



Jakinarazpena / Comunicación

Bizitzaren Amaiera Duina

Dignidad en el Final de la Vida



EUZKADI BURU BATZARRAK

AURKEZTUTAKO

JAKINARAZPENA

"BIZITZAREN AMAIERA DUINA"

BIZITZAREN AMAIERA DUINA EAJ-PNV-REN JARRERA

“Heriotza onak bizitza osoa ohoratzen du” (Petrarca)

Azken hamarkada hauetan, gizartean eman diren aldaketa sozio-ekonomikoez, bizitza baldintzetan eman diren hobekuntza orokorrek eta teknologian zein medikuntza alorrean eman diren aurrerapauso handiek (hau da, gaixotasunak sendatzeko, mina arintzeko eta pertsonen bizitza luzatzeko ahalmen handiagoa) bizitza itxaropena luzatzea ekarri dute; ondorioz, biztanleria zahartu da eta areagotu egin dira gaixotasun kroniko eta senda ezinak.

Osasun arreta ere aldatu da eta, gaixoaren eta osagilearen artean izaera paternalistak gidatutako harremanaren aurrean, zeinetan osasun profesionalaren protagonismoa nagusitzen zen, apurka-apurka, partekatutako erantzukizun eredia ireki da zeinetan gaixorik dagoen pertsonak sendatzeko, tratamendua jasotzeko edo bizitza amaitzeko prozesuaren erabakietan gero eta parte hartze handiagoa duen.

Aldi berean, gero eta gehiago, aintzat hartzen dira bizitza amaierako egoeran egon daitezkeen pertsonen beharrak; hau da, adinez oso nagusia den pertsonarenak edo gaixotasun larria, sendaezina eta tratamendu berezietan erantzuten ez diena eta denboran bizitzeko esperantza laburra izan dezakeen gaixoarenak. Aldi berean, sendaezinak diren eta ondorio degeneratibo eta latzak eta ezintasun handiak dakartzan gaixotasunak dituzten pertsonenak ere bai.

Euskadikoa oso gizarte aurreratua eta irekia da, halako egoera guztiei aurre egiteko eta erabakiak hartzeko gaitasun osoa dauka. Zentzu horretan, Euzko Alderdi Jeltzaleak, alderdi demokratikoa, anitza, parte hartzailea, konfesorik gabea eta humanista den neurrian eta pertsonen bizitza kalitatea hobetzen lagunduko duten aurrera egiteko mugimenduak onartzeko prest dagoen heinean, beharrezko eta egoki jotzen du euskal hiritar guztiak ukituko dituen gai horien guztien inguruko jarrera ezartzea, administrazioaren aldetik bizitza amaitzeko prozesu osoan arreta egokia bermatzeko printzipioak, irizpideak eta baldintzak ezarriz.

Horiek guztiak gogoan, EAJ-PNV-k zera adierazten du:

1.- Bizitza amaierako prozesuari arreta integrala eman behar zaio, eta era integratuan egin behar zaio aurre egoera honetan egon daitezkeen pertsona guztien beharrizan fisikoei, psikikoei, sozialei, emozional eta espiritualei erantzuna emango dieten talde sozio-sanitarioen aldetik.

2.- Helburu hori lortzeko, ezinbestekoa da talde profesional horiek bizitzaren amaiera prozesuaren eta doluaren alorrean prestatzea.

Tradizioan, prestakuntza akademikoaren helburu nagusia sendatzea izan da, eta kasu askotan gertatu izan da profesionalek beharreko tresna kliniko edo pertsonalak ez dituztela, gaixoa sendatzerik ez dagoen kasuetarako. Gabezia honek hiru jarrera mota eragin ditzake:

- a) Bertan behera uztea: egoera konplexu baten aurrean daudela ikusten dutenak eta egoera saihestea erabakitzen dutenak eta gaixoa eta familia prozesuaren mende uzten dutenak, zainketa gaixotasunaren hil aurreko faseetan baino eman behar ez dela ulertuta,
- b) Laguntzarik behar ez dela erakustea: egoera hutsala dela uste dute eta gutxieneko ezagutza tekniko batzuen bidez eta sintoma fisiko batzuei arreta emanez eraman daitekeela uste dutenak. Eta
- c) Beldurra: beldurraren aurrean eta egoera ulertzeko erreparazioaren aurrean jarrera kontrolatzaileagoak hartzen dituzte eta komunikazioa eta topaketa deserosoak saihesten dituzte gaixoarekin eta familiarekin.

