

EUSKADIKO ETIKA BATZORDEEN BATZORDE SOZIOSANITARIOA

Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioa organikoki Euskadiko Batzorde Soziosanitarioaren mende dagoen organo bat da, baina autonomoa da funtzionamenduari eta iritzia emateari dagokienez. EAEn akreditatuta dauden hamabi Etika Batzordeak daude ordezkaturata bertan: arlo sanitarioko zortzi (AEBa) eta gizarte-zerbitzuetako lau (ESEBa). Eginkizunen artean ditu txostenak egitea araudiari, proposamenei, esku-hartzei, programei, prozedurei edo protokolei buruz, baldin eta horrelakoetan pertsonen duintasuna eta eskubideak errespetatzeari dagokionez etikaren edo balio garrantzitsuen arloko gatazkak badaude politika edo esku-hartze sanitarioetan, soziosanitarioetan edo/eta gizarte-zerbitzuetakoetan. Batzordearen lan-metodologia honako hau da: esku artean dituzten gaiak sakon aztertzea eta haien gaineko eztabaida etikoa egitea.

2020KO ABENDUAREN 9A

JARRERA ETIKO ETA
BALORATIBOARI
BURUZKO TXOSTENA,
EUTANASIA ETA
MEDIKUAK
LAGUNDUTAKO
SUIZIDIOAREN BALIZKO
DESPENALIZAZIOARI ETA
ARAUTZEARI BURUZKOA

**JARRERA ETIKO ETA BALORATIBOARI BURUZKO TXOSTENA, EUTANASIA
ETA MEDIKUAK LAGUNDUTAKO SUIZIDIOAREN BALIZKO
DESPENALIZAZIOARI ETA ARAUTZEARI BURUZKOA.**

2020ko abenduaren 9a

GIDOIA/AURKIBIDEA

1. Sarrera / Justifikazioa
 - a) Txosten hau egiteko arrazoiak
 - b) Dokumentuaren helburuak: nori zuzentzen zaion
 - c) Terminoen glosarioa

2. Egitateak: EAEko, Espainiako eta nazioarteko egoera gaur
 - a) Esparru etiko-legala eta eztabaida soziala
 - b) Nazioarteko esperientziak
 - c) Erakundeen dokumentuak
 - d) Iritzi publikoa eta osasunaren arloko profesionalen iritzia

3. Balioei eta betebeharrei buruzko eztabaida
 - a) Gatazkan dauden balioak
 - b) «Medikuntzaren xedeak» eta pazienteak eskatuta hiltzen laguntzea
 - c) Zainketa aringarriak eta eutanasia, bateragarriak al dira?
 - d) «Malda labaina»ren argudioa

4. Pazientearen «onura handiena» lortzeko profesionalaren konpromisoa
 - a) Profesionalen konpromiso morala
 - b) Kontzientzia-eragozpena

5. Egoera bereziak
 - a) Nahasmendu mentala duten pertsonak
 - b) Erabakiak hartzeko gaitasuna galdu duten pertsonak
 - c) Desgaituak

6. Bestelakoak: etika-batzordeen eginkizuna eta autonomia moralaren balorazioa

7. Laburpena eta ondorioak

8. Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioko kideak

1. SARRERA / JUSTIFIKAZIOA

a. TXOSTEN HAU EGITEKO ARRAZOTIAK

2018ko azaroaren 11n, Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioak (EEBBSa) eutanasiari eta medikuak lagundutako suizidioari (MLSa) buruzko jarrera etikoko txostena egin zuen, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak berariaz eskatuta, Diputatuen Kongresuan gai horri buruzko Lege Organikoaren proposamen bat izapidetzearekin lotuta.

Eutanasia arautzeko Lege Organikoaren beste proposamen bat aurkeztu zuen Legebiltzar Talde Sozialistak 2020ko urtarrilaren 31n, eta eutanasia despenalizatu eta arautzearen kontrako txosten bat egin zuen, halaber, Espainiako Bioetikako Batzordeak 2020ko urriaren 6an. Hori horrela, bizitzaren amaierako alderdi zehatz horri buruzko eta herritarrek, profesionalak eta administrazio sanitarioek bete behar duten eginkizunari buruzko eztabaida bizitu du horrek guztiak.

Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioaren iritziz bere zereginaren barruan sartzen da gai horri buruz gogoeta egitea, «medikuak lagundutako heriotza»ren balizko despenalizazioaren eta arautzearen inplikazio etikoei buruz eztabaidatzea (ikuspegi horretatik jo baitezake bere burua eskuduntzat), eta txosten hau egitea, «ofizioz» oraingoan, bai eta txostena ezagutaraztea ere. Ikuspegi etikotik, haxe da gai nagusia:

Eutanasiak eta medikuak lagundutako suizidioak ba al dakarte, egoera eta kondizio jakin batzuetan, pertsonen eskubideetan sakontzea haien sufrimendua arintzeari eta heriotza ona lortzeari dagokienez?

Urrats asko egin dira heriotza ona lortzeko, hala zientzia-ezagutzan eta haren aplikazioan, nola laguntza soziosanitarioan eta lege-esparru egokian. Hala ere, gauregungo praktikak ba al dira egoera guztietan aski pertsonen sufrimendu onartezina ekiditeko? Eta ez badira, hiltzen lagundu behar al diogu dena delako pertsonari eutanasiaren edo medikuak lagundutako suizidioaren bidez? Zer baldintzarekin? Zer egoeratan?

Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioko kide guztiok osasunaren eta gizarte-zerbitzuen sektoreko profesionalak gara, eta gizarte-esparruko zein esparru sanitariooko etika-batzordeen ordezkari gara. Eta jarrera horretatik erabaki dugu eztabaidari ekitea txosten hau egiteko. Eskatzaile gisa zuzenean ukitutako pertsonen ondoren, profesional sanitariook eta soziosanitariook gara balizko araudi horretatik eragin zuzenena dugunok, hala hil nahi duten pertsonekin dugun konpromisoagatik, nola gure kontzientziagatik. Pertsonetikiko eta gizartearekiko konpromiso profesionala da Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioa osatzen dugunok partekatzen dugun abiapuntua. Batzordean, etika-batzorde guztietan bezala, askotariko profesionalak daude, eta era askotako kode moralak dituzten pertsonak daude, beraz; horregatik, eztabaida moralak akordioak lortzeko prozedura gisa erabiltzearen emaitza dira txosten honetan jasotako edukiak eta gomendioak.

b. DOKUMENTUAREN HELBURUAK: NORI ZUZENDUTA DAGOEN

Txosten honen helburu nagusia hau da: eztabaida plural bat laguntzea, eztabaida hori ezinbestekoa baita herritarrentzat, bai eta haien ordezkari politikoen eta esparru soziosanitarioko profesionalen artean ere; eztabaida horrek elkarrizketa lagundu behar du jarrera etikoen eta haien oinarri diren argudioen artean, aniztasun hori gure aberasgarri izan dadin eta eztabaidak erabaki zuhurrak hartzea erraztearren.

Txostena egin dutenak etika-batzorde autonomiko bateko kideak direnez, uste dugu haren hartzaile naturalak Euskadiko asistentziaren eta esku-hartze sozialaren etikako batzordeetako (AEBa eta ESEBa, hurrenez hurren) gure kideak izan behar dira, eta horiekin batera, baita REDECABE sarearen barruan dauden gainerako komite autonomikoetakoak ere; Espainiako Bioetikako Batzordea sare horretako kidea da, halaber.

Txosten honen hartzaile nagusizat ditugu osasunaren arloko eta gizarte-zerbitzuko eta zerbitzu soziosanitarioetako profesionalak, egunero ematen baitiete arreta sufritzen ari diren pertsonei, eta errazten edo zailtzen baitute, beren erabakien eta esku-hartzeen bitartez, pertsona horien duintasuna eta eskubideak babestea.

