

Eutanàsia i ètica a l'atenció primària i comunitària

Reflexió des del punt de vista ètic sobre l'aplicació
del nou dret d'eutanàsia als centres d'atenció primària i
comunitària

Febrer de 2021

Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària

**Comitè d'Ètica
Assistencial
en Atenció Primària**





Autoria

Han elaborat aquest document els membres del Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS):

- Barceló Colomer, Maria Estrella
- Batalla Martínez, Maria Carme
- Cano Soler, Marcel
- Carranza Piquer, Mercè
- Carrasco Coria, Rosa
- Currubí Casasnovas, Margarita
- Espuga García, Montserrat
- Martínez Morales, Esmeralda
- Martínez Morales, Montserrat
- Minguella Garcia, Isabel
- Ortega Gutiérrez, Lluïsa
- Prieto Villanueva, Carmen M.
- Quinta Barbero, Maria Roser
- Serrano Ferrández, Elena María
- Soler Pardo, Engràcia
- Xandri Casals, Jordi

Direcció del document

- Montserrat Espuga Garcia

Edició i correcció

- Susana Palma

Comitè d'Ètica Assistencial
en Atenció Primària
Direcció d'Atenció Primària i a la Comunitat
Institut Català de la Salut
Barcelona, febrer de 2022

ME/sp 2021-09D-1221.v1.9



Per alleugerir el text, en aquest document en ocasions es pot utilitzar el masculí com a forma genèrica no marcada, seguint la normativa gramatical en llengua catalana.



Índex

Introducció	4
1. Objectiu del document	6
2. La Llei: aspectes ètics	6
3. La magnitud	7
4. Elements clau per a la deliberació del procés	8
4.1. Persones que en queden excloses.....	8
4.1.1. Menors d'edat.....	8
4.1.2. Persones amb problemes de capacitat o competència	8
4.2. La decisió.....	9
5. La pràctica: casos reals	9
5.1. Cas 1	10
5.2. Cas 2	10
5.3. Cas 3	11
5.4. Cas 4	11
6. Objeció de consciència	12
7. Recomanacions en l'aplicació de l'ajuda a morir	13
8. El paper dels professionals d'atenció a la ciutadania	14
9. Aspectes relacionats amb treball social	15
10. Donació d'òrgans	16
11. Suport als professionals	16
Glossari de termes clau	18
Bibliografia	21
Adreces d'interès	22



Introducció

«El nom de la vida és vida, però la seva obra és la mort»
Heràclit d'Efes (550-480 a. de C. ap)

Per als humans, la vida i la mort no són realitats monolítiques. Ambdós conceptes, ambdues vivències, arrelen i prenen cos en idees, principis, ideals... en els quals l'humà ha nascut, viscut i crescut. Té, per tant, un cert interès mostrar la polisèmia d'aquests conceptes fonamentals per a qualsevol ésser humà a l'hora de poder reflexionar sobre el final de la vida.

De tots és sabuda la passió per l'origen que respira i fa respirar la filosofia. Si la filosofia queda inaugurada (per dir-ho en termes escolars) per Plató, no és sobrer recordar que un dels seus diàlegs més rellevants, Fedó, gira entorn de la mort. De la mort en general, a través de la mort de Sòcrates, i on el final de la vida es presenta, fins i tot, com un guany. Diu Sòcrates, per boca de Plató: «Sense que els altres ho hagin advertit, l'home que s'ha ocupat seriosament de la filosofia no ha fet altra cosa que preparar-se per a la mort». De Grècia passa a Roma, on Ciceró afirma que tota la vida filosòfica és una «*commentatio mortis*» (una reflexió sobre la mort). Aprendre a morir, per tant, no és sinó aprendre a viure; a viure, tot i saber i acceptar –si es pot– que la vida és limitada i finita. L'afirmació de la mort esdevé, doncs, paradoxalment, l'afirmació de l'existència.

Donada la temàtica del nostre treball, ens centrarem en la mort. Vida i mort són dues realitats profundament interrelacionades i a l'hora de parlar de l'una no deixem de parlar de l'altra; l'una sense l'altra no poden entendre's. La mort pertany a la vida, és un desenllaç inevitable que el subjecte humà coneix per endavant, encara que sovint miri de foragitar-lo de la seva consciència. Podríem acceptar que, com més avança la civilització, més difícil se li fa a l'humà acceptar la seva finitud. No només pel predomini d'un individualisme ferotge –que el capitalisme interessadament engreixa–, pel *carpe diem*, per la “felicitat” a qualsevol preu o per la insistència en una imaginària i fal·laç completesa humana com a quelcom assolible, sinó també per un procés d'allunyament de la natura que podríem inscriure en un procés d'alienació de l'ésser humà contemporani.

Si bé podem entendre la mort com aquell fenomen biològic natural que implica la fi irreversible de les funcions vitals, la seva definició negativa implica una definició de la vida. És per això que, fins i tot si la intenció és reduir la mort a una qüestió tècnica (diagnòstic, causa, procés, etc.), aquesta implica una sèrie de pressupostos filosòfics, axiològics i una quantitat important d'implicacions ètiques. No és possible, doncs, reduir la mort a una qüestió tècnica.

Els humans tenim consciència de la mort, i això implica un sentit de la vida. Sentit que inclou valors, creences, espiritualitat, desig, etc.; en definitiva, en parlar de la mort, hem de poder escoltar el que significa la vida per al subjecte.

Per als humans, la vida té una dimensió espiritual o religiosa, com bé assenyala la popular frase de Luis Buñuel: «Soy ateo, gracias a Dios». Per activa o per passiva, la vida humana té una dimensió transcendent que convé poder escoltar i atendre.

La mort afecta tots els éssers vius, però la noció de mort és específicament humana en tant que, fins on sabem ara com ara, només els humans tenen consciència clara de la seva inexorabilitat.