Hiru harrera hauetako edozeinek eragin dezake gaixorik dagoen pertsona eta familiak, bizitzaren amaieran, prozesu honetan behar den arreta integrala ez jasotzea, etxeko laguntasun zerbitzurik ez izatea eta zainketa jarraitu eskasa izatea.

3.- Pertsona horiek guztiek arreta paliatibo integrala behar eta merezi dute gaixotasuna diagnostikatzen zaien momentutik beretik. Arreta hori sakondu eta areagotu behar da oinarrizko gaixotasuna osatzeko baliabide terapeutikoek osatzeko helburua lortzen ez dutenean edo gaixoa gaixotasun larriaren mende geratzen denean.

4.- Arreta paliatibo honek unibertsa izan behar du eta eskuragarri egon behar du arlo sozio-sanitarioan zein bakoitzaren etxean.

5.- Ezinbesteko egiten da zaintzaileen beharren azterketa egitea –etxeko emakumeak dira, gehien bat– zainketa inoren bizitza kalitatea kaltetu gabe ematen dela bermatzeko .

6.- Tratamendurik ez hastea edo tratamendua etetea- bizitzaren biziraupenerakoak barne- pertsona guztien eskubidea da- Erabaki hori oinarritu

behar da tratamenduaren helburuei zein aukeran dauden alternatibei buruzko informazioan; eta, aldi berean, erabaki horrek ekar ditzakeen ondorioak ere azaldu behar dira.

7.- Medikuek lagundutako heriotza- suizidio lagundua eta eutanasia izenez ezagutuak- Estatuetan zigortuta dauden praktikak direla gogoan izanik, euskal gizartean gai hori moralaren ikuspuntutik eztabaidatzea sustatu eta bideratu behar dugu, egoera horiek despenalizatzera begira.

8.- Suizidio lagundua definitzeko orduan adierazten dugu pertsona batek bere buruaz beste egiteko beharrezko dituen bitarteko intelektualak edo materialak emateko praktika dela, pertsona horrek nahi duenean bere buruaz beste egiteko aukera izan dezan.

Horretarako, gaixoak, gaixotasun sendaezinak eragindako sufrimendu egoera pairatzeaz, jasanezin jotzeaz gain eta beste medio batzuen bidez arintzerik ez izateaz gain, adinez nagusia izan beharko du eta bere eskaria berariaz eta denboran behin eta berriz adierazia beharko du.

9.- Eutanasia hitzarekin ulertzen dugu, gaixo baten heriotza nahita eta zuzenean suposatzen duen praktika medikua.

Gaixoak, gaixotasun sendaezinak eragindako sufrimendu egoera pairatzeaz gain, jasanezin jotzeaz gain eta beste medio batzuen bidez arintzerik ez izateaz gain, adinez nagusia izan beharko du eta bere eskaria berariaz eta denboran behin eta berriz adierazia beharko du.

10.- Suizidio lagundua eta eutanasia despenalizatzera begira, baldintza guztiek eta berme guztiek argi eta garbi egon beharko dute eta denak aurreikusi beharko dira suizidio lagundua edo eutanasia praktikan jarri baino lehen.

11.- Praktika horiek etikoki onargarriak izan litezke hurrengo **AURRETIKO BALDINTZA** hauek beteko balira:

- a) Adinez nagusiak eta ezgaituak izan ez diren pertsonaz ari gara (erabakiak hartzeko gaitasuna dute).
- b) Eutanasia edo suizidio lagundua eskatu duen pertsonak gaixorik egon beharko du gaixotasunaren amaierako fasean edo oso gaixotasun larri, latz eta sendaezina izan beharko du, jasanezin jotzen dituen sintomekin eta beste prozeduren bidez kendu ezin den oinazearekin.
- c) Eskabidea askatasun osoz egin beharko da, kontzientzia osoz eta gaixoaren borondatez, zentzuzko denboran behin eta berriz adierazia eta osagile arduradunari idatziz azaldua.
- d) Eskabide horiek eta eskariei emango zaizkien erantzunak gaixoaren Historia Klinikoan jaso beharko dira.

- e) Eskari guztiak aztertuko ditu eskatzailearen osagilea ez den beste osagile batek. Profesional honek ez ditu zilegi ez den helbururik izango eta gaixoaren gaitasunaren eta eskabidearen koherentziaren fede eman beharko du.
- f) Gaixoaren gaitasuna zalantzan jartzeko arrazoirik antzemango balitz edo lehenago buruko gaixotasunak izan baditu, psikiatrian espezializatutako medikuari galdetu beharko zaio.
- g) Eutanasia eskabidea jasotzen duten profesionalek praktika horretan presente egon beharko dute, prozedura Historia Klinikoan jasoko dute eta mediku forenseari prozesuaren berri emango diote.
- h) Suizidio lagundua praktikatzeko eskabidea jasoko duten osasun profesionalek praktika eta erabilitako medikazioa gaixoaren historia klinikoan jasoko dute eta mediku forenseari emango diote prozedura osoaren berri.
- i) Urtero, praktika hauen bidez zendu diren pertsonen kopurua argitaratuko da eta, datu honekin batera emango da pertsonen adina, hasierako gaixotasuna, eskabidea egiteko eman diren arrazoiak eta beharrezko joko diren beste datu batzuk prozesuen ebaluaketa egiteko eta, bere kasuan, esandako baldintza horiek guztiak aldaraztea aztertzeko.