Txosten hau eman nahi diegu, halaber, Eusko Jaurlaritzako Osasuneko eta Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako sailburuei, gure argudioak lagungarri izan dakizkien, hala nahi badute, osasunaren eta gizartearen politikan eta politika soziosanitarioan erabakiak hartzeko zeregin zaillean, bai eta egoki irizitako zabalpena eman diezaioten ere.

c. TERMINOEN GLOSARIOA

Hitzetan oinarritzen dira kontzeptuak, ideiak, argudioak, kontakizunak, balioak, betebeharrak eta egitateak berak. Oro har, guztiek ez badituzte adierazpen semantikoak baliozkotzat jotzen, ezinezkoa da egitateak ulertzea eta jokoan dauden balioak identifikatzea, eta eztabaidek ez dute balio adostasunak lortzeko.

Pertsonen bizitzaren amaieraren arlo zehatzari dagokionez erabilitako kontzeptuak eta balorazioak kolektiboki aldatu dira, denboraren poderioz, eta nolabaiteko nahasmen terminologikoa dago horren ondorioz; eta gaur egun ere zailtzen du eztabaida horrek.

Horren adibide dira eutanasia hitzaren ondoren antzina jartzen zituzten adjektibo hauek – nahasmena sortzen baitute–: zuzena edo ez-zuzena, aktiboa edo pasiboa. 41/2002 Legea argitaratu zenetik, eutanasia pasiboak eta ez-zuzenak ez dute dagoeneko zentzu terminologikorik. Duela urte askotatik «tratamenduari uko egitea» eta «sedazio aringarria edo hilzorikoa» terminoak erabiltzen dira haien ordez. Eutanasia borondatezkoa, aktiboa eta zuzena izango da edo ez da eutanasia izango.

Bizitzaren amaieraren esparru terminologikoan argia eta zorrotasuna jartzearen, hona hemen terminoen glosario labur bat¹:

¹ Guk landu ditugu definizioak eta dokumentu hauetan oinarritu gara horretarako: «Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones», Bizitzaren amaierako arreta medikoa lantaldea (Espainiako Medikuen Elkargoaren Erakundea eta Zainketa Aringarrien Espainiako Elkarteak). Eta *Calidad Asistencial* aldizkariaren artikulua hau: Pablo Simón Lorda *et al.*: «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras» (2008; 23(6): 271-85).

«Laguntza medikoa ematea hiltzeko»

Hau da, substantzia bat ematea, eta horren ondorioz pertsona bat hiltzea; bi modalitate daude:

a) Medikuek substantzia bat zuzenean ematea hori eskatu duen pertsona bati, eta substantziak haren heriotza eragitea (eutanasia).

b) Medikuek substantzia bat agindu edo ematea hala eskatu duen pertsona bati, pertsona horrek substantzia bere kabuz hartu eta bere burua hil ahal izateko (medikuek lagundutako suizidioa).

«Eutanasia»

Gaixotasun sendaezin bat duen pertsona bat nahita hiltzea, baldin eta gaixotasunak desgaitasun handia edo bizi-pronostiko mugatuko egoera eta sufrimendu onartezina eragiten badio, betiere pertsona hark berriaz eskatuta, eta testuinguru mediko batean.

«Medikuek lagundutako suizidioa»

Suizidatzeko laguntza medikoa da, eutanasiarako zehaztutako egoeran paziente batek eskatuta; hau da, suizidiorako behar diren farmakoak ematea, pazienteak bere kabuz har ditzan.

«Tratamenduak mugatzea»

Tratamendua kentzea; ez handitzea edo ez hastea, bizi-pronostiko mugatua badago edo lantalde sanitarioaren iritziz tratamendua hutsala bada. Pazienteak (edo haren ordezkariak, pazienteak erabakitze gaitasunik ez badu) tratamenduari uko egitean ez bezala, tratamenduak mugatzea lantalde sanitarioak erabakitzen du.

«Tratamenduari uko egitea edo baimena ukatzea»

Pazienteak tratamendu bat jasotzeko uko egiten dio, askatasunez erabakitze gaitasunik duen eskubidearen babespean, dauden aukera klinikoak buruzko informazio egokia jaso ondoren. Tratamendua ukatuz gerta liteke pazientearen osasuna edo bizitza arrisku larri jartzea, eta juridikoki jasota dago *41/2002 Oinarriko Legean, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrak arautzen dituen*ean.

«Sedazio aringarria eta sedazioa hiltzerian»

Gaixoaren kontzientzia nahita murriztea da, hari —edo, erabakitze gaitasunik ezean, haren ordezkari— jakinarazi ondoren, adierazitako farmakoak behar diren dosietan emanda, sintoma errefraktario batek edo gehiagok eragindako ezin eutsizko sufrimendua izan ez dezan. Gaixoa bizitzaren azken egun edo orduetan dagoenean, hiltzerian sedazioa ari gara.

«Heriotza aurreratzeko nahia» (HAN)

Sufrimenduaren aurreko fenomeno errektiboa, bizitzarako mehatxu bat izan daitezkeen gaixotasunen testuinguruan, non pazienteak ez duen ikusten beste irtenbiderik, bere bizitzari azkena ematea baino. Pazienteak berez adieraz dezake nahi hori, edo hartaz galdetu ondoren,

baina bi bide hauetatik berezi behar da: berehalako heriotza onartzea; edo modu natural batez eta, ahal bada, laster hiltzeko nahia. Heriotza aurreratzeko nahia honako hauen erantzunez sor daiteke: sintoma fisikoak (oraingoak edo aurreikusiak), nahasmendu psikologikoak (depresioa, etsipena, beldurrak, etab.), sufrimendu existenziala (bizitzaren zentzua galtzea), edo alderdi sozialak (zama bat izateko sentsazioa, adibidez).²

2. EGITATEAK: EAE-KO, ESPAINIAKO ETA NAZIOARTEKO EGOERA

a. ESPARRU ETIKO-LEGALA ETA EZTABAIDA SOZIALA

Osasun-arreta eta esku-hartze soziala, XX. mendearen amaierara arte, ongintzakoak eta paternalistak izan dira gehienbat. Erantzukizun moralak profesionalen esku gelditzen ziren, eta hartzen zituzten erabakiek ahal zen guztietan bizitza biologikoari eustea eta osasun fisikoa berreskuratzea zuten funtsezko irizpidetzat. Irizpide horretarako eta asistentziaren jardueretarako muga etikoki onargarri bakarra *primum non nocere* zen; minik ez ematea, alegia. Era horretan, tratamenduen muga batzuk onartzen ziren, moralki zuzenak iritzita, gaintratamendua –«tematze terapeutikoa» ere deitua– egon ez zedin, betiere horrek ongi hiltzea zailtzen bazuen heriotza oso epe laburrean gertatzea aurreikusten zenean.

Bizitzaren balioa sakralizatzeke kultura sozial eta sanitario hori medikuntza jakin batek bultzatu du sarri, zeinen helburu nagusia izan baita zientziaren eta teknikaren ezagutzetan aurrera egitea «heriotza garaitzeko», baina ez zuen bere xedeen artean «ongi hiltzen laguntzea», eta are gutxiago, hori lortzeko, pertsonen askatasuna, sinesmenak eta bizi-proiektua errespetatzearen balioa kontuan hartu behar izatea.

Batez ere bi alderdik jarri dute auzitan eredu asistentzial hori:

- Batetik, eremu sanitarioan pazienteen eskubideak agertzea, eta, ondoren, erabiltzaileen eskubideak esku-hartze sozialean, zeinek autonomia pertsonala errespetatzearen balioa aitortzea adierazten baitute, batez ere baimen informatuaren eta konfidentzialtasun/pribatutasunaren bitartez (41/2002 Oinarrizko Legea, azaroaren 14koa, *Pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrak arautzen dituen*; eta 39/2006 Legea, abenduaren 14koa, *Autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzkoa*).
- Eta bestetik, zainketa aringarrien garapena, zeinak hiltzeko prozesua modu pertsonalizatuan planteatzen baitu, eta profesionalak behartzen baititu beren erabakietan, gai klinikoekin batera (terminaltasunaren edo gaixotasun aurreratuaren diagnostikoa eta sintomen kontrola), balio etikoak ere kontuan izatera (baliabideen

² A. Balaguer, C. Monforte-Royo, J. Porta-Sales, A. Alonso-Babarro, R. Altisent, A. Aradilla-Herrero, *et al.*: «An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors», *in* PLoS One 11, (2016), e0146184.