Podríem dir que hi ha hagut tres maneres clàssiques d'abordar el problema de la mort. La primera és la de les doctrines de la caiguda, amb origen en les Upanisad de l'Índia, i en Plató a l'Occident, que es perllonga fins a Descartes i Malebranche. La mort allibera l'ànima de la presó corporal i torna a adquirir la idealitat intel·ligible en la qual es confon com les gotes en el líquid. La segona correspon a la de les doctrines d'informació, representades per Aristòtil, Tomàs d'Aquino i, més contemporàniament, per Bergson: l'ànima informa el cos, en tant que és forma o acte del cos. El cos és el material que ha de ser informat per l'ànima (Aristòtil). No hi ha, per tant, una immortalitat de l'ànima independent del cos. Seria l'experiència del propi jo la que retria comptes de la immortalitat realitzable amb una ajuda sobrenatural. La tercera manera de tractar el tema correspon al corrent materialista, que pensa la mort com un fet constatable. La seva explicació, tant per a l'humà com per als altres éssers, rau en la constitució física de l'univers: en l'antiguitat podem recordar Demòcrit, Epicur i Lucreci; al segle XIX, A. Comte i el materialisme històric de Marx, o al XX, el biòleg J. Monod.

És obvi que podríem allargar la llista, o aturar-nos-hi i mirar d'aprofundir en qualsevol dels pensadors esmentats o en tants d'altres que han pensat la mort amb cura. No hi ha espai per a aquesta tasca, i no estem gaire segurs que sigui el més adequat. Aquest repàs no pretén altra cosa que mostrar com la mort i la vida són realitats diverses per als éssers humans.

Tot allò que es pregunta qualsevol humà és la matèria primera de la filosofia. El que canvia és la disciplina, la profunditat i el fet de convertir-ho en una tasca a la qual consagrar la vida. Hem d'encarar la mort no únicament amb l'enfocament de totes les teories filosòfiques, sinó recordant que qualsevol humà té la seva concepció de la vida, de la mort i del després de la mort; la formuli explícitament o no la té, ja que és un fet consubstancial a la persona. Això ens convida –a l'hora de pensar en l'eutanàsia, el suïcidi assistit o qualsevol altra forma de mort no natural– a no oblidar que l'humà no és un objecte homogeni sinó un subjecte singular, que té la seva particular teoria sobre què és la vida i com hauria de ser la mort. Si hi afegim, amb Freud, que l'humà no aconsegueix representar-se mai la seva pròpia mort, som davant d'un repte formidable: humanitzar aquestes realitats sense renunciar a la tècnica.

L'angoixa, la por al desconegut, la dificultat per posar paraules a situacions que ens fan pensar en la mort, el silenci, la regressió i la demanda que les decisions són realitats que es poden pensar i que, de fet, la filosofia, la literatura, la psicologia, la medicina, etc., ho han fet. Però el més important és que puguin ser pensades, puguin ser escoltades, puguin ser acompanyades des de la singularitat de cada moment vital personal.



1. Objectiu del document

La nova Llei¹ (en endavant, LORE), ha generat molta documentació sobre aspectes organitzatius i legals respecte de l'accés a la prestació per a l'ajuda a morir (eutànasia o suïcidi assistit). En aquest document, però, volem fer referència als aspectes ètics més rellevants que afecten el procés d'assistència en la mort, mitjançant una reflexió ètica d'allò amb què ens podem trobar, ara i en un futur.

El nostre document vol ajudar a reflexionar i resoldre algunes qüestions ètiques sobre l'eutanàsia i el suïcidi assistit, i el marc legal actual.

D'aquesta manera, i amb voluntat d'aportar elements de reflexió que puguin ser d'utilitat als professionals i a la ciutadania, el document s'organitza al voltant dels aspectes que poden portar a qüestionaments ètics i que considerem bàsics. Així mateix, al final hi ha una selecció bibliogràfica i enllaços per aprofundir en el tema.

En aquest document ens referirem a l'eutanàsia en la seva accepció més àmplia: és a dir, la que implica un respecte a l'autonomia del pacient i la seva presa de decisions, així com l'observança de la dignitat de la vida, tant per al col·lectiu global com per a l'individu.

Hi ha moltes formes d'assistència a l'eutanàsia, i ara la Llei en despenalitzava les que parteixen de la voluntat de la persona; fins ara estàvem centrats a disminuir el patiment al màxim sense provocar la mort ni contribuir-hi directament.

2. La Llei: aspectes ètics

La Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia (LORE), que va entrar en vigor el 25 de juny de 2021, reconeix un nou dret individual que consisteix en la prestació sanitària de l'ajuda mèdica a morir.

S'entén per **eutanàsia** l'actuació que produeix la mort d'una persona de forma directa, intencionada, a petició expressa, informada i reiterada en el temps per aquesta persona, i que es duu a terme en un context de patiment per malaltia greu i incurable o de patiment greu, crònic i incurable que la persona experimenta com a inacceptable i que no s'ha pogut mitigar per altres mitjans.

S'entén per **suïcidi assistit** aquella pràctica en què el professional proporciona els mitjans intel·lectuals o materials imprescindibles perquè la persona pugui posar fi a la seva vida.

La Llei garanteix el dret a l'eutanàsia o el suïcidi assistit, i que el procediment sigui segur i fiable per a tots. Algunes persones l'esperen des de fa anys, d'altres s'hi oposen frontalment.

¹ Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628-C.pdf



És una Llei de caràcter garantista quant al dret del ciutadà a demanar ajuda per morir i la despenalització de l'actuació des del sistema sanitari, un cop s'ha assegurat que es compleixen els supòsits que recull la normativa.

La Llei es compon de cinc capítols:

1. Objecte de la Llei
2. Requisits
3. Regulació del procediment
4. Accés equitatiu per a tothom
5. Comissió de Garantia i Avaluació (CGA)

El capítol 1 és el que desenvolupa la part relacionada amb l'ètica i els valors, que és el que tractem en aquest document.

La veritable deliberació immersa en la Llei i el procés que l'envolta consisteix a reconèixer el patiment greu del pacient, ja que aquesta és una qüestió personal i íntima, molt difícil de poder compartir des de la perspectiva de la medicina, històricament avesada al manteniment de la vida. Més encara quan la petició es pot fonamentar en el dolor psicològic o existencial (aquell que respon a expectatives de vida i malaltia). Canvia el focus des del diagnòstic de la malaltia a la voluntat del pacient.

Els principis ètics que cal tenir en compte aquí són sobretot els del respecte a **l'autonomia del pacient** i a tot allò relatiu a la **dignitat de la vida i de la mort**, tant des del punt de vista general com de l'individual.

Altres principis molt importants són la **vulnerabilitat** i la **prudència**, i també la valoració de la competència per prendre decisions, explicitada en la Llei com a capacitat de fer o d'obrar.

Aquesta nova Llei obre deliberacions i debat, i acostia paradigmes tradicionalment separats, com la defensa de la vida per damunt de tot i la voluntat de morir quan l'individu no accepta les condicions que té el seu cas.

