapport aux chambres législatives*. Brusel·les, 2004. Es pot consultar a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/eu19b.pdf>.

El segon Informe d'aquesta Comissió, publicat el 15 de gener de 2007 i corresponent als anys 2004 i 2005, es pot consultar a:

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL.

15. El vigent Codi penal de la Confederació Helvètica estableix el següent:

"Art. 115

Incitation et assistance au suicide

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire."

Vegi's: http://www.admin.ch/ch/fr/rs/311_0/a115.html.

16. <http://www.ofj.admin.ch/bj/fr/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.html>.

17. En efecte, el Comitè d'ètica de la ASSM afirma que "le médecin doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle (...) d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée". <http://www.samw.ch>.

Artículo

*même, son acte ne peut être considéré comme un suicide, même si, du point de vue purement matériel, il se présente comme tel. L'autodétermination suppose tout à la fois capacité de discernement et liberté de décision. C'est pourquoi lorsqu'une personne souffrant de trouble psychique, ou en état d'ébriété, ou incapable de discernement du fait d'une grave maladie psychique désire mettre fin à ses jours et qu'on l'assiste dans son suicide, cette situation tombe hors du domaine d'application de la disposition de l'art. 115 CP*¹⁸, amb la qual cosa ve a reconèixer que el dret a exercir l'autonomia o l'autodeterminació personal és l'eix moral al voltant del qual gira la llibertat de decisió sobre la pròpia vida i de la pròpia mort, cosa que implica la possibilitat que altres puguin intervenir en la realització de la nostra pròpia llibertat. Si aquesta capacitat d'autonomia personal es veïés afectada de manera important per alguna circumstància, en aquest cas l'ajuda al suïcidi hauria de considerar-se punible. No obstant això, la interpretació que aquest Comitè presenta del citat article del codi penal suís exclou que càpiga parlar d'un dret dels pacients residents en aquest país a exigir d'altres ciutadans, mèdics o no, ajuda al suïcidi, la qual cosa constitueix, probablement, la raó d'ésser de diverses organitzacions no governamentals d'ajuda al suïcidi.

➤ Les organitzacions no governamentals d'ajuda al suïcidi

Com s'acaba d'exposar, tant a l'estat d' Oregon (USA) com a Holanda i a Bèlgica, únicament un metge pot legalment dur a terme actuacions d'ajuda al suïcidi (i en aquests dos darrers països, d'eutanàsia) en determinades circumstàncies. En aquestes societats, les Associacions pel dret a una Mort Digna¹⁹ (des d'ara, DMD) poden informar i assessorar els seus associats sobre les seves possibilitats dins del respectiu marc legal però no poden realitzar per si mateixes, com a tals organitzacions, actuacions eutanàsiques o d'ajuda al suïcidi.

➤ Compassion & Choices (Oregon, USA)

En el cas d' Oregon (USA), l'organització *Compassion & Choices*²⁰ està dedicada a divulgar entre els pacients i els seus vinculats la possibilitat del SMA i a facilitar-los suport emocional, però l'organització no té cap paper en la valoració de la capacitat de decisió del pacient: això competeix exclusivament al metge. Tampoc li facilita al pacient que

desitja acollir-se al SMA el producte letal ni intervé fora del domicili del pacient. Els seus voluntaris reben preparació específica per a l'acompanyament del pacient i estan presents en el moment de la mort del pacient si aquest els ho demana.