Euzkadi Buru Batzarra, 2015eko apirilaren 13a

ADENDA

Bizitzaren amaiera duina izenarekin dei dezakegunarekin zerikusia duen orok erronka handia suposatzen du eta gizarte osoa ukitzen du: gaixoak, senideak, osasun arloko langileak, gizarte zerbitzuetako profesionalak, administrazioa, komunikabideak... Eta galdera batzuk sortzen dira kasu guztietan erantzun erraza ez dutenak:

- Gaixotasun degeneratibo, geldo, latzak eta sendaezinak sufritzen dituzten pertsonari nola eman arreta integral eta duina?
- Etikoki onargarria al da, pairatzen duen sufrimenduagatik hil nahi duen pertsonari hiltzen laguntzea?
- Nori dagokio heriotza duina zer den ezartzea?
- Bizitza luzatzea, beti da ona? Edo, batzuetan, amore eman behar da tartean beste arrazoiak daudelako? (osasun aldetik, gizalegezkoak,...).
- Bizitza kosta ahala kosta luzatu ahal da? Arrazoituta dago terapietan tematzea? Edo, beste era batera esanda, etikoki onargarria al da egoera batzuetan ahalegin terapeutikoa murriztea eta pertsona bati hiltzen uztea?
- Osasun langileek gaixoaren borondatearen mende egoteko derrigortuta daude, borondate honek irizpide profesionalaren kontra egiten duenean ere? Eta, derrigorra badu ere, kontzientzia eragozpena aldarrikatzeko eskubidea du?

Duela gutxi hasi dira modu berezi batean bizitzaren amaierako prozesuak arautzen, eta beti egin izan da eztabaida gogorrak eman ondoren, karga ideologiko sendoa duten jarrera ezberdinen artean, bereziki erlijio kontuen inguruan eta gaia eutanasiaren inguruan fokalizatuz, baina ez da gauza bera bizitzaren amaierako eskubideez eta heriotza duinaz hitz egitea eta, beste alde batetik, eutanasiar edo suizidio lagunduz hitz egitea.

“Heriotza duina izateko eskubidea” deritzona ere ez da agertzen 1948ko Giza Eskubideen Adierazpenean ezta adierazpen hori garatzen duten Nazioarteko Itun nagusietan ere. Ez da jasotzen 1950ean Erroman izenpetu zen Giza Eskubideak eta Oinarrizko Askatasunak babesteko Europar Hitzarmenean, baina bai aitortzen da Estatuak bizitzeko eskubidea babestu behar dutela. Dena dela, agerikoa da adostasun handia dagoela pertsonen duintasunez bizitzeko eskubidearen inguruan (eta, logikoa denez, duintasunez hiltzeko eskubideaz ere) . Are gehiago, Giza Eskubideen Europar Tribunalak ezarri du gai hauen inguruko arau argi eta osorik ez dagoenez (eutanasia edo suizidio lagundurako eskubideaz ere bai) hiritarren bizitza pribatuari zor zaion errespetua urratzea suposa lezakeela¹. Beste gauza da pertsona guztien heriotza duinaren idealaren barruan zer eduki sartzen diren.

¹ 2013ko maiatzaren 14ko epaia **Alda Gross Suitzaren kontra**

Edozein kasutan, zainketa paliatiboak beharko dituzten pertsonak gero eta gehiago izango direla eta ezintasuna sortarazten duten gaixotasun larri eta sendaezinak sufritzen direnean duintasuna eta eskubideak errespetatu behar direla gogoan izanik, argi dago bizitzaren amaieran lege euskarri argia beharko dela eta osasunetik, hezkuntzatik zein arlo sozial, eta sozio-sanitarioen egokitze hobea beharko dela pertsonen beharrei erantzun hobea emateko, profesionalak prestatzen direnetik hasita eta pertsona hil eta ondorengo momentuetaraino.