L'atenció primària, les cures pal·liatives i els serveis hospitalaris estan al costat del pacient en diferents formes i límits. Això ha facilitat poder accedir a morir amb dignitat i amb el menor patiment possible. També ho haurien d'estar els serveis de suport social, procurant que estiguin dimensionats i amb recursos suficients, per ajudar així a resoldre situacions relacionades amb drets bàsics fonamentals (salut, habitatge, educació, relació amb l'entorn...).

L'autonomia del pacient ha de ser el principi que guïï ara la situació, sense caure en autonomismes ni paternalismes, i sense deixar de banda l'acompanyament al pacient i l'entorn, deure bàsic del professional sanitari.

L'autonomia del pacient ha de ser el principi que guïï ara la situació.

3. La magnitud

Què hi ha que sigui més propi de l'atenció primària que l'acompanyament de la persona tota la vida, i fins a la mort? Quan parlem d'eutanàsia ens trobem en escenaris amb pilars que són comuns, com l'atenció al final de la vida, les cures pal·liatives, l'organització de les relacions entre serveis i nivells assistencials, el procés de diàleg i acompanyament al pacient



i la seva família per conèixer-ne els desitjos, les expectatives i les preferències de cures i mort, així com l'objecció de consciència o la formació adequada dels professionals, entre d'altres.

4. Elements clau per a la deliberació del procés

Els elements que considerem fonamentals són:

- **Formació** dels professionals, sense la qual és molt difícil posar en marxa i desenvolupar la nova prestació; aspectes teòrics, habilitats i actituds.
- Treball en **equip** i interrelació **entre nivells assistencials i entre tots els serveis sanitaris i socials implicats en el cas**, ja que és el pacient qui determina quan, amb qui i on vol rebre l'assistència.
- **Objecció de consciència**, com a respecte als valors dels professionals.

4.1. Persones que en queden excloses

Amb la publicació de la LORE s'obre el debat quant a aspectes tan importants com són els dos grups de persones vulnerables que no hi estan recollits: els menors d'edat i les persones no competents.

4.1.1. Menors d'edat

La LORE considera únicament el dret a l'eutanàsia de persones majors d'edat (18 anys). Aquesta limitació suposa excloure-hi els conceptes **de majoria d'edat sanitària** i de **menor madur**; així mateix, deixa un buit en el cas dels menors i les seves famílies o dels representants legals: no s'hi considera que puguin sol·licitar aquest tipus d'ajuda en el cas que un infant pateixi una malaltia greu i incurable, amb un patiment greu, crònic i impossibilitant, en els termes establerts per aquesta mateixa Llei.

En altres països, com els Països Baixos o Colòmbia, els menors poden accedir a l'eutanàsia; dels 12 als 16 anys, amb el consentiment dels progenitors i, després, sense. De fet, després d'una recent reforma legislativa, a Holanda s'autoritza a més l'eutanàsia a menors d'entre un i dotze anys en els casos de malalties incurables, amb un patiment insuportable i sense esperança de vida, quan la mort arribarà en un futur previsible.

4.1.2. Persones amb problemes de capacitat o competència

En aquest cas, ens trobem dues modalitats a les quals no es reconeix el dret a l'eutanàsia:

- persona **sense document de voluntats anticipades (DVA)**,
- persona **amb el DVA fet, però sense explicitar-hi la petició d'eutanàsia**.

Aquests col·lectius de persones, especialment vulnerables, queden excloses de poder fer la sol·licitud.

Seria objecte de debat teòric si la LORE hauria hagut de preveure la possibilitat que els representants legals la poguessin sol·licitar.



Si la persona té fet el DVA i s'hi explicita l'eutanàsia, si es troba en situació d'incapacitat per fer efectiva la petició serà el representant qui hagi d'actuar.

4.2. La decisió

El **respecte a l'autonomia i la prudència** són els principis ètics més aplicables, i la **deliberació** i la **valoració de la competència**, per la seva banda, són aspectes que cal tenir en compte i valorar en el procés.

Segons la LORE, la persona necessita un informe favorable de professionals externs al seu cas, alguns dels quals ni tan sols coneixen el pacient. És un repte fer créixer la confiança per tal de poder valorar la demanda i les seves motivacions. Per això, el coneixement tècnic i el respecte a l'autonomia han d'anar lligats.

És recomanable utilitzar el mètode deliberatiu en totes les fases del procés. Deliberar significa escoltar i parlar amb la persona, una vegada i una altra, fins a copsar l'essència del que s'està tractant. No comporta enfrontar posicions encara que sí, exposar-hi altres possibles punts de vista; es tracta sobretot de compartir tots els passos i les valoracions, de respectar la identitat i la dignitat de tothom qui hi intervé i, molt especialment, del pacient.

Cal tenir en compte que el patiment no sempre es correspon amb l'apreciació del pacient que en fa el professional, sinó que poden haver-hi molts detalls que s'han de considerar (sobretot davant de persones amb malalties mentals o altres no altament evidenciables). No hi ha dos pacients iguals, encara que tinguin circumstàncies similars. És aquí que l'escolta i la deliberació són imprescindibles.

També s'ha de tenir en compte l'atenció a la comunitat: d'una banda, mantenint la confidencialitat de totes les persones implicades (pacient, família i professionals sanitaris, incloent-hi els treballadors socials); de l'altra, cal fer pedagogia de l'autonomia de les decisions, fins i tot de la de morir, evitant estigmatitzacions i altres situacions.

Quan arriba la petició d'eutanàsia, el procés deliberatiu del pacient ja està avançat. Fora bo que es pogués fer en comú amb el seu equip de referència

5. La pràctica: casos reals

A continuació es recullen alguns casos reals de la pràctica clínica, amb peticions d'ajuda a morir abans de l'aprovació de la Llei que despenalitza alguns supòsits.

Per a cada cas plantejem una anàlisi ètica des del punt de vista dels valors o principis en conflicte; presentem els cursos d'acció possibles i proposem algunes recomanacions.

També s'hi inclouen un parell de casos actuals resumits atès que enriqueixen la reflexió, objectiu d'aquest document.

L'atenció primària es troba dia a dia amb situacions de final de vida, i amb diferents opcions i formes de viure-les per part de les persones i les famílies. Fins ara, hem fet reflexions i actuacions en aquest sentit, sempre a l'empara de la Llei; i ara ens ha arribat



5.1. Cas 1

Home de 30 anys amb una malaltia greu i incurable que li impossibilita portar una vida autònoma, tot i els suports que necessita, i digna segons els seus valors (tetraplegia). Rebutja les cures, els tractaments i les derivacions necessàries per mantenir el seu estat físic. No té parella i viu amb els seus pares.

