

Amaieran erabakitzearen baldintzak eta mugak.

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

ARS MORIENDI

Izenburu honen azpian elkartu ohi dira XV. mendean heriotza on bat izateko eta ongi hiltzeko prozedurak eta kontseiluak emateko idatzitako testuak. Ez naiz ni hain urrun joango. Baina 1950. urtera arte, gutxi gorabehera, medikuek eta gizarteak berak ere argi zeukaten medikuntzaren helburu bakarra –edo behintzat nagusia– bizitza salbatzea kosta ahala kosta zela. Honekin batera, gizartearen moraltasunaren printzipio nagusiak bizitza sakratua zela defendatzen zuen eta, beraz, gizakiok ezin genuen, inolaz ere, bizitzaren mugak aldatzen saiatu, ez bizitzaren hasieran ez amaieran. Bizitza sakratua zen, Jainkoak emandako dohaina eta berak soilik mugatzen zuen bizitzaren iraupena; guk, gizaki gaixook ezin genituen muga horiek aldatu ezta hori lortzen saiatu ere. Gauzak honela, medikuntzaren eta moralaren arteko ez-

kontza perfektu bat ematen zela esan dezakegu. Baina azken urteotan egoera erabat aldatu da eta gaur medikuntzaren helburu bakarra edo nagusia aipatutakoa dela inork ez luke onartuko. Bestalde, egun, asko gara gizartearen –bizitzaren sakraltasuna onartu ala ez– bizitzak izen hori mereitzeko eta bizitza bizitzea merezi ahal izateko, oinarri minimo batzuk izan behar dituela, gutxienezko ezaugarri batzuk bete behar dituela pentsatzen dugunok. Eta bizitzak baldintza xume horiek ez baditu betetzen, oinarritzko kalitate bat ez badu, agian, hobe dela hiltzea sasi-bizitza hori bizitzen jarraitzea baino. Egoera berri honek deliberazio moralaren behararen aurrean jartzen gaitu.

Gainera, heriotz-kausak ere asko aldatu dira urte gutxi hauetan. Orain ez asko, hiltzen zirenen %99a eritasun akutu edo bat-bateko istripuez hiltzen zen. Eta gu baino askoz gazteago. Orduko biztanleek ez zuten beraz heriotzaz pentsatzeko asti eta aukera handirik izaten. Gaur, ostea, urte askoz gehiago bizi gara eta heriotza ailegatzen zaigunean, %90ean eritasun kronikoak direla medio heltzen zaigu. Eritasun kronikoek osasunaz, bizitzaz, eritasunaz, menpekotasunaz eta heriotzaz pentsatzeko aukera ematen digute. Areago, errealitate berri honek erabakiak hartzea behartzen gaituela azpimarratu nahi dut. Zeren gaur, gehienok, ospitaleetan hiltzen gara, medio teknologiko arrotz batean, eritasun-prozesu luze baten ondoren eta (bizi ala hiltzeko) hainbat erabaki hartu ondoren.

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

Medizinan doktore. Intentsibo Medikuntzan espezialista
Bioetika Masterra
European Master in Bioethics
Gizakien sexualitatean Masterra
Bioetika Fundamentala eta Klinikoa elkar-
lehendakariordea

Biziaren amaierarako erabaki horiek erraztu ahal izateko Aldez Aurreko Borondateak deituriko dokumentuak legalki onartuak izan dira, Ipar Ameriketako kasuan bezala, Espainian eta Autonomia Erkidego guztietan. Nahiz eta etikoki eta legalki zilegiak izan, dokumentuok praktikan arazo sakinak dituzte paziente batek azken une horretarako osasun laguntzaz bere azken borondateak argitu ahal izateko. Demagun, dena dela, ahalegin intelektual handi bat eginez –politikariak eta lege gizon eta emakumeak lasai egon daitezen– erabakiak hartzea laguntzen dutela, hau horrela denik hain argi ez badaukat ere¹. Galderak betikoak dira, hala ere: zeintzuk dira biziaren amaieran –edo biziaren amaierarako– hartu behar diren erabakiak? Zeintzuk dira ospitaleetan egunero hartzen ditugun erabaki horiek?

BIZITZAREN AMAIERAREN ERABAKIAK

Lau motatakoak dira:

1. Ez erabakitzea. Ez erabakitzea erabakitzea da ere. Ez erabakitze honetatik itsukeria terapeutikora ailegatzeko gara, inperatibo teknologikoaren menpe bizi garela, zerbait egin ahal dugunean egitera behartzen gaituena, zertarako edo zer helbururekin ez badakigu ere. Eta horrela, Zainketa Trinkoen Unitateetan bizi-sostengu tratamenduz jarrai dezakegu pazientea heriotza txar, deseroso edo desegoki batez hiltzen den arte.