EUSKADIKO ETIKA BATZORDEEN BATZORDE SOZIOSANITARIOA

banaketa bidezkoa, behar emozionalak, erlijio-sinesmenak, pertsonak beren buruarekin eta senideekin hiltzeko prozesuan dituzten betebeharrak, etab.).

Bi garapen horiek (soziala eta sanitarioa) argi gelditzen dira pertsonen tratamendu jakin batzuei arrazoi pertsonalengatik uko egiteko eskubidearen onarpenean. Arrazoi horiek ez dute zertan arrazoizkoak izan. Esku-hartze batzuei erlijio-arrazoiengatik egiten zaie uko –Jehovaren lekukoak, adibidez– edo arrazoi ideologikoengatik –animalia jatorriko tratamenduak, elementuak edo zainketak erabiltzeari uko egiten dioten pertsonak, esaterako–. XXI. mendearen lehen urteak igarota, aurretiazko jarraibideak garatu ziren, eta Euskadin alde aurretiko borondateak zehazki, eremu sanitarioan ez ezik (*7/2002 Legea, abenduaren 12koa, Osasun Arloko Aurretiazko Borondateena*), baita gizarte-zerbitzuetan ere, nor bere burua zaintzea eta aurretiazko jarraibideak erabiltzaileen eskubide gisa onartu baitziren (*12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte-zerbitzuen*).

Gizarte-garapen baten ondorioz gertatu da, zalantzarik gabe, arauen arloko aurrerapen hori. Izan ere, askatasuna balio eta eskubide gisa onartu da, baita gorputzaren eta bizitza pribatuaren kudeaketan ere (eta ez bizitza publikoaren bakarrik, non eskubide politikoak sistema demokratikoaren bitartez finkatuta baitaude). Aurrerapen hori funtsezkoa izan da pazienteei eta profesionalei segurtasun juridikoa emateko, baldin eta, pazienteak berriaz horrela eskatuta, erabakitzen badute tratamenduak eta esku-hartzeak ez egitea eta oinarrizko bizi-euskarria edo bizi-euskarri aurreratua kentzea, neurri horiek heriotza ekarri arren. Hurrengo urratsa, etikoki zein teknikoki luze mediatu eta eztabaidatua, honako hau izan da: sedazio aringarria edo hiltzerako sedazioa protokolatzea bizitzaren amaierako arreta soziosanitarioko jardunbide profesional egoki gisa, eta halakotzat jaso zuen Espainiako Medikuen Elkargoaren Erakundeak 2012an.

Azaldutako garapen guztiak dakarrena da, bizitza eta osasunarekin batera, honelako balioak onartzea: askatasuna, aniztasuna, bizitza- eta heriotza-kalitatea, pribatutasuna eta justizia. Balio horiek kontuan izan behar dira, gure ustez, nahi badugu gizakiaren duintasuna errespetatzea uko egin ezinezkoa izatea egoera eta inguruabar guztietan, baita hiltzeko orduan ere. Duintasuna duenak duintasun horren arabera testuinguru-baldintza eta esku-hartze sozial eta sanitario batzuetarako eskubidea du.

Andaluziak hasita (2010) eta Madrilek amaituta (2017), orain arte zortzi autonomia-erkidegok onartu dituzte «heriotza duina», aurreko alderdi guztiak barnean hartuta, arautzen duten legeak (gaur egun Diputatuen Kongresuan aztertzeko dago lege-proposamen bat, zortzi autonomia-legeen ildo berekoa, gai horiek estatuaren mailan arautzeko). Euskadin *uztailaren 8ko 11/2016 Legeak (Bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideak eta duintasuna ziurtatzeari buruzkoa)* arreta ona esplizitatzen eta eskatzen du pertsonak hiltzean, haien balio eta nahien arabera. Lege horiek pazienteei eta profesionalei bizitzaren amaieraren testuinguruan dituzten eskubideak eta betebeharrak biltzen dituzte, bai eta eskubide horiek errespetatu daitezkeen profesionalei eskatu beharreko jarraibide egokiak eta behar diren baliabideak ere.

Autonomia-lege bakar batek ere ez du edukien artean jorratzen «medikuak lagundutako heriotza» edo «hiltzeko laguntza medikoak» deitutakoa, eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa zehazki.

Horretarako arrazoietakoa bat da, zalantzarik gabe, autonomia-erkidegoek ez dutela hori egiteko gaitasun juridikorik Zigor Kodean delitu gisa tipifikatuta dauden bitartean –Zigor Kodeari buruzko Lege Organikoa (azaroaren 23ko 10/1995 Legea)–. Horren barruan honela jasota daude 143. artikuluan:

- 1. Norbaitek inor bere buruaz beste egitera induzitzen badu, lau urtetik zortzi 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 gutxiagoak ezarriko zaizkio.*

Eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa ez daude baimenduta Espainian. Jokabide horien arauketa analogoa beti jaso da Zigor Kodearen artikuluko batzuetan, baina 143. artikuluan bereziki. Bere aurrekariaren aldean (1944/73 ZK, 409. art.) egindako aldaketetan tipifikatutako jokabide horiek giza hilketatik bereizi zituen eta, ondorengo berrikuspenetan, «zigor-karga» arintzen joan zen. Gaur egun, pazienteek tratamenduei uko egin diete eta beren erabakiak aurreratu ditzakete, baina hala eutanasia nola suizidio lagundua delituak dira, eta askatasunaz gabetzeko zigorrak dakartzate oraindik: bi eta hamar urte arteko espetxealdia. Zigor hori txikiagoa izan daiteke, gradu bat edo bi txikiago, eragindako pertsonak «beren-beregi, benaz eta zalantzarik gabe» eskatu badu, betiere «heriotza eragingo dion gaixotasun larria duelako edo gaixotasun larriaren ondorioz pairamen etengabe eta jasanezinak dituelako» gertatzen bada. «Beherapen» hori dela eta, urtebete eta sei hilabetetik sei urte ken egun batera arteko askatasunaz gabetzeko zigorrak daude, tipo penaltaren arabera (indukzioa edo beharrezkoa den lankidetzatza). Epaimahaiaren iritziz, bi urtetik beherako zigorren kasuetan eta delitu-berrerortzerik ezean, zigorra eteteko aukera emango luke oraingo legeriak³.

Herritarren sektore batzuek zigor horri dagokionez agertutako gero eta nahigabe handiagoak elikatu du medikuak lagundutako heriotzari buruzko eztabaida soziala, zeinak urte askoan iraun duen. Kasu individual batzuek ere bizitu dute eztabaida hori, lagundutako heriotza jendurrean eskatu eta iritzi publikoa mobilizatu baitute. Kasurik mediatikoenetakoa bat Ramón Sanpedrorena izango da ziur aski. Tetraplegikoa zen 25 urte zituenez geroztik, istripu baten ondorioz, eta hiltzeko laguntza jasotzen uzteko eskatu zuen zenbait instantzia judizialean, arrakastarik gabe, ordea. Bere buruari substantzia hilgarri bat emanda zendu zen 1998an. Bere inguruko pertsona batek lagundu zion, baina auzia largetsi egin zuten, horren frogarik ez zegoen eta. Eztabaidari bizirik eutsi diote geroagoko beste kasu batzuek: José Antonio Arrabal alboko

³ Díaz, M. eta Barber, S.: «Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España», in Revista Nuevo Foro Penal, 8 (79) (2012), 115-149.

esklerosi amiotrofikoak jotakoaren kasua (2015), adibidez, zeinak kamera baten aurrean bere buruaz beste egin zuen farmakoen dosi hilgarriak hartuz medikuak lagundutako heriotza aldarrikatzeko, edo duela gutxi izan den M^a José Carrascorena (2019); esklerosi anizkoitza diagnostikatua zuen honek, eta senarrak lagundu zion hiltzeko nahia betetzen. Zainketa aringarritzat hartutakoak alde batera utzita, ezinezkoa da hiltzen laguntzeko jokabideen maiztasuna zehaztea, baina icebergaren fenomeno baten aurrean egongo gara seguro aski⁴.