Parlant amb la infermera que l'atén a domicili i li fa les cures, que és amb qui té més confiança, explica que vol fer el possible per causar-se la mort i que, tal com està, només li queda el rebuig al tractament del qual espera una complicació fatal.

Coneix que en aquell moment l'eutanàsia és il·legal, i no vol problemes amb la llei per a ningú, ja que per Internet pot aconseguir el material necessari, però no se'l pot administrar.

Els seus professionals assignats –infermera, metge i treballador social– repassen el cas. Miren quines atencions ha rebut i si pot tenir algun desordre, tant per problemes físics com psicològics, relacionals o socials. L'equip considera que ha seguit un procés bo, i que només cal revisar-lo de nou, amb ell i la família, per corroborar la primera impressió. La infermera parla amb ell d'aquesta situació i li demana si hi ha quelcom que ell pensi que el pot ajudar a millorar; ell ho nega.

Després de l'inici de la discapacitat va ser atès durant un any per un equip de rehabilitació i reinserció; els resultats, segons el pacient, van ser molt satisfactoris. La seva realitat, però, ara com ara, és insuportable per a ell.

L'equip demana l'opinió al psicòleg del Centre de Salut Mental (CSM) de l'Equip, i consulta el Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'ICS (CEAAPICS).

Finalment, un dia els comuniquen que el pacient ha mort.

La dificultat en aquest cas es trobava en la necessitat de suport per un patiment existencial greu, i entraven en conflicte dues perspectives: l'autonomia del pacient per decidir acabar amb la situació, i la impossibilitat d'obtenir assistència per a la prestació de l'ajuda a morir, il·legal en aquells moments.

D'altra banda, també s'hi oposaven els criteris de l'equip sanitari respecte a les cures i al manteniment de la vida com a prioritat.

5.2. Cas 2

Dona de 78 anys, vídua, amb diagnòstic de malaltia de Parkinson des de 2005. Conviu amb una cuidadora, i la seva filla li dona suport en les cures. Ara la malaltia està en estadi avançat, i presenta fluctuacions motores, limitants i freqüentment invalidants, que li impedeixen la ingestió d'aliments, i que són causa de dolor generalitzat.

Hi ha necessitat d'atenció urgent, tant al domicili com a serveis hospitalaris, per síndrome rígida-acinètica greu.



Des de fa dos anys, arran de les crisis motores, han anat empitjorant la seva autonomia i la mobilitat, de manera que necessita més ajuda per a les activitats de cura personal i de la casa. Els canvis en la pauta, la dosi i el tipus de tractament possibiliten un control parcial dels símptomes, però no total, i produeixen reaccions adverses.

Es planteja l'opció d'ingrés per aplicar-li una infusió contínua amb levodopa, tot i que el tractament presenta limitacions donada l'evolució de la seva malaltia, tal com n'informen la pacient. La pacient refusa el procediment, i sol·licita ajuda per morir: verbalitza que el sofriment que li genera la malaltia no li permet de viure amb dignitat.

Amb diferents trobades, la pacient entén que el marc legal en aquell moment no empara la seva petició, i s'inicien cures pal·liatives amb PADES per minimitzar-li el patiment; així mateix, es fa el DVA, en el qual s'expressen els seus desitjos quan arribin els moments finals.

La qüestió ètica es plantejava en la complexitat de les cures a la pacient, en el seu rebuig a les opcions terapèutiques disponibles, en la seva demanda d'eutanàsia (il·legal, aleshores), així com en el compromís de seguir-la acompanyant.

5.3. Cas 3

Dona de 88 anys amb artropatia degenerativa que en el darrer any ha empitjorat molt, que li limita les activitats de la vida diària (AVD) i que no millora malgrat diversos tractaments. Viu sola des de fa més de 20 anys, en una casa aïllada fora del nucli urbà.

Demana ajuda per morir ja que pensa que la seva vida amb dignitat, tal com ella l'entén, ja s'ha acabat. No vol més suport domiciliari, ni ingressar a una residència, ja que això es contraposa amb el seu concepte de dignitat.

Es delibera extensament amb els professionals de l'Equip d'Atenció Primària: medicina, infermeria i treball social. En aquell moment falta un mes per a la promulgació de la Llei, i així s'explica. S'estableix una molt bona relació assistencial.

Els professionals de l'Equip d'Atenció Primària –medicina, infermeria i treball social–, deliberen extensament amb la pacient: en aquell moment falten pocs mesos per a l'entrada en vigor de la Llei que regula el dret que ella sol·licita, i així se li explica. S'estableix una molt bona relació assistencial.

La discussió ètica sorgeix en aquest cas per la decisió de la dona d'acabar amb la seva vida, donada la discapacitat en augment que li impedeix mantenir la dignitat vàlida per a ella i per l'absència de família i entorn social conegut.

S'hi oposen el marc legal d'aquells moments i els professionals, que s'orienten cap a la cura i la protecció de la vida.

5.4. Cas 4

Home de 40 anys amb esclerosi múltiple molt evolucionada, limitant per a les AVD malgrat els diversos tractaments que, a més, li causen molts efectes adversos.



Comença a valorar l'eutanàsia un any abans de la Llei i, en entrar aquesta en vigor, presenta la sol·licitud. Cal precisar que és una persona no visitada habitualment per l'equip on formula la petició.

En la deliberació amb l'equip, es presenta com a punt fort el seu qüestionament. El pacient es pregunta: per què cal que tres metges i un jurista hi donin l'acceptació si la decisió no hauria de ser només seva, sobretot atenent que l'equip sanitari no el coneix prou per valorar-ne el patiment. Explica com la seva salut el té encaixat en un estat proper a la mort, ja que té limitades les capacitats físiques i mentals.

La qüestió ètica és, de nou, respectar l'autonomia en una decisió, ara legal; acceptar el procés d'eutanàsia –en aquest cas, suïcidi assistit–, amb les dificultats que pot presentar; i, novament, els valors del sanitari referent, com a persona i com a professional.

Vegeu la diferència entre [eutanàsia](#) i [suïcidi assistit](#) al Glossari de termes clau.