2. Ahalegin terapeutikoaren mugatzea edo egokitzea. Termino honek hiru erabaki konkretu hartzen ditu bere baitan: tratamendua errefusatzeko, tratamendua ez hastea eta hasitako tratamendua kentzea. Lehenbizikoa egiteko pazienteak du ahalmena; azken bietzat jeneralean, arau bezala, paziente eta medikuaren arteko akordioa aldarrikatzen da, moralki onartuak izan daitezten.

3. Paliatibismoa, hots, tratamendu sendagarri erantzuten ez dieten pazienteen zaintza orokor aktiboa. Oinazearen eta beste sintomen eta arazo psikologiko, sozial eta espiritualen kontrola funtsezkotzat hartzen du medikuntza paliatiboak². Paliatibismoan sedazio terminala ere dago eskura-

gai, beste ekintza eta prozedura guztiak saiatuak izan ondoren soilik eman daitekeena. Horretan, paziente sedatu egiten da konortea gal dezan, inolako sintomarik jasan ez dezan edo heriotza lasai eta baketsu bat lor dezan. Medikuntza paliatiboaren edo aringarriaren praktika hauek guztiak pazientearen onespenez egiten badira, erabat etikoak eta legalak dira.

4. Medikoki lagunduriko heriotza (MLH), hots, eutanasia eta suizidio lagundua. Eta hauentzat da, ene ustez, bildu gaituen jardunaldiak proposatzen duen galdera, biziaren amaieran erabakitzeko eskubiderik ote den galdetzen denean, bi hauek baitira legalki onartuak ez direnak legeria gehienetan. Nahiz eta geroz eta gehiagorentzat praktika etikoak izan, lege kanpo daude lurralde gehienetan. Galdera horri erantzuten saiatuko naiz orain baina aldez aurretik eutanasia eta suizidio lagundua zehazki definitu beharra dago.

EUTANASIA ETA SUIZIDIO LAGUNDUA

Asko dira munduan eman diren bi praktika hauen definizioak. Nik ondoko hauei eutsiko diet³. Eutanasia, pazientearen heriotza zuzenean ekoizten duen ekintza, beraz, kausa-efektu harreman bakar eta berehalakoa duena, eskaera

Gaur, gehienok, ospitaleetan hiltzen gara, medio teknologiko arrotz batetan, eritasun-prozesu luze baten ondoren eta (bizi ala hiltzeko) hainbat erabaki hartu ondoren.

Biziaren amaieran erabakitzeko eskubiderik ote dagoen galdetzen denean eutanasia eta suizidio lagunduz galdetzen da; beste praktika guztiak etikoki eta legalki onartuak baitira.

konkretu, informatu eta errepikatu baten ondoren, eritasun sendaezin bat dela eta sufrimendu edo “oinaze orokor” baten inguruan pazienteak jasan ezinatzat jotzen duena eta beste tratamendu batzuetaz arindua izan ez dena, pazientea ezagutu eta berarekin harreman kliniko sendo bat mantentzen duen profesional batek egina.

Suizidio lagundua, aldiz, egoera horretan, profesionalaren ekintza pazienteari beharrezkoak diren medioak ematera mugatzen denean bera izan dadin bere heriotza ekoizten duena.

MEDIKOKI LAGUNDURIKO HERIOTZAREN ONESPEN SOZIALA

Badirudi gizarteari, praktika bi hauen onspenaz galdetzen zaionean, Gauss kanpaiaren irudia hartzen duten erantzunak jasotzen direla. Mutur batean MLH legeztatzearen erabat kontra daudenak kokatzen dira. Beste muturrean, erabat alde daudenak, edozein kasutan onartzen dutenak. Eta erdian, kanpaiaren arearik zabalenez jabetzen direnak, egoera batzuetan bai eta besteetan onartuko ez luketenak, hots, pazientearen baldintzen arabera beren aldeko edo kontrako iritzia ematen dutenak. Eta hauei, gehiengoa izanik, zuzendu beharko litzaizkieke hausnarketa ahalegin guztiak MLH legeztatze bidean.