Pertsona guztiek dute kalitatezko osasun arreta jasotzeko eskubidea, zientzian eta gizatasunetan oinarrituta eta, behar diren kasuetan, arreta maila guztietan tratamendu paliatiboa jasotzekoa. Hau da, bizitzaren amaieran osasun arreta global eta integral egokia jasotzea, bizitzaren fase horretan ere bizitzaren kalitaterik onena bermatuko duena, ez da pribilegiotzat jo behar, baizik eta gaixoen, senideen eta zaintzaileen eskubidetzat. Azken finean, sufrimendu erantsiak saihestea da helburu nagusia.

Gaur egun, heriotza duinaren idealaren elementu edo eduki batzuek adostasun handia lortu dute, esate baterako, pertsonaren autonomia errespetatzea, bere duintasuna eta borondatea bermatzea, asistentziaren informazioa jasotzeko eskubidea, minaren eta beste sintomen kontrako tratamendua eta zainketa paliatiboak jasotzeko eskubidea, Hil Aurreko Borondatea adierazteko eta Testamentu Bitala egiteko eskubidea eta prozesu horietan guztietan segurtasun juridikoa bermatzekoa.

Alderantziz, ez dago adostasun etiko edo juridikorik, sufritzen duen gaixoak bizitzarekin amaitzeko orduan beste pertsonen laguntasuna eskatzea baimentzeko, hau da, eutanasiaren edo suizidio lagunduaren inguruan. Gaur egun Espainiako Zigor Kodean delitutzat jotzen da eta Euskadiko Autonomi Erkidegoaren eta Nafarroako Foru Erkidegoaren eskuduntzetatik kanpo geratzen da.

Espainiako Zigor Kodeak gai horiek guztiak 143. artikuluan arautzen ditu:

- 1. Norbaitek inor bere buruaz beste egitera induzitzen badu, lau urtetik zortzi urte arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaio.*
- 2. Bi urtetik bost arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaio pertsona batek bere buruaz beste egiteko beharrezko egintzekin laguntzen duenari.*
- 3. Sei urtetik hamar arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaio pertsona baten heriotza eragin arte laguntzen duenari.*
- 4. Norbaitek beste baten heriotza eragiten badu edo beste hori hil dadin beharrezkoak eta zuzenekoak diren egintzekin modu aktiboan laguntzen badu, eta biktimak beren beregi, benaz eta zalantzarik gabe hiltzeko laguntza eskatu badio, heriotza eragingo dion gaixotasun larria duelako edo gaixotasun larriaren ondorioz pairamen etengabe eta jasanezinak dituelako, orduan, pertsona horri artikuluko honen 2 eta 3. paragrafoetan ezarritako zigorrak baino gradu bat edo bi gutxiagokoak ezarriko zaizkio.*

Hau da, Espainiar Estatuan, eutanasiaren praktika delitutzat jotzen da, suizidioa indultzatzea eta biziak beste egiteko beharrezko laguntasuna ematea bezala (hau da, laguntasuna edo kolaborazioa, aktiboa edo pasiboa, konplizitate hutsa gaituzko duena) eta suizidioa aktiboki laguntzea edo baimendutako homizidioa bezala (ematen den laguntza hain da bizia ezen subjektu aktiboak heriotza burutzen duela bere azken egintzaren edo egintza erabakigarriaren bidez).

Puntu honetan gogoratu behar da beste herrialdeetan, Holanda, Belgika eta Luxenburgon, esaterako, eutanasia eta mekanikoki lagundutako suizidioa despenalizatu eta arautu dituztela: Holandak 2001 urtean egin zuen, Belgikak 2002 urtean (2014 urtean eutanasiatzen jo daitezkeen jarrerak arautu zituen 2002ko legean ezarritako baldintzak betetzen zituzten adingabeen kasuan) eta Luxenburgok 2008 urtean. 2014ko ekainean, Quebec-ek "Bizitzaren amaierako zaintzari buruzko Legea" onartu zuen.

Kolonbia da, mundu osoan, eutanasiaren praktika Auzitegi Konstituzionalean 1998an emaniko epaian oinarritako eskubide gisa onartu duen herrialdea; dena dela, 2000ko Zigor kodeak eutanasia penalizatzen du. Beste kasu bitxia da Australiako Iparraldeko Estatuarena, 1995ean Gaixo Terminalen Eskubideen Legearen bidez eutanasia legalizatu zuen eta 9 hilabete geroago Australiako Senatuak lege hori ilegalizatu zuen.