➤ Suïssa: Exit i Dignitas

A la Confederació Helvètica existeix, des de 1982, l'organització EXIT²¹ amb dues seus independents: *Exit-Suisse Romande*²², amb seu a Ginebra, i *Exit-Deutsche Schweiz*²³, amb seu a Zurich, encara que únicament admeten com associats ciutadans suïssos. Ja que, com s'ha dit abans, l'ajuda al suïcidi amb caràcter altruista no està penalitzada a Suïssa, aquest tipus d'organitzacions auxiliien efectivament al pacient que desitja posar fi als seus dies, i que compleix certs requisits, facilitant-li la corresponent prescripció mèdica del producte letal –que sol fer un metge de l'organització–, acompanyant al pacient en el procés de decisió de suïcidar-se i als seus vinculats en els moments posteriors a la mort d'aquest pacient. Per descomptat, els serveis d'aquestes organitzacions no són necessaris en cas que el metge que habitualment tracta el pacient acceixi a proporcionar-li els mitjans perquè aquest pugui consumir el suïcidi si finalment així ho decideix. El nombre de casos d'assistència al suïcidi en què han intervingut alguna d'aquestes organitzacions augmenta constantment d'any en any, la qual cosa reflecteix la creixent demanda que els fan pacients afectats de patologies incurables i/o severament invalidants i per als quals les alternatives que els han estat ofertes o que s'han posat efectivament en pràctica (cures paliatives, unitats de tractament del dolor, assistència socio sanitària,...), encara que siguin de qualitat, no resulten suficients o simplement no responen a les expectatives d'aquests pacients.

A més, en el cas de la *Suisse Romande*, Exit va sol·licitar el març de 2006 la possibilitat de realitzar la seva tasca d'assistència al suïcidi fins i tot en els Hospitals Universitaris de Ginebra, tal com ja ocorria en els de Lausanne. Aquesta petició va ser acceptada pel consell d'administració dels hospitals universitaris de Ginebra bé que sota condicions estrictes, especialment que els pacients no puguin ser traslladats al seu domicili (en aquest cas, òbviament, podrien sol·licitar l'assistència al suïcidi per si mateixos) i que en l'assistència al suïcidi no hi participin profes-

18. <http://www.nek-cne.ch>. Disposició núm. 9/2005: *L'assistance au suicide*.

19. Per una informació detallada sobre les Associacions DMD a escala mundial, consulti's: <http://www.exit-geneve.ch/adresses.htm>.

20. <http://www.compassionandchoices.org> és el resultat de la fusió de dues organitzacions: Compassion in Dying (Portland, Oregon) i End-of-Life Choices, l'antiga Hemlock Society, (Denver, Colorit), ambdues als USA.

21. Membre de la Federació d'Associacions DMD.

22. <http://www.exit-geneve.ch>.

23. <http://www.exit.ch>.

Artículo

sionals sanitaris del propi hospital. En paraules del Dr. Jérôme Sobel, president des de 2000 d' *Exit-Suisse Romande*, "Il s'agit d'un très grand progrès et je suis très satisfait de cette prise de position ouverte et tolérante. Il s'agit d'une liberté supplémentaire pour le patient, une sécurité pour celui qui veut pouvoir gérer sa fin de vie jusqu'au bout"²⁴.

Els membres d'Exit que decideixen suïcidar-se disposen de tres possibilitats: a) sol·licitar la intervenció d'un representant de l'associació; si el sol·licitant compleix els requisits establerts per l'organització, aquest representant li proporcionarà el producte letal; b) el sol·licitant formula la seva petició d'assistència al suïcidi directament al seu metge habitual, el qual decideix en consciència; c) si la persona decideix actuar per si mateixa, sense l'ajuda de ningú, es tracta d'un acte d'autoalliberament; en aquest cas el paper de l'organització es limita a facilitar als seus associats (amb una antiguitat mínima de tres mesos) una guia pràctica sobre com dur-ho a terme.

Quan un ciutadà suís sol·licita l'assistència al suïcidi mitjançant les citades organitzacions s'engega un procediment que, en línies generals, és el següent: el pacient ha de ser legalment capaç, ha de manifestar reiteradament el seu desig de morir i ha d'experimentar un patiment al seu parer insuportable o estar severament incapacitat per a les activitats més quotidianes²⁵. Els voluntaris d' Exit segueixen, des de la primera entrevista amb el pacient, un protocol extremadament precís a fi de diferenciar als pacients que poden ser efectivament ajudats dels que no reuneixen alguna o algunes condicions per ser-ho. En qualsevol cas, l'organització recomana sistemàticament recórrer a les cures paliatives i que el pacient informi els seus vinculats de la seva petició d'assistència al suïcidi. En un segon moment, el pacient és examinat per un metge de l'organització que no prescriurà el fàrmac letal tret que estigui convençut que el pacient compleix els requisits abans citats i si el seu metge habitual no desitja participar en l'assistència al suïcidi; finalment, un voluntari d' Exit facilita al pacient el producte letal perquè ell mateix l'ingereixi o activi el dispositiu implementat a tal fi. Aquest mateix voluntari informa a la policia i al forense de la causa de la defunció del pacient. En casos especialment difícils, Exit disposa d'un Comitè d'ètica que avalua el cas.