Arestian argitaratutako artikuluko batean, Espainian MLHren onspen soziala hamarreko eskala batean 4,73koa dela, Britainia Handian 4,99koa eta Frantzia 6,16koa ikusi da⁴. Frantziako hegoaldean eginiko lan soziologiko batean hiru talde berezi geratu ziren agerian⁵. Alde batean, MLH guztiz onargarria dela pentsatzen dutenena, onargarritasun baxuena %30ekoa izanik, eskaerarik ez dagoenean; beste kasu guztietan, hortik gorakoa. Beste talde bat, MLH inoiz onargarri jotzen ez duena, baina hala eta guztiz ere praktika hau ontzat ematen duena, adibidez, %10ean pazientearen eskaera errepikakorra denean. Azkenean, talderik handiena, batzuetan MLH onartzen duena eta beste batzuetan ez horrenbeste. Esaterako, talde honek eskaera errepikakorra denean, lehen taldeak eskaerarik ez dagoenean bezain onargarri jotzen du eta eskaerarik ez badago bigarren taldeak eskaera errepikakorra dagoenean neurri berean onartzen du. Lan honetan argi geratu zen ere MLH aurrera

Eskubide-diskurtso elebakarretik baloreen eleaniztasunera pasatu behar dugu gai hau behar den sakontasunaz hausnartzeko.

eramateko gai zirenek onspen eskasagoa zutela praktikarako: onspen handiena erizain-laguntzailerak erakusten zuten, pixka bat gutxiago erizainek, gutxiago psikologoek eta gutxien onartzen zutena medikuak ziren. Nire iduriko, honek erabaki hau teorikoki onartzea errazagoa dela praktikan jartzea baino argi eta garbi uzten du. Hots, MLH praktikatik urrun dagoenak askoz errazago onartzen duela ekintza bera aurrera eraman behar duenak baino. Horrela frogatu du ere Britainia Handian egindako lan soziologiko batek⁶: bertan, agerian geratu da gizarteak medikuek baino askoz lasaiago onartzen duela MLH, diferentzia handiegi batez gainera.

DESADOSTASUN MORALA

Ikerketa lan hauetatik –eta beste askotik– argi geratzen da desadostasun moral sakona dagoela hiritarren artean, profesionalen artean eta baita ere hiritarren eta profesionalen artean gai hau epaitzerakoan. Aipatu bezala, MLHaren arazoa dela eta, funtsean dagoen desadostasuna biziaren kontzeptuan inguruan ematen da. Batzuentzat bizia sakratua da; geroz eta gehiagorentzat, bizia bizi izateko oinarrizko kalitate bat izan behar du. Aurrez aurre dauden bi jarrera moral hauen artean, agian, ez dago negoziatzerik ez eta inolako kontsentsu moral lortzerik. Baina, hala eta guztiz ere, jarrera hauek mantentzen dituztenak elkarrekin bizi dira gizartean. Elkarrekin edo gutxienez elkarren ondoan. Eta horrela jarraitu behar dute. Eta jarraituko dute.

Asko dira desadostasun morala adierazteko aipatzen diren kausak: oinarrizko iritzi moralen ezberdintasuna, hizkuntza komun baten eza, aurreiritziak, dialogoaren exijentzia prozedimentalak, pertsonen interesak, komunikabideen eragina, isolamendu epistemologikoa, jarrera dogmatikoa, errealitatearen interpretazio eskemak, hartzen diren erabakien ondorioak, etab. Kausa hauek guztiak lau ataletan bil daitezke, ene ustez: baliabideen urritasuna, eskuzabaltasun mugatua, –eta ikertzen ari garen gaiak garrantzi handiagokoak diren– balore bateraezinak eta errealitatearen ulermen ez osoa. Lau kausa hauek giza kondizioaren atalak dira, geure “naturan” sustraiturik daude eta

horregeatik desadostasun morala ez da inoiz guztiz desagertuko geure artetik.

Batzuen ustez eztabaida morala saihestu behar da. Hauentzat, eztabaidak legala behar du izan, besterik ez. Nire ustez, eztabaida morala saihestea auto-suntsitzailea da, zeren eta gizartean jadanik dauden zatiketa sozialek, ultrakeria ideologikoez eta adostasun ezak iraungo dute moralki eztabaidatzen –deliberatzen– ez badugu, eta gainera diferentzia moral horiek mantentzen dituztenen arteko lankidetzaren sozialaren bilaketarako aukerak murriztu egingo dira.

Desadostasun morala ez da sekulan desagertuko gizartean baina desadostasunaren ekonomiarantz abiatzeko deliberazio morala erabat beharrezkoa zaigu.