Gizartean izandako pentsamolde-aldaketa honek bere isla izan du epai judizial urrietan, zigor-arloko araudia ahalik eta aringarri kopururik handienarekin eta askatasunaz gabetzeko zigorren tarterik baxuenetan aplikatzera jo baitute neurri batean⁵.

b. NAZIOARTEKO ESPERIENTZIAK

Eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren arauketa urria eta desberdina izan da nazioartean.

Europar, Belgika eta Herbehereak aitzindari izan ziren haiek arautzeko orduan; 2002an estatu-legeak aldarrikatu zituzten bai eutanasia bai suizidio lagundua arautzeko, Herbehereen kasuan (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* edo Norberak eskatuta bizitza amaitzea eta suizidio lagundua egiaztatzeko legea), eta eutanasia bakarrik arautzeko, berriz, Belgikaren kasuan (*Loi relative à l'euthanasie* edo Eutanasiari buruzko legea). Luxenburgok 2009an egin zuen, *Eutanasiari eta suizidio lagunduari buruzko martxoaren 16ko Legearen* bidez. Suitzak suizidio lagundua baino ez du arautu; 2006an Suitzako Auzitegi Federalak onartu zuen pertsona guztiek dutela, «gaitasun mental guztiez baliatzeko moduan daudela», beren heriotzari buruz erabakitze eskubidea, eta, une horrez geroztik, zenbait elkarteren bitartez gauzatzen da hori (*Exit, Dignitas, Eternal Spirit*, etab.). Elkarte horiek, beste herrialde batzuetan ez bezala, atzeritarrei ere ematen diete zerbitzua.

Hego Amerikan, Kolonbian baino ez zuten eutanasia konstituzio-eskubide gisa aitortu 1998an, eta hura arautzea Konstituzio Auzitegiaren epaiaren bidez (T-970) sustatu zuten 2014an. Hala eta guztiz ere, legeriaren berariazko garapenik ez egoteak arras zaildu du hura praktikan aplikatzea.

Ipar Amerikan bi errealitate berezi daude: batetik, AEBn tradizio luzea du suizidio lagunduaren arauketak (eutanasiarenak ez, ordea), eta Oregondik (1994) beste estatu askotara zabaldu da: Washington (2008), Montana (2009, epailearen erabakiz), Vermont (2013), Colorado, Kalifornia eta Washington D.C. (2016), Hawaii (2018), New Jersey eta Maine (2019). Eta beste estatu batzuk beren araudia egiten ari dira. Kanadak, berriz, MAID (*Medical Assistance in Dying* edo Hiltzeko laguntza medikoa) arautu zuen 2016an *Bill C-14* izenekoaren bitartez, eta bai suizidio lagundua bai eutanasia hartu zuen haren barnean.

Kontinente australean, arauketa orokorra egin dute, hala eutanasiarako, nola suizidio lagundurako. Victoriak (Australia) *Voluntary Assisted Dying Bill* (Heriotza Lagundu Boluntarioaren Lege Proiektua) aldarrikatu zuen 2017an, eta 2019ko ekainean jarri zen

⁴OCU-Salud, 33. zk. (2000). «Calidad de vida de los enfermos terminales».

⁵ Ikus, adibidez, Zaragozako Probintzia Auzitegiaren 85/2016 ebazpena.

indarrean, eta bigarren estatu batek, Mendebaldeko Australiak *Voluntary Assisted Dying Act* izenekoa (Borondatezko Heriotza Lagunduaren Legea) onetsi zuen 2019an, baina 2021. urtera arte ez da indarrean jarriko. Zeelanda Berriak baino ez du erreferendumik egin *End of Life Choice Act* (Bizitzaren Amaierako Aukeraren Legea) legeari buruz, eta zeelandaberritar gehienek aldeko botoa eman ondoren, 2021eko azaroan jarriko da indarrean.

Beste herrialde batzuek, Alemaniak eta Japoniak adibidez, auzitegi nagusien epaiak dituzte beren jurisprudentzian, zeinetan jarduera horiei «konstituzional» edo «ez-ilegal» iritzi dieten, baina ez dute ondoren legeria edo araudirik garatu.

Horrelako araudiek denbora gehien daramaten herrialdeen urteko txostenetan jakinarazitako kopuruak lagungarriak izan daitezke araudi horien aplikazioaren egoera ulertzeko.

Oregongo azken txostenak⁶ zehazten duenez, 290 preskripzio egin ziren DWDaren barruan (*Death with Dignity Act* edo Heriotza Duinari buruzko Legea), eta 188 lagun hil ziren preskripzio horien ondorioz; hau da, estatu horretan hildako guztien % 0,52. 1997tik 1.657 pertsona hil dira araudi horren esparruan.

2019an, Herbehereetako Eutanasia Egiazatzeko Eskualdeko Batzordeek eutanasiaren 6.361 jakinarazpen jaso zituzten; hau da, hildako pertsona guztien % 4,2. Horietatik, 245 (% 3,9) baino ez ziren suizidio lagunduari buruzkoak, eta 24 (% 0,4) suizidio lagunduaren eta eutanasiaren konbinazio bati zegozkion. Kasuen % 90 gaixotasun onkologikoak dituzten pazienteei dagozkie. Adinari dagokionez, 15 eskatzaile (% 0,23) baino ez dira 30 urtetik beherakoak, eta ez dago 12-17 urte arteko kasu bakar bat ere. Familia-medikuak eman ohi du hiltzen laguntzeko prestazioa (% 86), eta pazientearen etxea izaten da horretarako tokirik ohikoena (% 81). Organo-ematea egon zen 12 kasutan. Kasu bereziak: a) Dementzia: 160 hasierako fasean, 2 kasu fase aurreratuan (alde aurreko borondateen dokumentua aurrez idatzita). b) Gaixotasun mentala: 68 kasu c) Paziente geriatrikoak (zahartzaroari lotutako patologien pilaketa): 72 kasu. Kasu bakar batean baino ez zen prozedura penalik egon jakinarazpenaren ondorioz⁷.

Kanadan, *MAID deaths* deitutakoak izan ziren 5.631 heriotzatan⁸ (herrialdeko heriotza guztien % 2, alegia). Txosten horrek berak dio AEBko suizidio lagunduen ehunekoa, hori araututa duten estatuetan, hildako guztien % 0,3 izan zela.

⁶ *Oregon Death with Dignity Act. 2018 Data Summary*, Oregon Health Authority, Public Health Division. 2019ko urtarrila.

<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>

⁷ RTE Eutanasia Egiazatzeko Eskualdeko Batzordeak. 2019. urteko txostena.

<https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

⁸ *Medical Assistance in Dying in Canada 2019*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019.html>

c. ERAKUNDEEN DOKUMENTUAK

Munduko Medikuen Elkarteak⁹ (AMM), 53. biltzarrean (Washington, 2002ko urria), 37. biltzarrak onetsitako ebazpena (1987ko urria) berretsi zuen, eta medikuek eutanasia-egintzetan parte har zezaten baztertu zuen. Ondoren, Georgian 2019an eginiko 70. biltzarrean, honako hitz hauekin berretsi du: «AMMk berretsi egiten du konpromiso sendoa etika medikoaren printzipioekin eta giza bizitzari gehieneko errespetua izan beharrekin. Horrenbestez, AMM irmo agertzen da eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren aurka... Mediku bakar bat ere ez da behartuta egon behar eutanasian edo medikuak lagundutako suizidioan parte hartzera, eta paziente bat helburu horrekin bideratzera ere ez dira behartuta egon behar».

Espainiako Medikuen Elkargo Ofizialen Kontseilu Nagusiak hartutako jarrera (2018)¹⁰ zalantzarik gabekoa izan da, halaber, honako hau gogorazi baitu: «medikuak ez du inoiz nahita eragingo paziente bakar baten heriotza, ezta hark berariaz eskatzen duenean ere».