6. Objeció de consciència

L'objecció de consciència és una decisió individual del professional, i pot variar al llarg del temps, fruit d'un procés de reflexió. Es pot pertànyer a un col·lectiu d'objectors de consciència, però la decisió és individual.

Una situació ben diferent és que es valori que el pacient no compleix els supòsits de la Llei i el metge (responsable o consultor) decideixi no seguir amb el cas o fer-ne un informe desfavorable.

En cas de voler ser objector, cal omplir la sol·licitud de registre a la plataforma habilitada a tal efecte², la qual permetrà obtenir-ne el certificat corresponent, i posar-ho en coneixement de la direcció de l'equip, que farà les actuacions perquè no s'endarrereixi innecessàriament l'atenció a la sol·licitud del pacient, que es pot sentir desatès. El registre s'ha de sotmetre al principi d'estricta confidencialitat, així com a la normativa de protecció de dades de caràcter personal.

L'objecció de consciència és una opció per al professional quan l'objectiu del procediment entra en conflicte amb els seus valors, com a persona i com a sanitari. L'objecció concerneix la prestació pròpiament de l'ajuda a morir, i no afecta l'acompanyament i el suport del pacient i la família, funcions genuïnes de l'atenció sanitària i en les quals participa tot el personal que entra en relació amb el pacient.

² Vegeu: Generalitat de Catalunya. Registre de professionals sanitaris objectors de consciència per dur a terme l'ajuda per morir (eutanàsia). [Internet]. Disponible a:

<https://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Registre-de-professionals-sanitaris-objectors-de-consciencia-per-dur-a-terme-lajuda-per-morir-eutanasia?category=70961641-b2c0-11e9-8dc5-005056924a59>



És responsabilitat de la direcció del centre articular els mecanismes per assignar un altre professional i comunicar-li la decisió al pacient, si escau (si és el professional responsable triat pel pacient).

Poden ser objectors els professionals de medicina, infermeria, psicologia i farmàcia.

En cas que el professional objecti davant d'un cas concret només ho haurà de comunicar a la direcció del centre, que farà les mateixes gestions respecte del pacient que quan es tracti d'una objecció de consciència general.

Cal tenir en consideració la possibilitat que hi hagi conflictes d'interessos que puguin dificultar el procés; per exemple, en cas que el professional rebi algun tipus de benefici de la mort del pacient. En aquest cas, el professional ha de demanar el traspàs del cas a un company.

És responsabilitat de la direcció del centre articular els mecanismes per assignar un altre professional, i comunicar-li la decisió al pacient.

7. Recomanacions en l'aplicació de l'ajuda a morir

Quan arribi el moment de l'aplicació de l'ajuda a morir, hem de tenir en compte alguns elements fonamentals:

- Cal considerar, en primer lloc, la **vulnerabilitat** i la **fragilitat** de la persona i del seu entorn: família, cuidadors...
- S'han de tenir molt en compte els **temps**, ja que tenen diferent valor a una banda i l'altra del procés; és a dir: els viuen de forma diferent els professionals sanitaris i la persona, la família, els cuidadors...
- Cal garantir, en la mesura que escaigui, l'accés a les **cures pal·liatives** fins al moment de procedir a la prestació d'ajuda a morir. Les cures inclouran mesures de confort, de disminució del patiment i de control del dolor.
- S'han d'explicar cadascun dels **passos** que es donen al pacient i a la família.
- S'ha de verificar, amb el pacient i el seu entorn, que disposen de la **informació** sobre el procés i que l'entenen, i es procurarà l'acompanyament d'un psicòleg si és necessari.
- Cal cercar la forma perquè es compleixin les **voluntats** de la persona, que poden incloure: disposar de suport espiritual, acomiadar-se de la família i les persones estimades, resoldre temes pendants, etc.
- Quan sigui possible, es recomana que el procediment es realitzi en el **lloc escollit pel pacient**, adaptant l'entorn a la necessitat d'intimitat i confort del moment. La Llei només preveu l'aplicació al domicili o en un centre hospitalari. En cas que hi hagi donació d'òrgans, la prestació haurà de fer-se a l'hospital.
- L'equip multidisciplinari caldrà que estigui preparat i conegui la tècnica per iniciar i finalitzar el procediment, minimitzant l'angoixa que pugués presentar el pacient en el procés. Cal tenir assegurada la part tècnica, el lloc, la medicació i el material de venipunció, i haver valorat l'estat del pacient.



- Mentre mantingui la consciència, la persona pot decidir no continuar el procés en qualsevol moment. Si s'escau, se li respectarà la decisió sense entrar en deliberació per fer-la canviar d'opinió, i s'aturaran les actuacions.
- En tot moment, des de l'inici fins al final del procés de la mort, cal que el pacient estigui acompanyat per l'equip responsable de l'aplicació de l'eutanàsia, així com per les persones que vulgui que l'acompanyin.
- Legalment es considera la **mort natural** com a causa, i així ha de constar en el registre civil, tal com especifica la disposició addicional primera de la LORE.
- Cal fer el **certificat de defunció**, on constarà com a causa immediata «aturada cardiorespiratòria – prestació d'ajuda a morir»; i com a causa fonamental, s'hi farà constar la malaltia de base que és causa del patiment del pacient.
- S'ha de mantenir la confidencialitat durant tot el procés. Els centres que duguin a terme la prestació, a més, han d'aplicar les mesures necessàries per garantir la privacitat del pacient i el seu entorn.
- Cal enregistrar a la història clínica del pacient com s'ha portat a terme el procés, així com l'hora d'inici i de finalització de la prestació. Cal introduir la informació i els documents a l'aplicació PRAM – Prestació d'ajuda a morir.

Cal donar suport psicològic a la família durant el procés i quan es dugui a terme la prestació, i fer-ne un seguiment en les setmanes posteriors.

8. El paper dels professionals d'atenció a la ciutadania

A la LORE no s'especifica quin és el paper que hi poden tenir els professionals de la unitat d'atenció a la ciutadania (UAC) dels equips i les unitats d'atenció primària. Igual que fan en altres processos assistencials, recomanem que els professionals de la UAC s'impliquin en les peticions d'ajuda per morir.

Aquests professionals en moltes ocasions són els que reben en primer lloc les sol·licituds d'informació, i poden ser persones clau en aspectes com: informació i explicació del circuit que cal seguir per a l'emplenament del DVA, acompanyament i ajuda per a la realització del DVA i informació sobre la LORE i com funciona el procés a la ciutadania que ho sol·liciti.