Beste alde batetik, Suitzan eta Amerikako Estatu Batuetako Oregon, Washington, Montana, Mexiko Berria eta Vermont estatuetan suizidio lagundua legeak aurreikusita dago baina eutanasia legez kanpoko praktika jotzen da. Hau da, araututa dago mediku batek pertsonari farmako koktel hilgarria prestatzea eta ematea eta pertsona horrek berak bakarrik administratzea (legeak aurreikusten dituen baldintzekin eta, oro har, Benelux-en dauden arauak bezalakoak direnak). Baina zigortuta dago botika koktel hilgarria gaixoa ez den beste pertsonak administratzea.

Frantziar estatuak ez dauka eutanasiari edo suizidio lagunduari buruzko arau berezirik, baina 2005 urtetik aurrera indarrean egon da "Gaixoen Eskubideei eta Bizitza Amaierari buruzko Legea" titulua daraman Leonetti Legea. Lege honekin debekatzen zen ankerkeria terapeutikoa izenekoa. 2015eko martxoaren 17an, Frantziako Asambllea Nazionalak gehiengo handi batez onartu du (aldeko 436 boto eta kontrako 34 boto) bizitzaren amaierari buruzko lege berria, amaierako fasean dauden eta sendatzeko aukerarik ez duten Gaixoen sedazio "sakon eta jarraitua" baimentzen duena, baina eutanasia eta suizidio lagundua arautzen sartu gabe. Egitasmoak (agiri hau idatzi den egunetan oraindik Frantziar Senatuan eztabaidatu gabe jarraitzen zuen) artifizialki bizitza luzatzerik nahi ez duten pertsonen emango die beren borondatea testamentu batean jasotzeko aukera.

Amaitzeko, azpimarratu beharreko jotzen dugu Espainiar estatuan, gaur egun, ez dagoela heriotza duinaren auzia era integralean arautzen duen estatu legerik, baina bai lege autonomiko batzuk daudela gai hori jorratzen dutenak (Andaluzia, Aragoi eta Balearrak) eta beste batzuk tramite bidean daude gaur egun (Kanariar Irlak).

Nafarroan indarrean dago 8/2011 Foru Legea, martxoaren 24koa, heriotza prozesuan pertsonaren eskubidea eta duintasuna bermatzeari buruzkoa. Lege hau aho batez onartu zen.

Euskadiko Autonomi Erkidegoan, beste aldetik, 2014ko ekainean Eusko Legebiltzarrean aurkeztu da Bizitzaren amaieran pertsonen eskubideak eta duintasuna ziurtatzeari buruzko Lege Proposamena.

Aurrekari eta inguruabar hauek guztiek, Euskadin Lege Proposamen hau tramitatzearekin batera, aukera egokia eskain dezakete heriotza duinaren ideiarekin dimentsio etikoak zein diren hausnartzeko, hau da, pertsonak bizitzaren azken etapan zer eskubide dituen eta zein diren administrazio publikoek eta osasun sistemak herritarrekin dituzten betebeharrak. Era berean, gaixoei, senideei eta profesionalei segurtasun juridiko handiagoa emateko aukera izango da, haren edukiak eguneroko bizitzan zein osasun praktikan aplikatzeko orduan.

DIGNIDAD EN EL FINAL DE LA VIDA POSICIÓN DE EAJ-PNV

“Un buen morir honra toda una vida” (Petrarca)

En las últimas décadas, los grandes cambios socioeconómicos, las mejoras globales en las condiciones de vida y los importantes avances técnicos y médicos (es decir, su creciente capacidad para curar enfermedades, paliar el sufrimiento, y prolongar la vida de las personas), han supuesto un aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población y aumento de las enfermedades crónicas e irreversibles.

También ha cambiado el tipo de atención sanitaria y, frente a un modelo de relación médico-enfermo de carácter paternalista, caracterizado por un total protagonismo del profesional sanitario, paulatinamente se ha ido abriendo paso un modelo de responsabilidad compartida, en el que la persona enferma participa cada vez más de la toma de decisiones en su proceso de curación, tratamiento o final de la vida.

Asistimos igualmente a una mayor toma de conciencia y consideración de las necesidades de las personas en situación de final de la vida; es decir, de toda persona de edad muy avanzada, o de aquella a la que se ha diagnosticado con certeza un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida limitada en el tiempo. Y también de las necesidades de quienes padecen enfermedades incurables, degenerativas, muy penosas o gravemente invalidantes.