Gure herrialdean inpaktu berezia izan zuen honako artikulua honen argitalpenak: «Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioètica» (2005)¹¹. Argitalpen honetan, erakunde horrekin elkarlanean aritzen diren zenbait bioetizista eta profesional sanitario eta ez-sanitariok idatzi bat adostu zuten, eta muturreko egoeretan eta egoera gatazkatsuetan despenalizatzeko aukerari buruzko gogoeta egin zuten horren bidez, betiere eskakizun zehatz batzuk betez gero, honako hauek egotea, besteak beste: heriotza epe laburrean dakarren gaixotasuna egotea, sufrimendu jasanezina izatea, baimen balioduna edukitzea, medikuaren esku-hartzea egotea eta berrikuspen etikoa eta aurretiko jakinarazpena izatea. Ildo horretakoa ere izan zen Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya batzordeak *Eutanasiari eta suizidioaren laguntzari buruzko txostena* (2006) txostenean¹² adierazitakoa, baina irizpide zabalxeagoak (ezin tratatuzko sufrimendua edo gaixotasun terminala, baimen baliodunaren esparruan betiere) eta kontrol-neurri zorrotzak proposatuta.

Gure gizartearen aniztasunaren adierazgarri, aipa genezake Espainiako Bioetikako Batzordearen txostena: *bizitzaren amaierari eta hiltzeko prozesuko arretari buruzkoa, eutanasia arautzeari buruzko eztabaidaren barruan: gogoeta eta eztabaidarako proposamenak* (2020ko urria)¹³, duela gutxi argitaratua. Batzorde horren argudioen arabera, arrazoi sendoak daude oraingo araudia aldatzea baztertzeko, izan ere, beren irudiko, errukizko egintzak behar aski biltzen ditu oraingoak salbuespen gisa eta despenalizazio partzialaren arrazoi gisa.

⁹ <https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia/>

¹⁰ https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf

¹¹ <https://www.iborjabioetica.url.edu/sites/default/files/2019-07/bioetica39esp.pdf>

¹² https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/reppositori_eutasui.pdf

¹³ <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>

d) IRITZI PUBLIKOA ETA OSASUNAREN ARLOKO PROFESIONALEN IRITZIA

Aniztasun hori bera ikus daiteke herritarren artean oro har. Herritarren artean egindako inkestak ez dira aise interpretatzen maiz, ez dituztelako bereizten heriotza duina, zainketa aringarriak edo hiltzerian mina arintzea. IPSOsek egindakoa salbuespena da agian (*Eutanasiari buruzko neurozientzia eta gizartea barometroa*, 2018); herritarrei orokorrean egindakoa da¹⁴, eta galdera asko ditu, baina aski argiak. Emaitzek erakutsi zuten galdetutako pertsonen % 85 eutanasia arautzearen alde zeudela; sexuen eta adin taldeen arabera banaketa homogenea zegoen, baino onarpen txikiagoa zegoen 60 urtetik gorakoen artean (% 79) eta 18-29 urtekoen multzoan (% 79).

Profesional sanitarioen jarrerari dagokionez, alde nabarmenak daude erakundeen adierazpenen (aurreko atalean aipatu ditugu) eta modu pertsonalizatuan egindako galdetegien emaitzen artean.

Adierazpen horiek gorabehera, CISen inkestak (2002)¹⁵ jada erakusten zuen eutanasia eta suizidio lagundua legeztatzearen alde zeuden profesional sanitarioen ehunekoak % 50etik gorakoa zela. Ehuneko hori are gehiago handituko zen segur aski azkeneko urteotan, baina oso litekeena da banaketa geografikoa homogenea ez izatea. Badugu, halaber, 2018an eta 2019an Bizkaiko, Las Palmasko, Madrilgo eta Tarragonako Medikuen Elkargo Ofizialetako kideen artean eginiko lau inkestaren arteko konparazio-azterketa¹⁶. Emaitzak adierazgarriak dira: elkargoetako kideen % 67-76k uste zuten, segurtasun osoz, eutanasia legez arautzea komeni zela; % 13-19 gehiagok, berriz, hala zela uste zuten, baina ez segurtasun osoz. Suizidio lagundurako ehunekoak txikiagoak ziren (% 49-62 artean eta % 12-22 artean, hurrenez hurren), baina aurkako aukera baino handiagoak, argi eta garbi. Errioxako Erizaintzako Ikastetxean eginiko antzeko inkesta batean (2019)¹⁷, 10 erizainetik 8k adierazi zuten legeak eutanasia baimendu eta arautu beharko zuela, eta 10etik 7k gauza bera ere esan zuten medikuak lagundutako suizidioari buruz.

3.-BALIOEI ETA BETEBEHARREI BURUZKO EZTABAIDA

a. GATAZKAN DAUDEN BALIOAK

Ez gara baloratzen saiaturako eutanasia-egintzen zuzentasun moral orokorra. Bizitza balio ezin baliotsuagoa da, askatasuna, elkartasuna eta ekitatea diren bezala eta, gainera, eta horiek ez bezala, «oinarrizko» balio edo euskarri-balio bat da, hori gabe ezin baitira gainerakoak egin. Ahal den guztietan, denak babestea da gure betebeharra. Horrenbestez, ez dugu esango, arau orokor gisa, eutanasia-egintzak berez egintza onak direla gizabanako baten askatasunaren adierazpen direlako, balio eta ondasun ezin baliotsuago eta berreskuraezin bati kalte egiten baitiote: bizitzari. Kontua da honako bi hauen arteko oreka bilatzea: batetik, etika partikular eta subjektiboa, zeinak, erabakiak hartzeko orduan, autonomia sektore bakartzat hartzen baitu, eta

¹⁴ https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-11/barometroipsosneurocienciaysociedad_iii_entrega_eutanasia.pdf

¹⁵ http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440_2459/2451/Es2451mar.pdf

¹⁶ <https://www.cmb.eus/analisis-comparativo-de-las-cuatro-encuestas>

¹⁷ http://www.colegioenfermeriaroja.org/fileadmin/noticias/Estudio_completo_nuevo.pdf

bestetik, etika unibertsalista bat, zeinak balio garrantzitsu guztiak babestu nahi baititu, eta saihestu nahi baitu balio horietako batzuk errespetatu eta defendatzeak beste batzuk aintzat hartu eta errespetatzea eragotz dezan. Zabal eztabaidatua da, adibidez, justiziaren eta askatasunaren arteko gatazka honako gai hauetan, besteak beste: tabako-kontsumoa, hirugarrenen osasuna eta arrisku-egoeretan konfidentzialtasuna errespetatzea.

Duintasuna kontzeptu ontologiko bat da, pertsonaren berezkoa (helburua beti, eta ez bitartekoa bakarrik); baina alderdi subjektibo bat du, halaber (helburuak jartzeko eta horietaz arduratzeko gaitasuna), eta duintasun etiko gisa adieraz daiteke hori; hau da, bizitza merezi duen bizitza gisa, zeinak gizaki indibidual bakoitzaren proiektu pertsonalari erantzuten dion. Pertsonen duintasun etikoarentzako mehatxu bat dago, baldin eta, pertsonak, ez neurri asistentziaz ezta laguntza sozialez ere arindu ezin den sufrimendu-egoeretan, uste osoa badute ezen, duten egoera hori dela-eta, beren bizitza ezin dela beren erabakien arabera proiektatu, eta horregatik, bizitzari azkena emateko laguntza eskatzen badute, «duina ez den bizitza» batera «kondenatuta» daudela iritzita. Egoera horietan, hain zuzen ere, galdetzen diogu gure buruari ea, gizarte gisa eta gizabanako gisa, eta are gehiago, profesional gisa, egoera horretan eskatzen dituzten laguntzak eman behar ditugun.

Haien eskaera horrek, lehenik eta behin, interpelatzen digu jarduteko proposamenak aurkitzera, horien bitartez, eta ahalik eta kalterik txikienarekin, funtsezko lau baliori, bioetikan erruz deskribatutako lau horizonte morali erantzun ahal izateko: minik ez ematea eta zaintzeko lana bera ongi egitea, sufrimendua arintzea, garaiaurreko heriotza saihestea eta heriotza lasaia ematea (kalterik ez egitea), ez diskriminatzea, ez bereiztea eta ez marjinatzea, bidezkoak eta efikazak izatea, hau da, zuzenak (justizia) eta lagundutako pertsonak adierazitako nahiei eta beharrei kasu egitea, hura zaintzea eta haren intimitatea errespetatzea (ongintza/autonomia errespetatzea).