Lehen gai honi buruz desadostasun moral sakona dagoela aipatu dut baina beste puntu bat azpimarratu behar da horrez gain, lehena bezain garrantzitsua dena, alegia: desadostasun morala hor izanik, ados ez dauden guztiek era berdintsuan hartzen dute faktore batzuen garrantzia: pazientearen eskaera, bizi-itxaropena, sufrimendua etab... Eta hau horrela izanik, gehienentzat MLHren onargarritasunarentzat erabakigarriak dira eskaera, pazientearen adina, eritasunaren sendagarritasuna eta pazienteak jasaten duen sufrimendua⁷. Hala eta guztiz ere, ehuneko handiago edo txikiago batean, lehen aipaturiko ikerketa horietan denek onartzen dute MLHren zilegitasuna nahiz eta pazienteak inkontziente edo koman egon, nahiz eta eskaerarik ez izan, nahiz eta eritasuna sendaezina ez baizik eta soilik tratatzeko zaila izan... Eta pazienteek berek, bai Holandan bai Oregonen, MLH eskatzeko aipatzen dituzten arrazoi nagusiak autonomiaren eta duintasunaren galerak eta eguneroko eginbeharrak aurrera eramateko gai ez izatea dira. Eta proportzio askoz txikiago batean, oinazearen kontrol desegokia.

Holandako esperientziatik lortutako emaitzak⁸ oso kritikatuak izan dira MLHren despenalizazioaren kontra daudenen aldetik. Batez ere, eskaerarik gabe “eutanasizatuak” izan diren pertsonen kopurua. Lehen txosten batean, 1990koa, %1a izan zena, hots, 1000 pertsona inguru. Datu hau bera

bakarrak despenalizazioaren kontra egoteko arrazoi haina omen da, horien ustez. Baina hau horrela gertatzea despenalizazioari zor zaiola esatea funts gabekeria erortzea da, errealitate hau despenalizazioaz lotzen duelako inolako arrazoirik eman gabe. Lotura hori egiteko jakin beharko genuke inguruetako herrietan zer mailatan ematen den “eskaerarik gabeko eutanasia” –eta ez dakigu– eta proportzio handiagoaz ematen den –eta hau ere ez dakigu– eta denboran zehar gora joan beharko luke –eta, zorionez, legalizazioaz ez da hori gertatu, zeren eta urteak pasa ahala, kopuru hori %0,6ra jaitsi da 2005eko datuetan–. Eta nik ez dut, noski, beharpen hori MLH legeztatzeari zor zaionik esango, ausartegia eta besteak erortzen diren arrazoi gabetasun berean erortzea litzatekeelako. Baina datuak datu. (Eta, gainera, ez al dugu gaur egun geure pazienteen etorkizunaz erabaki mugatzaileak hartzen mediku eta senitarteen artean, hots, pazienteen eskaerarik gabe?) Bestalde, denboran zehar, eutanasiaren kopuruak maila berdintsuan dirau (%1,8) eta, dirudienez, asko igo dena sedazio terminala izan da (%8,6, nahiz eta datu hau azken bost urtetako analisisan soilik jaso izan den).

Suizidio lagundua onartua duen Oregoneko esperientzia ere garrantzitsua eta interesgarria da⁹. Bertan, 1998ko suizidio lagunduaren kopurua %0,055ekoa bazen, egun %0,194ra igo da 2008an; 11 urte hauetan ehuneko ertaina 0,12koa delarik. Denetara, hamaika urte hauetan 401 pertsona dira suizidio lagunduaz hil direnak Ipar Ameriketako estatu horretan. Horietatik, %88a zainketa paliatiboak zituen. Suizidio lagundua eskatu dutenak ez dira txiroak, emakumeak, kultura gutxien dutenak edo talde marjinatuak kideak baizik eta alderantziz; horrela hil direnen adina ere, beste edozein kausaz hil direnena bezalakoa da; eta bukatzeko, ez da “turismo suizidarik” eman, MLHren kontra zeudenek profetizatzen zutenaren kontra.

ERABAKITZEKO ESKUBIDERIK?

MLHren legeztatzearen alde daudenek hainbat eskubide aipatzen dute beren jarreraren alde: askatasuna, autonomia, pribazitatea, duintasuna, berdintasuna, kontzientzia askatasuna eta jabego eskubideak. Kontra daudenek ere,

beren aldeko eskubideak aipatzen dituzte: bizitza, berdintasuna, jabegoa eta autonomia eskubideak. Noski, bakoitzak bere erara interpretatzen dituela eskubide bakoitza eta guztiak.