La vasca es una sociedad abierta y avanzada, preparada para afrontar y resolver con total normalidad este tipo de situaciones. En esta línea, el Partido Nacionalista Vasco, como partido democrático, plural, participativo, aconfesional y humanista, abierto al progreso y a todos los movimientos de avance de la civilización que mejoren la calidad de vida de las personas, considera necesario y oportuno fijar su postura sobre estas cuestiones, que afectan y afectarán a todos y cada uno y una de los ciudadanos vascos, y estableciendo los principios, criterios y condiciones para garantizar desde la administración una atención adecuada durante el proceso final de la vida.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, EAJ-PNV considera que:

1.- El proceso del final de la vida debe ser atendido, de forma integral e integrada, por equipos socio-sanitarios que den respuesta a las necesidades físicas, psíquicas, sociales, emocionales y espirituales de todas las personas afectadas.

2.- Para conseguir ese objetivo es fundamental la formación y capacitación de dichos equipos profesionales en relación al proceso del morir y del duelo.

Tradicionalmente, la formación académica se ha centrado en la curación como objetivo, lo que ha provocado que, en muchos, casos los profesionales carezcan de herramientas clínicas y personales para enfrentarse a situaciones en las que no es posible curar a la persona enferma. Esta carencia suele derivar en tres tipos de actitudes:

- a) Abandono: quienes consideran que se encuentran ante una situación compleja y deciden evitarla y dejan a la persona enferma y a su familia a la libre evolución de su proceso, entendiéndose además que los cuidados sólo deben ser aplicados en las fases agónicas.
- b) Autosuficiencia: quienes consideran una situación nimia y de escasa complejidad que puede ser fácilmente manejada con unos mínimos conocimientos técnicos y la atención de los síntomas físicos. Y
- c) Miedo: quienes ante el miedo y las reticencias a aceptar la situación, emprenden actitudes más intervencionistas y evitan la comunicación y los encuentros incómodos con la persona enferma y su familia.

Cualquiera de estas tres actitudes puede provocar que tanto la persona como su familia sufran, al final de la vida, falta de atención integral en el proceso, falta de apoyo domiciliario y escasez de cuidados continuados.

3.- Todas las personas tienen derecho a una atención paliativa integral desde el momento del diagnóstico de su enfermedad. Atención que deberá ser profundizada e incrementada a medida que los medios terapéuticos de la enfermedad de base no logren su objetivo curativo o que el paciente vaya sucumbiendo a la misma.

4.- Esta atención paliativa debe ser universal y accesible tanto en el ámbito sociosanitario como en el domicilio.

5.- Es necesario un análisis de las necesidades de los cuidadores – generalmente mujeres del entorno familiar– para que los cuidados se lleven a cabo sin merma de la calidad de vida de ninguna de las partes implicadas.

6.- La no iniciación o la retirada de cualquier tratamiento –incluso de aquellos dirigidos al mantenimiento de la vida– es un derecho de todas las personas. Esta decisión debe estar basada en la información tanto de los objetivos del tratamiento como de las alternativas existentes; y también de las consecuencias que dicha decisión puedan suponer.

7.- Dado que la muerte médicamente asistida –los denominados suicidio asistido y eutanasia– merecen un reproche penal en los Estados, debemos propiciar en la sociedad vasca un proceso de deliberación sobre su moralidad de cara a su posible despenalización.

8.- Consideramos al suicidio asistido como la práctica médica mediante la que se proporcionan los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que alguien pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

Para ello, el paciente, además de padecer una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que siente como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios, deberá ser mayor de edad y competente y, también, haber realizado la petición de forma expresa y reiterada.

9.- Entendemos la eutanasia como la práctica médica que produce de forma deliberada y directa la muerte de un paciente.

El paciente, además de padecer una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad irreversible y de sentirla además como inaceptable e imposible de mitigar por otros medios, deberá ser mayor de edad y competente y, también, haber realizado la petición de forma expresa, reiterada y mantenida.

10.- Para la posible despenalización, tanto del suicidio asistido como de la eutanasia, habrán de establecerse con absoluta claridad las condiciones concretas y las salvaguardas de todo tipo que deberán ser estrictamente contempladas antes de su puesta en práctica.

11.- Estas prácticas podrían ser éticamente aceptables si se cumplieran los siguientes **REQUISITOS PREVIOS**:

- a) Hablamos siempre de personas adultas y capaces (o competentes para la toma de decisiones).
- b) Quien solicita tanto la eutanasia como el suicidio asistido ha de ser una persona enferma en fase terminal o con una enfermedad gravemente penosa e irreversible que presenta o refiere unos síntomas que considera intolerables y que no han podido ser eliminados por otros procedimientos.
- c) La solicitud deberá ser realizada de forma libre, consciente y voluntaria, mantenida y repetida a lo largo de un tiempo prudencial y expresada por escrito a su médico responsable.