Horregatik, ezinbestekoa da honako hauek bermatzea: kalitatezko zainketa aringarriak, osasun mentalaren arloko laguntza (arlo honetako nahasmendu bat denean) eta desgaitasun eta mendekotasunari laguntzeko baliabideak, eta, horrez gain, bizitzaren amaierako bidean lagungarri zaizkien gizarte-laguntzak bermatzea edo lotura pertsonalak edo sozialak lantzea. Ezin dugu ahaztu «ez dut bizi nahi» horrek, batzuetan, balitekeela «ez dut honela bizi nahi» esan nahi izatea, eta horrela heldu behar zaio. Hori izango litzateke lehen betebeharra: behar diren laguntzak ematea esku-hartze eutanasiaren eskaera pertsona autonomo baten eskaera izan dadin. Bizi-kalitatea lehenesten bada haren kantitatearen gainetik, funtsezkoa da autonomia pertsonalaren balioari inoiz baino garrantzi handiagoa ematea, hala haren alderdi pasiboan (errespetatzea), nola haren alderdi aktiboan (askea eta arduratsua izan ahal izateko behar diren laguntzak ematea).

Baina egia ere bada ezen, gizarte erreal eta ez-utopiko batean, kasu guztien moralitasunari heltzeko orduan salbuespenak ere hartu behar direla barnean. Zenbait kasutan gizarte ez da gauza era horretako gatazkak ebazteko. Kasu horietan pertsona «ongi hiltzeko» bide modura ageri dira eutanasia edo suizidio lagundua, hau da, bere buruarekin bat etorri eta/edo «errefraktarioa» deitzen dugun sufrimendua eragiten dion egoera saihestuz; sufrimendu hori, berriz, baliteke zainketa aringarriek eta gizarte-laguntzek erantzun ezin dieten behar existentzialen ondorio izatea.

Salbuespen bat definitzen denean ez dugu esaten zerbait «ona» edo «moral» dela, jarduteko bide hoberik ez dagoela eta txarretan onena aukeratzen dela baino ez dugu esaten. Horregatik, hain zuzen ere, kontu handiz argitu beharko da inklusio-irizpidetzat zer hartuko den, salbuespena direla bermatzeko (eutnasiaren praktika zer kasutan despenalizatzen eta arautzen den), eta etengabeko arreta ematea, kontrola eta jarraipena egiteko batzordeen bitartez, praktika hori ezartzeak izango litzakeen ondorioei (iritzi publikoan, sistema sanitarioan, profesionaletan eta abarretan).

b. MEDIKUNTZAREN XEDEAK ETA PAZIENTEAK ESKATUTA HILTZEN LAGUNTZEA

Eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren moraltasunari buruzko eztabaidaren funtsezko galderetako bat dugu honako hau: Medikuntzaren xedeetakotzat jo al daiteke pazienteak eskatuta hiltzen laguntzea? Eta hori funtsezkoa da, osasunaren arloko profesionalentzat batez ere.

The Goals of Medicine (Medikuntzaren xedeak) da New Yorkeko The Hastings Center institutuaren dokumentuaren izenburua; 1997an argitaratu zuten, Daniel Callahanek zuzendutako taldearen lau urteko lanaren ondoren¹⁸. Parte hartu zuten hamalau herrialdeek (Espainia tartean) lantalde bana sortu zuten hainbat gai aztertzeko, nazioarteko testuinguruan ez ezik, baita herrialde bakoitzaren barruan ere. Estatuetakoko taldeen koordinatzaileek diziplina anitzeko taldeak osatu zituzten, eta horietan, ia kasu guztietan, arlo hauetako guztietako profesionalak bildu ziren: medikuntza, biologia, zuzenbidea, filosofia, teologia, politika sanitarioa, administrazioa, politika orokorra eta osasun publikoa. Lanbide sanitarioen barruan, eta ez medikuntzan bakarrik, *The Goals of Medicine* (Medikuntzaren xedeak) da osasunaren arloko profesionalen artean adostasun eta atxikimendu handien biltzen duen erreferentzia.

Labur gelditu da medikuntzaren helburu tradizionala; osasuna berreskuratzea eta heriotza saihestea, alegia. Sinple eta irrealia da. Victoria Campsen hitzetan¹⁹, «testuaren funtsezko berritasuna da medikuntzaren praktikan lehentasun berri batzuk adierazi ahal izatea. Medikuntzaren xedeak gaixotasuna sendatzea eta bizitza luzatzea baino gehixeago izan behar dira. Bereziki nabarmendu behar dituzte gaixotasunen prebentzioa eta mina eta sufrimendua arintzea bezalako alderdiak; sendatzea eta zaintzea maila berean jarri behar dituzte, eta bizitza bidegabe luzatzearen tentaldiaren kontra ohartarazi».

Mina eta sufrimendua arintzea izan da medikuntzaren xede tradizional bat, baina dokumentuaren egileek honako galdera hau egiten dute: «*Esan ahal du horrek, zenbaitek alegatu ahal izango luketen bezala, eutanasia eta mediku batek lagundutako suizidioa medikuntzaren parte bihurtu beharko liratekeela orain? Hartu beharko al litzuke medikuntzak bere esparruaren barruan eguneroko bizitzaren kezka, jendeak bizitzari zentzua emateko ahaleginean aurre egin behar dien arazo existentzial, psikologiko eta espiritualak, eta medikamentuen eta bestelako sendabide medikoen bidez konpontzen saiatu?».*

¹⁸ «The goals of medicine. Setting new priorities», in Hastings Center Report, 26(6), (1996 az.-ab.), S1-27.

¹⁹ «Los fines de la medicina», in Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 11 (2004).

Eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa ez dira sartzen, hitzez hitz bederen, medikuntzaren xedeen artean The Hastings Center institutuaren testuan. Hori horrela da. Baina egia ere bada testuak berak adierazten duela eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren gaiari buruz iritzi ezberdinak daudela egileen artean. «Ezagutza medikuaren erabilera txarrak eta erabilera onartezinak» atalean, hitzez hitz honako hau dio testuak: *«Dokumentu hau sinatu duten batzuen iritzi eutanasia eta mediku batek lagundutako suizidioa ere sartzen dira kategoria honetan. Beren ustez, mina eta sufrimendua arintzeko bitarteko gisa horiek erabiltzea berez guztiz arrazoizkoa bada ere, horrek ez du moralki justifikatzen teknika medikoak erabiltzea paziente baten heriotza eragiteko zuzeneko helburu eta asmoarekin, hala heriotza hori medikoak berak eragiten badu, nola medikua mugatzen bada paziente suizidatu ahal izateko behar diren ezagutzak eta farmakoak ematera. Beste batzuk ez daude ados, ordea, iritzi horrekin. Eztabaida hori ebatzi gabe utziko dugu hemen».*

Testuaren beste atal batean honako hau irakurriko dugu: «Bat gatoz, halere, heldu diren urteetan, medikuntzak sufritzen duten pertsonetik dituen betebeharrak, eta betebeharrak horien mugak, hobeto ulertzen dituen neurrian, gai horrek are garrantzi handiagoa hartuko duela. ... Zenbaitetan arretarik humanitarioena eta zainketa aringarrienak ere iritsiko direla muga batera. Horra iritsita, medikuntzak bere mugak onartu beharko ditu; bizitzan guztia ezin da gelditu bere aukerei dagokienez zerbitzatzen dituen gizakiak bezain mugatua den medikuntza baten kontrolpean». Testu hori duela hogeitun urtetik gora idatzi zuten. Medikuntzak bere xedeei buruzko gogoeta egin behar du etengabe, betiere aldi berean izan nahi badu ohoretsua, neurritzakoa, irisgarria, jasangarria eta bidezkoa, kokatuta dagoen gizartearen balioak errespetatu nahi baditu, eta bere paziente bakoitzaren sufrimenduarekiko sentiberatasun eta enpatia agertu nahi izanez gero.