També són el nexa d'unió entre pacients i professionals sanitaris davant de l'aparició de problemes quan no hi són els altres membres de l'equip.

El pacient pot sentir menys pressió en adreçar-se inicialment als professionals de la UAC, per la qual cosa constitueixen una molt bona porta d'entrada.

És recomanable assignar-li al pacient una persona de referència d'aquest col·lectiu, que li facilitarà el camí, li podrà evitar cues i desplaçaments innecessaris i que representarà un altre element de suport.

Des del primer contacte, els professionals d'atenció a la ciutadania (UAC) tenen un paper fonamental: s'asseguraran de donar la informació adequada i de manera que els interlocutors l'entenguin; així mateix, juntament amb la resta de l'equip de referència, acompanyaran la persona i la seva família.



9. Aspectes relacionats amb treball social

El metge responsable pot activar, sempre que ho consideri oportú, la participació d'altres professionals (treballadors socials, referents de salut mental, altres especialistes, el CEAAPICS, etc.), en qualsevol moment del procés de la prestació, com a membres de l'equip assistencial o com a assessors.

Pel que fa als professionals de treball social, l'entorn del pacient és molt important; s'ha d'investigar i posar-hi els recursos necessaris. Per la seva banda, la Llei (LORE)¹ exposa en el seu preàmbul que «s'han d'establir garanties perquè la decisió de posar fi a la vida es produ-

eixi amb absoluta llibertat, autonomia i coneixement, protegida per tant de pressions de qualsevol índole que puguin provenir d'entorns socials, econòmics o familiars desfavorables, o fins i tot de decisions apressades».

Així mateix, pel que fa als requisits per accedir a la prestació, en el punt *b* de l'article 5 s'afirma que cal «Disposar per escrit de la informació que hi hagi sobre el seu procés mèdic, les diferents alternatives i possibilitats d'actuació, inclosa la d'accedir a cures pal·liatives integrals compreses en la cartera comuna de serveis **i en les prestacions a què tingui dret de conformitat amb la normativa d'atenció a la dependència**». S'entén, per tant, que l'assessorament sobre els aspectes socials és preceptiu i ha de formar part del procés deliberatiu previst per la Llei. Quan concorrin aquestes circumstàncies, doncs, el professional de treball social sanitari hi donarà l'assessorament que escaigui al cas.

Per tal de realitzar adequadament aquesta funció informativa i d'aconsellament, el treballador social realitzarà l'exploració i la valoració social; per fer-ho, cal que conegui la persona sol·licitant, el seu entorn, així com les possibilitats de suport que ofereix la família i la xarxa relacional en general. Procurarà identificar quines són les seves preocupacions, què dona –o donava fins a aquell moment– sentit a la seva vida, en quin moment es comença a plantejar l'eutanàsia com una opció i què va passar en aquell moment perquè comencés a prendre-la en consideració. Una actitud empàtica facilita entendre la persona i ajustar-hi la intervenció.

És important descartar que hi hagi una manca de cobertura de necessitats socials que estigui condicionant la decisió (cal confirmar que el pacient disposa de condicions materials per desenvolupar una vida digna) i que no hi hagi una situació reversible i tractable en un àmbit psicosocial (emocional o relacional), que podria estar incidint en el seu patiment.

També s'ha de fer una valoració dirigida a designar el millor lloc per al procediment, decisió que haurà d'acordar-se amb el pacient i en la qual es tindran en compte factors que hi intervenen: per exemple, si es tracta d'un pacient que viu sol i no té família, si és una persona que vol –i pot– fer donació d'òrgans (en aquest cas, s'haurà d'aplicar l'eutanàsia en un centre hospitalari públic), etc. En cas que s'acordi realitzar el procediment en el domicili, el treballador social també pot contribuir puntualment a la seva valoració.

Els condicionants socio-sanitaris són bàsics per a la salut, per viure i per morir dignament. Cal valorar el pacient juntament amb la seva situació (o en la seva circumstància, com diria el filòsof Ortega y Gasset), tenint en compte la seva família, les seves relacions, la seva xarxa de suport social, etc.



Si no forma part ja de l'un equip multidisciplinari, s'indica³ que el metge responsable activi la participació del treballador social si es dona alguna de les situacions següents:

- ho sol·licita la persona o el seu nucli familiar;
- hi ha sobrevivents vulnerables, menors, persones grans, etc.;
- el sol·licitant no té vincles familiars;
- cal mobilitzar recursos a la comunitat, abans o després de la mort.

En definitiva, la col·laboració amb els professionals de treball social permet valorar la situació i les necessitats de la persona, i proporcionar-li recursos i informació complementària per facilitar-li la presa de decisions, així com per garantir la millor qualitat en l'atenció i l'acompanyament durant tot el procés.

La LORE ens dona l'oportunitat per replantejar l'atenció que es dona a les persones al final de la vida. En aquest sentit, pot estar indicat fer un seguiment social proactiu d'aquelles persones que reben el diagnòstic d'una malaltia degenerativa incurable, i incorporar en les guies clíniques la valoració social des de l'inici del procés assistencial.

10. Donació d'òrgans

Si no hi ha cap impediment clínic per fer-ho, cal abordar la disposició del pacient sobre la donació d'òrgans. En cas que accedeixi a ser donant, el decés s'haurà de produir en un hospital públic per tal que es puguin preservar els òrgans.

És una qüestió que cal deliberar amb calma amb el pacient; cal explicar-li les exigències tècniques que comporta i la necessitat d'un entorn hospitalari. S'haurà de respectar la decisió de la persona.

11. Suport als professionals

Durant el procediment de l'ajuda a morir, complex i de molt recent implementació, poden sorgir-hi **dubtes tècnics**. Per ajudar a resoldre'ls, els territoris i els hospitals de l'Institut Català de la Salut (ICS) a Catalunya compten amb un o més **referents**. El referent és una persona amb formació més específica, que donarà assessorament i suport als professionals que es trobin amb un cas, i en farà el seguiment.

Pel que fa a qüestions de registre a l'aplicació, l'**Oficina de Coordinació de la Prestació d'Ajuda per Morir (Oficina PRAM)** dona suport als professionals que ho puguin necessitar.