Exit no és l'única organització d'ajuda al suïcidi que actua en la Confederació Helvètica. *Dignitas*, amb seu a Forch (Zurich)²⁶, és una organització que des de la seva fundació el 1998 facilita l'assistència al suïcidi a pacients que no són

ciutadans suïssos i que són socis de la citada organització. En paraules de la pròpia organització, "És inacceptable, per raons ètiques, que el suïcidi assistit a Suïssa sigui una possibilitat únicament a l'abast de les persones que casualment són ciutadans suïssos"²⁷. El protocol que han de seguir els voluntaris de *Dignitas* en molt similar al que s'ha fet referència en el cas d' Exit, amb la diferència que els socis que no resideixen a Suïssa han de desplaçar-se a aquest país a fi que un metge suís confirmi que en efecte el pacient compleix els requisits exigits; en cas afirmatiu, només un metge suís pot estendre la prescripció que serà posteriorment facilitada al pacient amb l'ajuda i l'acompanyament de membres de *Dignitas*.

➤ Apunt final

Sovint s'ha esgrimit la suposada especial idiosincràsia dels ciutadans dels països europeus de l'arc mediterrani, així com diferències culturals gairebé insalvables, per evitar el debat sobre el suïcidi mèdicament assistit (o sobre l'eutanàsia) en el nostre país i, més encara, per no despenalitzar la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits. Aquest tipus de suposicions només reflecteixen l'opinió de qui les sosté sense que de cap manera puguin ser preses com fets empírics inapel·lables. El que sí tenim, evidentment, en comú amb ciutadans d'altres societats en què l'eutanàsia o el SMA estan despenalitzats en determinats supòsits és la possibilitat de sofrir com a conseqüència de diverses patologies i que aquest sofriment dugui a algunes persones a preferir la mort abans que continuar suportant-lo en contra de la seva voluntat clarament i reiteradament expressada. No es tracta d'exposar una i mil vegades els mateixos arguments favorables a la despenalització de l'eutanàsia, la qual cosa inclou, en la nostra opinió, l'ajuda al suïcidi com un camí per posar fi a una vida que ja no es desitja. Aquests arguments han estat reiteradament exposats des d'àmbits i societats molt diferents. El que es precisa és voluntat, determinació i coratge polítics per part del legislador perquè els nostres conciutadans gaudeixin de possibilitats fins a ara reservades a malalts d'altres societats, ampliant així, per fi, el capítol dels drets humans fonamentals de manera que les persones tinguem el convenciment que, si així ho desitgem, podrem controlar el nostre procés de mort d'acord amb els nostres valors ètics personals i que la persona (o les persones) que ens ajudi en aquest moment final només serà qualificada de persona compassiva que haurà accedit a realitzar envers nosaltres un últim acte d'amor.

24. Entrevista amb el Dr. J. Sobel publicada a Genève Home Informations (GHI) el 21 de setembre de 2006. <http://www.exit-geneve.ch/presse.htm>.

25. Ziegler S i Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician-assisted suicide. *BMJ* 2007;334:295-298.

26. <http://www.dignitas.ch> Aquesta organització no pertany a la Federació d'Associacions pel dret a la Mort Digna.

27. <http://www.exit-italia.it/dignitas.htm> El lector trobarà en aquesta pàgina web en llengua italiana una exposició molt detallada del funcionament d'aquesta organització.