Noraino iritsi behar da medikuntza sufrimendua arintzeko orduan? Paziente baten heriotza eragin edo hari suizidatzen laguntzeak ausiki egiten du profesional ororen kontzientzia morala. Ulergarria da guztiz. Zenbait profesionalak egin dituzte, egiten dituzte edo egingo dituzte praktika horiek pazienteren batekin edo batzuekin, ordea. Zer arrazoik daramatza «ez duzu hilko» agindu morala garaitu, jasan edo baztertzeraz? Zer arrazoik ulertarazten die hiltzeko laguntza medikoak medikuntzaren xedeen parte direla? Profesionalak pazientearekin duen konpromiso profesional eta humanoak erantzuten die galdera horiei.

Zientzia bakar bat ere ez da jarri behar berez gaiztoak diren xedeen zerbitzura, eta medikuntza ez da salbuespena. Ez dago medikuntza baliatzerik moralki onartezinak diren erabileretan (tortura edo heriotza-zigorra, adibidez). Baina, hiltzeko laguntza medikoak ez badira moralki onartezintzat jotzen; aitzitik, pazientearekiko zerbitzu goreneko, konpromiso profesional eta humano goreneko ekintza bat baizik, betiere beste laguntza bakar batek (klinikoa, soziala edo espiritual) pertsona horrentzako sufrimendu jarraitu eta eramangaitz bat arintzea lortu ez badu, bada, orduan ulergarria da guztiz eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa medikuntzaren xedetzat hartzea.

c. ZAINKETA ARINGARRIAK ETA EUTANASIA, BATERAGARRIAK AL DIRA?

Pertsona batek hiltzeko laguntza eskatzeko arrazoiek kasu gehienetan, guztietan ez esatearren, sufrimenduarekin dute zerikusia. Sufrimendu hori, zenbaitetan, sintoma fisikoen ondorioz

gertatzen da, hala nola mina, arnastu ezinaren sentrazioa edo egonezina, eta beti ez dago berau arintzerik, eta, beste batzuetan, berriz, sufrimendu existentziala deitutakoaren ondorioz gertatzen da, eta lotuta dago itxaropenik ezaren sentimenduei, eguneroko zereginak edo gaixoarentzat funtsezkoak diren zereginak egiteko gaitasuna galtzeari, bizi-larritasunari, duintasun galdu duela hautemateari edo senide edo zaintzaileentzat zama izatea hautemateari.

Fase aurreratuko eta bizi-pronostiko mugatuko gaixotasuna duten pertsonetan sufrimendu hori arintzeko, zainketa aringarriak proposatzen dira, eta, ahal bada, horiek gizarte-laguntzako beste neurri batzuekin osatzea. Kontua da profesional sanitario eta soziosanitarioek pazienteari eta haren familiari arreta osoa ematea, sintoma fisikoei ez ezik, gaixoaren eremu emozional eta espiritualari ere arreta emanaz. «Begirada aringarria» deitutakoa da, errukia; pertsonaren sufrimendua antzematen denean hura zaintzeko konpromisoa hartzea, alegia. Prestakuntza egokia duen profesional orok eman ditzake zainketa aringarriak, eta zainketa aringarrietako talde espezifikoei lagundu ohi dute kasu konplexuen arretan.

Asko idatzi dute zainketa aringarriari buruzko lege bat onetsi beharraz. Egia da urruti dugula kalitatezkoa, bidezkoa eta unibertsa den arreta eskaini ahal izatea, eta lege batek zainketa aringarrien inplementazio handiago baten oinarriak finkatu ahal ditu agian, baina esparru arautzailetik haratago, haiek garatzen dituzten programa espezifikoei behar dira. Legeek ez badute aurrekonturik zehaztuta eta lege horiek programa espezifikoen bidez garatu ezean, alferrikakoak dira lege horiek.

Ez dugu ahaztu behar, baina, sufrimendua arintzeko, funtsezko laguntzak ere behar direla: bizi-egoera hobetzen duten gizarte-laguntzak, erkidegoan oinarritutako zainketa-sare bat edo prestakuntza duten zaintzaileek eta boluntarioek eskainitako konpainia-zerbitzua, besteak beste. Osasun- eta gizarte-arreta sistema oso hori lurralde osoan ezarrita balego, oso litekeena da pertsona askoren sufrimendua gutxitzea, eta murriztuko lirake, horrenbestez, hiltzeko laguntzaren eskaerak.

Baina egia ere bada ezen, hala eta guztiz ere, zenbait pertsonak eutanasia eskatuko luketela oraindik. Kanadako prozesuaren txostenean azaldu dute hori; hala bada, han, hiltzeko laguntzaren eskatzaile gehienek (% 82) zainketa aringarri egokiak jaso dituzte, horiek baztertzen dituenik ere badago, nahiago baitute eutanasia eskatu (% 13).

Belgikan, zainketa aringarrien elkartearen iritzia aldatzen joan da urteekin batera, hiltzen laguntzeko prozedura ezarri ahala, eta toleranteagoa da orain.

Nabarmen handitu da, halaber, zainketa aringarrietako profesionalek hiltzeko laguntzaren eskaera eta aplikazioa ebaluatzeko prozesuan duten esku-hartzea, Belgikan ez ezik, baita beste herrialde batzuetan ere. Nolanahi ere, eutanasiarako eskubidea arautzen duen legea onesteak aldaketa dakar paziente eta haien senideekiko harremanera, lan-karga handitzen du eta inpaktu emozionala du profesioaletan, hala hura aplikatzearen aldekoak badira, nola kontzientzia-eragozle badira; batzuek zein besteek ez dute nahi estigmatiza ditzaten.²⁰

²⁰ Mathews J.J., Hausner D., Avery J., Hannon B., Zimmermann C., Al-Awamer A.: «Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A qualitative study», *in* *Palliat Med* (2020). <https://doi.org/10.1177/0269216320968517>

Horregatik guztiagatik, gure iritziz, zainketa aringarrien eta eutanasiaren arteko dilema hori eutanasia despenalizatzearen aurkakotasunean oinarritzen da, eta ez horrenbeste arreta aringarriaren hobekuntzan. Eutanasia despenalizatu eta arautzeak ez dakar berarekin freno edo atzerapenik kalitatezko zainketa aringarrien garapenean. Bateragarriak dira biak, eta oinarritzat dute pertsonen sufrimenduari aurre egitea eta hura arintzea; dela kopuru handian zainketa aringarriak ezartzeari dagokionez, dela kasu kopuru txikiagoan zainketa aringarri eta gizarte-laguntza egokiak jasotzen dituzten gaixoei hiltzen laguntzea despenalizatzearekin.

Zenbaitek diote eutanasia arautzeak ez duela zentzurik zainketa aringarriari buruzko lege bat onetsi gabe dagoenean, baina horiek ahazten dute beharbada paziente bati, bere borondatez eskatuta, hiltzen laguntzea zigor-kodean jasota dagoela, eta, horrenbestez, horrek lege-aldaketa bat behar duela.

Pertsonak hiltzen ari direnean dituzten bi behar uztartzea da kontua: batetik zainketa aringarriak eskuratzea, eta lege-esparrua du horrek, eta bestetik, «eskubide berri» bat, zeinak beste behar bati erantzuten baitio; hiltzeko laguntza jasotzea, alegia. Behar hori ez dute beti premiek edo gabeki sortzen, pertsonak bere buruarekin eta gainerakoekin bere bizitza jada amaitzeko sentitzen duen obligazioak baizik, bizitzak berak sortzen baitio sufrimendua, zentzurik eta esanahirik ez du eta.

d. «MALDA LABAINA»REN ARGUDIOA

Txostenek erakusten dute eutanasia-kasuek gora egin dutela despenalizatu egin duten herrialdeetan, eta bere horretan iraun dute, berriz, medikuak lagundutako suizidioa baino baimenduta ez dagoen herrialdeetan edo AEBko estatuetan.