- d) De dichas solicitudes quedará constancia escrita en la Historia Clínica, así como de las respuestas que las mismas reciban.
- e) Todas las peticiones serán analizadas también por un profesional médico distinto de aquél a quien se solicita; profesional que no deberá tener intereses que puedan ser catalogados como de espurios y que deberá, además, dar fe de la capacidad del paciente y de la coherencia de la solicitud.
- f) Si se apreciaran dudas sobre la competencia del paciente o este tuviera antecedentes psiquiátricos, se deberá consultar siempre a un especialista en psiquiatría.
- g) El profesional médico que acceda a una solicitud de eutanasia deberá estar presente durante dicha práctica, reflejará el procedimiento en la Historia Clínica, y lo pondrá en conocimiento del médico forense.
- h) El profesional médico que acceda a una solicitud de suicidio asistido deberá dejar constancia de la práctica y de la medicación recetada en la Historia Clínica y lo pondrá en conocimiento del médico forense.
- i) Anualmente se publicará el número de personas fallecidas mediante estas prácticas, su edad, la enfermedad de base, las razones aducidas para realizar la solicitud, y cuantos datos sean necesarios para hacer una evaluación de las mismas y para, en su caso, la posible modificación de todos estos requisitos precitados.

Euzkadi Buru Batzar, 13 de abril de 2015

ADENDA

Todo lo relacionado con lo que pudiéramos llamar un final de la vida digno supone un reto que implica a toda la sociedad: pacientes, familiares, personal sanitario, profesionales de los servicios sociales, administración, medios de comunicación... Y se suscitan preguntas que no siempre tienen una fácil respuesta:

- ¿Cómo atender de una manera integral y respetuosa con su dignidad a las personas que sufren lentas y penosas enfermedades degenerativas e incurables?
- ¿Es éticamente aceptable ayudar a morir a una persona que así lo desea, a causa de su tremendo sufrimiento?
- ¿A quién corresponde establecer qué es una muerte digna?
- La prolongación de la vida ¿es siempre un bien o, en ocasiones, se ha de ceder ante otras consideraciones médicas, humanas,...?
- ¿Puede alargarse la vida a cualquier precio? ¿Es justificable la obstinación terapéutica? O, lo que es lo mismo, ¿es éticamente aceptable reducir el esfuerzo terapéutico en determinados supuestos y dejar que una persona fallezca?
- ¿Tiene obligación el personal sanitario de sujetarse a la voluntad del paciente, aun cuando ésta contradiga su criterio profesional? Y, si la tiene, ¿tiene derecho a la objeción de conciencia?

Sólo muy recientemente ha empezado a regularse de forma específica el proceso final de la vida, y siempre tras intensos debates, con posiciones encontradas fuertemente ideologizadas, sobre todo por cuestiones religiosas y con focalización del asunto en torno a la cuestión de la eutanasia, aunque no es lo mismo hablar de derechos al final de la vida y de una muerte digna, que de eutanasia o suicidio asistido.

El llamado “derecho a la muerte digna” no aparece incluido en la Declaración de Derechos Humanos de 1948, ni en los principales Pactos Internacionales que la desarrollan. Tampoco se recoge en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales firmado en Roma en 1950, mientras que sí reconoce la obligación de los Estados de proteger el derecho a la vida. No obstante es evidente que existe un amplio consenso en torno a la idea de que las personas merecen vivir (y, en pura lógica, también morir) dignamente. Es más, el propio Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha llegado a dictaminar que la ausencia de normas legales claras y completas sobre estas cuestiones (incluidas la eventual existencia de un derecho a la eutanasia o el suicidio asistido) puede llegar a violar el derecho al respeto de la vida privada de los

ciudadanos¹. Otra cosa es qué contenidos se incluyen en ese ideal de muerte digna para todas las personas.

En todo caso, parece claro que, ante el progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos, ante la exigencia de dignidad y derechos cuando se padecen graves enfermedades incurables e invalidantes, y cuando se está al final de la vida, se requiere un soporte legal claro y una mejor adecuación de los sistemas de salud, social, sociosanitario y educativo, para dar la mejor respuesta a esta necesidad de las personas, desde la fase de formación de los profesionales hasta los momentos posteriores al fallecimiento de la persona.

Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, basada en la evidencia científica y humana y, en caso de necesitarlos, a un abordaje paliativo presente en todos los niveles asistenciales. En consonancia, recibir al final de la vida una adecuada atención sanitaria, global e integral, que garantice la mejor calidad de vida también en esa fase, no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho de los pacientes, y también de sus familiares y cuidadores. Se trata, en definitiva, de evitar a toda costa sufrimientos añadidos.