³ Vegeu:

Departament de Salut. Direcció General de Planificació en Salut. Model per al desplegament de la prestació de l'eutanàsia. Juny de 2021. Disponible a:
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Vida_saludable/Etapas_de_la_vida/final-vida/eutanasia/model-desplegament-prestacio-eutanasia.pdf



Contacte amb l'Oficina PRAM:

oficina.pram@gencat.cat

Per la seva banda, el **CEAAPICS** dona suport per a qualsevol dubte de caràcter ètic que es presenti, sobre els principis afectats, la deliberació i altres qüestions. S'hi pot contactar a través del correu electrònic.

Contacte amb CEAAPICS:

cea.ics@gencat.cat

També es pot consultar amb els **comitès d'ètica assistencial dels hospitals** o amb referents del territori.

Els **equips directius** dels centres respectius donaran suport i facilitaran els mitjans per tal que la prestació es pugui dur a terme, i posaran una especial atenció a les repercussions emocionals que puguin tenir els professionals.

D'altra banda, s'ha habilitat un circuit amb la **Fundació Galatea** per al malestar emocional o els problemes psicològics derivats de la prestació que se'ls puguin presentar als professionals, en qualsevol moment del procés o amb posterioritat. L'atenció és confidencial.

Contacte amb la Fundació Galatea:

- Telèfon: 935 678 856
- Adreça electrònica: fgalatea@fgalatea.org



Glossari de termes clau

- **Adequació / limitació de l'esforç terapèutic.** Suspensió o no aplicació dels tractaments mèdics que no serveixen per millorar el confort del pacient o la seva qualitat de vida, incloent-hi les tècniques de manteniment artificial de la vida, com ara la nutrició enteral o parenteral.
La iniciativa pot provenir del mateix pacient –perquè tingui competència en el moment o bé perquè ho hagi explicitat en un document de voluntats anticipades– o bé dels professionals que l'atenen, en deliberació amb els familiars.
La no aplicació de tractaments pot accelerar o no la mort, però no són una acció per causar-la directament.
- **Atenció pal·liativa.** Cures actives totals destinades a pacients amb processos avançats i incurables, així com als seus familiars, amb atenció especial al confort i a la qualitat de vida. *És funció de tots els professionals sanitaris alleujar el dolor i el sofriment dels malalts que estan en una fase terminal. Aquestes persones tenen el dret a rebre assistència de qualitat, juntament amb suport psicològic i ajut social, que contribueixin a humanitzar el procés de la seva mort.*
- **Autonomia del pacient.** Capacitat per actuar de forma lliure; és a dir: prendre decisions i obrar d'acord amb els valors, les creences i els interessos personals.
- **Comissió de Garantia i Control (CGA)⁴.** És una comissió multidisciplinària amb un mínim de set membres, sanitaris o juristes. Té funcions de control i consultives.
- **Dignitat.** Qualitat inherent a la persona, que li atorga un valor incondicional, i la qual fa que sigui mereixedora de respecte i consideració.
- **Equip sanitari responsable.** Està format per professionals sanitaris que participen en la prestació de l'ajuda a morir sota la coordinació del metge responsable.
- **Eutanàsia.** És l'actuació mèdica amb l'objectiu de causar la mort, d'una manera ràpida i indolora, a un pacient amb un patiment insuportable, causat per una malaltia incurable i en fase irreversible, a petició expressa, reiterada i informada del pacient.⁵
- **Ideal de bona mort.** Representació mental sobre la manera com cadascú voldria que fos el seu final de la vida.
- **Malaltia greu i incurable.** És aquella afecció que genera un patiment físic o psíquic constant i insuportable, sense possibilitat d'alleujament que la faci tolerable per al pacient; s'associa a un pronòstic de vida limitat, i es dona en un context de fragilitat progressiva.
- **Metge responsable (MR).** És el facultatiu que coordina la informació i l'assistència sanitària, i actua com a l'interlocutor principal amb la persona que demana la pràctica de l'ajuda a morir.

⁴ La Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya es crea al Decret Llei 13/2021, de 22 de juny, pel qual es regula la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya i el Registre de professionals sanitaris objectors de consciència, en desenvolupament de la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 8443 de 25/06/2021. Disponible a:

<https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8443/1859065.pdf>

⁵ Font: Departament de Salut; Termcat, Centre de Terminologia. Diccionari de bioètica [en línia]. Barcelona: Termcat, Centre de Terminologia, cop. 2019. (Diccionaris en Línia). Disponible a: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/271/fitxa/Mjc2Nzc2OQ%3D%3D>



El pacient té autonomia per escollir qui serà el seu MR entre tot el personal mèdic de la seva xarxa assistencial. Preferentment, haurà de triar entre els professionals que han participat en el procés assistencial pel qual demana l'eutanàsia.

- **Metge consultor.** És el facultatiu amb formació específica en el procés patològic del pacient, i és l'encarregat de corroborar el compliment dels requisits previstos en la LORE. Pertany a un equip diferent al del MR.
- **Objecció de consciència.** És el dret individual a no atendre aquelles demandes d'actuació que resulten incompatibles amb les conviccions morals pròpies. És el refús d'obeir una ordre, una obligació professional o una llei que hom troba inacceptable per raons ètiques, polítiques o religioses.

En aquests casos, els motius adduïts estan relacionats amb la consideració del respecte a la vida o amb creences religioses, que limiten el seguiment de la legislació vigent que afecta aquestes pràctiques.

- **«Patiment greu, crònic i impossibilitant».** La LORE¹ el defineix com aquella situació que fa referència a limitacions que incideixen directament sobre l'autonomia física i les activitats de la vida diària de manera que no permet valer-se per si mateix, així com sobre la capacitat d'expressió i relació i que porta associat un patiment físic o psíquic constant i intolerable per a qui el pateix, amb una gran probabilitat de persistència en el temps, sense possibilitat de curació o millora apreciable.
- **Planificació anticipada de decisions sanitàries (PADS).** És el procés mitjançant el qual el professional de la salut, conjuntament amb la persona atesa i en previsió que el curs de la seva malaltia no li permeti expressar la seva voluntat en un futur, planifiquen les decisions sanitàries que caldrà prendre tenint en compte les seves preferències.

Les voluntats anticipades han de quedar registrades a la història clínica del pacient –si escau, en el marc d'un pla d'intervenció individualitzat i compartit (**PIIC**)–, de manera que estiguin accessibles per a tots aquells professionals o equips de salut que puguin atendre'l i que, segons la seva evolució, potser hagin de prendre les decisions a les quals el pla es refereix, i sempre l'hauran de tenir en compte de forma reflexiva i flexible.⁶

Concepte relacionat amb [voluntats anticipades](#).