Nire ustez, eskubide-hizkuntza hau erabat garrantzitsua izanik, elebakarra da, eskubideez kezkatzen delako soilik. Zehaztugabea da eskubideen artean ematen diren gatazka saihestu ezinako konpontzeko mekanismorik eskaintzen ez duelako eta eskubideen artean hierarkia zehatzik ez dagoelako; sinplista eta bukatua, nolabait esatearren, konklusioa eztabaida bukatu aurretik lortua duelako eta beraz, eztabaida premiagabeko bihurtzen duelako; absolutista, zeren eskubide bat onartua izan denean, askotan absolututzat hartzen da eta mugak ezartzea arbitrariotzat edo zentzugabekeriatzat hartzen ohi da; eta ez konprometitua, eskubideak maila pertsonal batean hartzen direlako, maila indibidual batean, kontuan hartu gabe, adibidez paziente hauen kasuan, pertsona komunitate baten baitan bizi dela eta gatazkak norberaren eskubideen eta komunitatearen artean sortzen direla, kontrajarritako eskubideen artean ere, eta amaitzeko, kontrajarritako eskubide eta interesen artean. Eta gainera ezabaketa eta distortsioa sortzen du, eskubide bat onartzean, askotan beste batena ukatzen duelako eta, areago, eztabaida ematen denean monopolizatu egiten du beste argudio eta arrazoi guztiak uxatuz. Horrexegatik uste dut nik gai hau ikertzean

Gizarteak
Medikoki
Lagunduriko
Heriotza ontzat
emateko garrantzi
handia ematen
die eskaerari,
sendagarritasun
ezari eta
pazientearen adin
eta sufrimenduari.

eleaniztasunera pasatu behar dugula eta eskubideak, bai, kontutan hartu baina baita ere balioak, emozioak, desioak, nekadura, oinazea... pazienteenak eta, zergatik ez, profesionalenak ere¹⁰⁻¹².

Eta eskubidea errealitate bihurtzeko, eskubide-hizkuntza soilik ez, deliberazio morala ere aurrera eraman beharko genuke, desadostasun moralaren ekonomiaren bidean, gizartearen eskubide-hizkuntzaz soilik lortzen ez den denon arteko bizikidetzat lortu eta mantendu ahal izateko. Bizitzaren sakraltasuna balore bat daitekeelako, baina baita ere gizartearen elkarrekin bizi diren

eta elkarrekin bizitzen jarraitu behar duten hiritarren bizikidetzarena.

Eta, beraz, MLHren legeztatzea ikertzean baldintzetaz eta mugetaz hitz egin behar dugu. Eta hauek dira lehenbailehen erantzun beharreko galderak: zer legeztatu behar da, eutanasia, suizidio lagundua edo biak? Eta hori erabaki ondoren, zer sintoma mota kontsidera daiteke onargarri MLH legeztatzeko? Eskaera erabat beharrezkoa al da? Zer erabakitzen da paziente inkontziente edo inkompetente dagoenean? Paziente terminalentzat soilik onartzen dugu MLH? Zer adin onartzen dugu adin minimotzat MLH eskatu ahal izateko?...

Erantzun beharreko galderak dira, Holanda eta Oregoneko esperientziak ezagutu ondoren, bi leku hauetan legearen eta errealitatearen artean ematen diren kontraesanak eman ez daitezen...

OHARRAK

¹ Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. ANALES Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 3): 87-102.

² vOMS. Cancer Pain relief and Palliative Care. Geneva: OMS, 1990.

³ Simón P, et al. Ética y muerte digna: Propuesta de un consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial 2008; 23: 271-285.

⁴ Cohen J, et al. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. Soc Sci Med 2006; 63: 743-756.

⁵ Teisseyre N, et al. Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? Soc Sci Med 2005; 60: 357-368.

⁶ Seale C. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. Soc Sci Med 2009; 23: 205-212.

⁷ Frileux S, et al. When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? J Med Ethics 2003; 29: 330-336.

⁸ Van der Heide, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. NEJM 2007; 356: 1957-1965.

⁹ Ver: <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>

¹⁰ Martínez K. Sobre la moralidad de la eutanasia y el suicidio asistido. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 400-407.

¹¹ Júdez J. Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado. ANALES Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 3): 137-161.

¹² Martínez K. Eutanasia y Cuidados Paliativos: ¿Amistades peligrosas? Med Clin 2001; 116: 142-145.