Hoy día, varios elementos o contenidos claves del ideal de muerte digna gozan de un amplio consenso, como por ejemplo, el respeto a la autonomía de la persona, la garantía de su dignidad y voluntad, el derecho a la información asistencial, el derecho al tratamiento del dolor y otros síntomas y a recibir cuidados paliativos, los Documentos de Voluntades Anticipadas o Testamento Vital, o la necesidad de garantizar la seguridad jurídica en estos procesos.

No existe, en cambio, consenso ni ético ni jurídico para permitir que la persona enferma que sufre, solicite ayuda a terceras personas para acabar con su vida; es decir, en torno a la eutanasia o suicidio asistido, que hoy por hoy está tipificada como delito en el Código Penal español y que, además, queda fuera de las competencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi y de la Comunidad Foral de Navarra.

El Código Penal español regula estas cuestiones en su artículo 143:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

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

¹ Sentencia de 14 de mayo de 2013 **Alda Gross contra Suiza**

Es decir, en el Estado español, la práctica de la eutanasia está tipificada como delito, junto con los delitos de inducción al suicidio, la cooperación necesaria al suicidio (que es la ayuda o colaboración, activa o pasiva, que supere la mera complicidad), y el auxilio ejecutivo al suicidio u homicidio consentido (que es cuando la cooperación es tan intensa que el sujeto activo llega hasta el punto de ejecutar la muerte con el acto último o decisivo).

Cabe recordar en este punto que otros países, como Holanda, Bélgica y Luxemburgo, han despenalizado y regulado la eutanasia y el suicidio médicamente asistido: Holanda en 2001, en Bélgica en 2002 (en 2014 reguló las conductas eutanásicas en aquellas personas menores de edad que cumplieran los requisitos de la ley de 2002) y Luxemburgo en 2008. En junio de 2014, Quebec aprobó la “Ley sobre cuidados al final de la vida”.

Colombia es el único país del mundo en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por el Tribunal Constitucional, en una sentencia de 1998; sin embargo, su Código Penal del año 2000 penaliza la eutanasia. Otro caso también curioso es el del Estado del Territorio del Norte (Australia), que en 1995 legalizó la eutanasia mediante la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales, ley ilegalizada 9 meses más tarde por el senado australiano.

Por otro lado, en Suiza y en los Estados norteamericanos de Oregón, Washington, Montana, Nuevo México y Vermont, el suicidio asistido es legal, pero la eutanasia es una práctica ilegal. Es decir, está regulada la prescripción y dispensación de un cóctel letal de fármacos que un médico hace a una persona y que ésta se autoadministra (siempre y cuando, se cumpla con los requisitos previstos por la ley y que son, en su mayoría, iguales a los de las leyes del Benelux antes mencionadas). Pero la administración por parte de otra persona distinta de la que padece está penada.

El Estado francés no cuenta con una norma específica sobre eutanasia o suicidio asistido, aunque desde 2005 ha estado vigente la Ley Leonetti sobre “Derechos de los Enfermos y Final de la Vida” que prohibía el ensañamiento terapéutico. El 17 de marzo de 2015, la Asamblea Nacional francesa ha aprobado por amplia mayoría (436 votos a favor y 34 en contra) una nueva ley sobre el final de vida, que permite la sedación “profunda y continua” de los pacientes en fase terminal –sin posibilidad de curación–, sin entrar a regular la eutanasia y el suicidio asistido. El proyecto (que en la fecha de redacción de este documento seguía pendiente de ser debatido en el Senado francés) también permitirá a personas que no desean ser mantenidas con vida artificialmente dejar estipulada su decisión en un testamento.

Finalmente, creemos necesario señalar que en el Estado español, en la actualidad, no existe una ley estatal que regule la cuestión de la muerte digna de forma integral, aunque sí existen diversas leyes autonómicas que la abordan (Andalucía, Aragón y Baleares) y otras se encuentran en tramitación a fecha de hoy (Canarias).

En Navarra está vigente la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que fue aprobada por unanimidad.

Por su parte, en la Comunidad Autónoma de Euskadi, en junio de 2014, se ha presentado en el Parlamento Vasco una Proposición de Ley sobre Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas al Final de la Vida.

Todo este conjunto de antecedentes y circunstancias, junto con la tramitación de esta Proposición de Ley en Euskadi, constituyen una buena oportunidad para reflexionar sobre cuáles son las dimensiones éticas de la idea de muerte digna, qué derechos tienen las personas en la última etapa de su vida, y cuáles son las obligaciones de las administraciones públicas y del sistema sanitario para con ellos. Así como para aportar la mayor seguridad jurídica a pacientes, familiares y profesionales, a la hora de aplicar sus contenidos, tanto en la vida diaria como en la práctica sanitaria.