- **Prestació d'ajuda a morir.** És l'acte pel qual es posa fi a la vida del pacient en els termes establerts per la Llei (LORE). Hi ha dues modalitats:
 - un professional sanitari administra la medicació;
 - un professional sanitari prescriu o facilita la medicació que s'autoadministrarà el pacient.
- **Rebuig al tractament.** En un exercici de la seva autonomia, el pacient (o el seu representant) refusa el tractament o la cura que li proposen per a la seva malaltia o per a algun símptoma.

El resultat del refús pot accelerar o no la mort, però no hi ha cap acció directa destinada a causar-la.

⁶ Per a més informació, vegeu: 'Observatori Qualy / CCOMS-ICO de l'Institut Català d'Oncologia i la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut. Comitè de Bioètica de Catalunya. Reflexions sobre l'ètica en la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA). Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/macadesembre2013.pdf



- **Representant.** En termes sanitaris, és la persona responsable de la presa de decisions d'un representat que, en el moment en què es requereix, no pot decidir per ell mateix. El representant, que és una persona de la confiança del pacient, pot ser o no familiar, i ha d'actuar en defensa dels interessos de la persona a qui representa i vetllant perquè es compleixi la seva voluntat.

De vegades, el pacient l'haurà designat en un document d'instruccions prèvies; en cas que no sigui així, els professionals sanitaris consultaran les decisions amb les persones que hi estan vinculades per raons familiars o de fet ⁷.

- **Sedació.** És la disminució deliberada del nivell de consciència del malalt, mitjançant l'administració dels fàrmacs adients, amb l'objectiu d'evitar-li un patiment intens causat per un o més símptomes refractaris (dolor, vòmits, dispnea...)⁸.

L'anomenem **pal·liativa** quan es produeix en situació terminal.

No provoca ni accelera el procés de mort.

- **Suïcidi assistit.** És una de les dues modalitats de la prestació d'ajuda per morir. Consisteix a proporcionar al pacient els mitjans intel·lectuals o materials imprescindibles perquè pugui posar fi a la seva vida, en el context de petició expressa i reiterada d'eutanàsia i complint amb els requisits establerts per llei.

- **Voluntats anticipades⁹:**

- Concepte. Declaracions orals o escrites dirigides als professionals sanitaris sobre les cures de salut que una persona vol que es tinguin en compte si algun dia no les pot expressar personalment.
- Document de voluntats anticipades (DVA). És un document, adreçat a l'equip sanitari, en el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions que s'hauran de tenir en compte si es troba en una situació en la qual no pot expressar personalment la seva voluntat. En aquest document, la persona també pot designar un representant, que és l'interlocutor vàlid i necessari perquè la substitueixi si s'escau la necessitat.

Es tracta d'una forma de poder continuar exercint el dret a ser respectat en els valors propis, amb la seguretat que aquest respecte es mantindrà si es presenta una situació de més vulnerabilitat.

Concepte relacionat amb planificació anticipada de decisions sanitàries.

⁷ Per a més informació, vegeu:

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. Butlletí Oficial de l'Estat 274, de 15-11-2002. Disponible a:

https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf

⁸ Font: Grupo de trabajo Atención Médica al Final de la Vida. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gómez Sancho M (coord.). Madrid: Estudios OMC, 2015. Disponible a:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf

⁹ Per a més informació, vegeu:

Canal Salut. Voluntats anticipades. [Internet]. Disponible a:

<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades/>














Bibliografia

- Broggi MA. Per una mort apropiada. Barcelona: Edicions 62, 2011. Col·lecció Llibres a l'Abast.
- Camps V. La voluntat de viure. Barcelona: Ariel, 2005. Col·lecció Ariel Filosofia.
- Royes A (coord.). Morir en llibertat. 2a ed. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona, 2016.
- Canal Salut. Eutanàsia a Catalunya.[Internet]. Disponible a:
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia>
- Departament de Salut. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. Barcelona: Prous Science, 2006. Disponible a:
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/repositori_eutasui.pdf
- Universitat Ramon Llull. Institut Borja de Bioètica. Grup Interdisciplinari de Bioètica (GIB). Consideracions sobre l'objecció de consciència. Bioet Debat 2012; 18 (66): 3-19.
- Terribas N. Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente. FMC 2010; 17 (10): 664-670. doi: 10.1016/S1134-2072(10)70268-1
- Amenábar JM. La eutanasia como antídoto del suicidio. Rev Bioet Derecho Perspect Bioet 2019; 46: 133-147. Disponible a:
<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n46/1886-5887-bioetica-46-00133.pdf>
- Ministeri de Sanitat. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. (s.d.). Disponible a:
https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf
- Melguizo M, Sánchez Mariscal D. Procedimientos de la prestación de ayuda a morir. AMF 2021; 17(7): 385-394. Disponible a:
https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2978
- Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2008; 28 (102): 325-348. Disponible a:
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a06.pdf>
- Ramos Pozón S. Una propuesta de abordaje bioético para la toma de decisiones médicas Eikasia Revista de Filosofía 2015; 61: 103-118. Disponible a:
<https://www.revistadefilosofia.org/61-06.pdf>
- Ramos Montes J. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en adultos. FMC 2009; 16 (10): 597-604. Disponible a:
<https://www.fmc.es/es-evaluacion-competencia-tomar-decisiones-sobre-articulo-X1134207209454309>
- Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? Aten Primaria 2021; 53 (5): 1-9.
doi: 10.1016/j.aprim.2021.102057
- Novoa-Jurado A, Melguizo-Jiménez M. La medicina de familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. Aten Primaria 2021; 53 (5): 1-4.
doi: 10.1016/j.aprim.2021.102058



Adreces d'interès

Institució	!	Tipus de dada	Informació
Oficina PRAM		Adreça electrònica:	oficina.pram@gencat.cat
		Document d'utilitat	https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Vida_saludable/E_tapes_de_la_vida/final-vida/pram-guia-us.pdf
CEAAPICS 		Adreça electrònica:	cea.ics@gencat.cat
		Blog	https://ceaapics.wordpress.com
Fundació Galatea 		Pàgina web	https://www.fgalatea.org/es/home
	<i>Unitat d'Acollida al Professional:</i>		
		Telèfon	935 678 856
		Adreça electrònica	fgalatea@fgalatea.org
		Twitter	https://twitter.com/fundaciogalatea
		App per a mòbils	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.gru_pmed.galatea