2019an 6.361 eutanasia-jakinazpen erregistratu ziren Herbehereetan. Hildako pertsona guztien % 4,2 dira, eta % 3,8 handitu da jakinarazpenen kopurua 2018koekin alderatuta, baina jakinarazpenak gutxiago dira 2017koak baino (6.585 jakinarazpen; % 4,4). Hildakoen guztizko kopuruarekiko proportzioari dagokionez, % 0,2ko hazkundea egon da 2018koarekin alderatuta, eta % 0,2ko beherakada 2017koaren aldean. 2018an, lehendabizikoz denbora askoan, behera egin du eutanasia-jakinazpenen kopuruak. Egindako azterketa batek ez zuen eman beherakada horren azalpenik. Izan zitezkeen zergatien artean honako hauek aipatu zituzten: urte horren hasierako gripe-epidemia eta Ministerio Publikoak iragarri izana eutanasia-jakinazpen bati buruzko ikerketa penala hasi zutela, «behar ziren ardura eta arretarik gabekoa» izan zela iritzita.

Belgikan, urtero handitzen da kasu kopurua; 2003an 235 kasu izan ziren (hildakoen % 0,2) eta 1.807 kasu 2013an (hildako guztien % 1,7). Honelako eskatzaileen kopurua handitu da: 80 urtetik gorako pertsonak, egoitza batean bizi diren pertsonak, eta bizi-pronostiko mugatua dakarten gaixotasunik gabeko pertsonak. Eskaera-baldintzak ebaluatu beharra dakar horrek.

Kanadan, legea 2016an onetsi zutenetik, gora egin dute kasuek; hala bada, hildakoen % 2 izan ziren 2019an, kasuak % 26,1 gehituta 2018koen aldean.

Pazienteak eskatuta hiltzen laguntzea despenalizatu eta arautzearen aurkako argudioetako bat malda labaina (*slippery slope*)²¹ deitutakoa da; hau da, legea onesteak honako hau ahalbidetzeko arriskua:

- a) Eutanasia ezarritako betekizunetatik kanpo eskatzen edo egiten duten pertsonak ez inputatzea, gizartearen eta legeen nolabaiteko permisibitateagatik.
- b) Prozedura ezarri ondoren, hiltzeko laguntzaren eskaerak egin ahal diren kasu motak handitzea (esate baterako, adingabeak, gaixotasun mentala duten pertsonak, zaharrak edo bizitzen jada jarraitu nahi ez duten pertsonak).

Herbehereetan, hiltzen laguntzeko aukera ematen duten kasuak gehitu dira legea aplikaturik urte askoan egon ondoren eta eztabaida sozial eta zientifiko bizia egin ondoren. Malda labainaren arriskua despenalizazioaren aurkako argudio gisa aipatzea kasu berri horiek immoraltzat jotzea bezalakoa izango litzateke, bai eta horiek ezartzeko azaldutako argudioak gutxiestea eta aintzat hartu beharreko kasuen gehikuntza legea onetsi zenetik alde aurretik pentsatutako estrategiatzat jotzea.

Lege bat eta dagokion erregelamendua zorrotzasunez egitea eta kontrol-tresna egokiak ezartzea da gehiegikeriak eragozteko erarik onena, halaber. Abortuaren legearekin gauza bera gertatzen da: garrantzitsuena arau batzuk ezartzea, horiek aplikatzen zorrotzak izatea eta gehiegikeriak zigortzea da²². Aldez aurretik azaldu bezala, Espainiako zigor kodean hiltzeko laguntza ematea delitu gisa jasota egoteak ez du eragotzi suizidio lagunduko kasuak gertatzea. Historian zehar, alkohol-kontsumoaren, prostituzioaren edo jokoarena bezalako debekuek ez dute lortu praktika horiek desagerraraztea; hori horrela, arrazoizkoagoa da, dirudienez, arauketa egoki bat ezartzea gehiegikeriak eragozteko, eta horretarako, dugun esperientziarik hurbilenaz baliatzea, hau da, kasu jakin batzuetan abortatzea baimentzen duen legearen aplikazio eta garapenaz.

4. PAZIENTEAREN «ONURA HANDIENA» LORTZEKO PROFESIONALAREN KONPROMISOA

a. PROFESIONALEN KONPROMISO MORALA

Profesionalek bizitzaren amaierako zainketen alorrera ez dute bakarrik jotzen pertsonekin duten konpromisoaren ondorioz, hori egiten dute, halaber, beren buruarekin duten konpromisoagatik, beren autorrealizazio pertsonaleko prozesuarekin berarekin duten konpromisoagatik. Arlo hauetako profesionalak dira: medikuntza, erizaintza, laguntza, gizarte-lana, psikologia, kudeaketa sanitarioa, zentroen eta erakundeen administrazioa, garbiketa, mantentze-lanak, arkitektura, bai eta osasun-sail eta zuzendaritzetako profesionalak ere. Horiek guztiek erraztu edo zaildu ahal dute «ongi hiltzea», beren ekintzen eta interbentzioen bitartez ez ezik, baita dituzten jarreraren, gaitasunen eta harremanetarako moduen bitartez ere. Adibidez, hartutako

²¹ Ortega I.: «La pendiente resbaladiza en la eutanasia, ¿ilusión o realidad?», in S. Croce Roma Annales Theologici, 17 (2003), 77-124.

²² Benatar D.: «A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments», in Current Oncology, 18. lib., 5. zk., 206-7.

arretaren duintasunari dagokionez, Chochinov doktoreak²³ ebaluatu duenez, pazienteen iritziz arretaren esperientzia duina izaten da, baldin eta, sintomak eta kasuarekin batera dagoen sufrimendu fisiko eta emozional maila handia kontrolatzeaz gain, horrekin batera, azken unera arte inguruan dituenentzat bere bizitzak izan duen garrantziarekiko errespetu berezia ere agertzen badiote pazienteari, pazienteak bere nortasuna aintzat hartzen dutela sentitzen badu eta gizartean bete duen eginkizuna (gurasoa, ahizpa edo anaia, lankidea, bizilaguna...) errespetatzen dutela ikusten badu. Zainketa aringarriak, hasieratik beretik, hil hurren zen pertsonarentzako eta haren senide/lagunentzako zainketa modura planteatu ziren. Hiltzearen gaineko hautematea arras aldatzen dute bi kontu hauek, hala aldian zehar nola amaierako unean: batetik, ulertzea eta pazienteari adieraztea mendekotasun-maila handia badu ere horrek ez duela gizaki gisa duen balioa murrizten; eta bestetik, familiari irakastea senide gaixoa zaindu eta hari lagundu ahal izateak pertsonalki nola aberastu dezakeen²⁴.

Ez dugu ahaztu behar hiltzea galera fisiko, emozional eta erlazionalen prozesu bat dela, eta, batetik, erabakiak hartzeko etengabeko prozesua behar duela, eta bestetik, sufrimendua sortzen duela maiz. Eta sufrimendua derrigortze- edo mehatxu-esperientzia bat da, eta baliteke erabakitzeko autonomia baldintzatzea. Askatasunez erabakitzeko posibilitate edo ahalbide erreala hiru faktore hauen mende dago batez ere: gaixoaren egoera biologikoa, gaixoaren gaitasunak eta pertsona horri eman ahal zaizkion zaintzeko eta laguntzeko kanpoko baliabideak, komunikazio ona tartean. Faktore horiek guztiak aldeko badira, baliteke «giza hazkundearen azken agertoki (*the final stage of growth*)» gisa bizi ahal izatea gaixotasun baten fase terminala, E. Kübler-Ross psikiatraren esapidea erabilia.

Hiru dira profesionalak ongi hiltzea errazteko eduki behar dituzten ezinbesteko hiru gaitasun-alderdiak:

1. Laguntza-harremanaren etengabeko praktikaren bidezko komunikazio- eta harreman-baliabideak. Pazientearen gaitasun autonomoan eragingo dute horiek, eta ondorioz, bere zainketei, tratamenduei eta hiltzeko prozesuaren beste alderdi batzuei buruzko erabakietan.
2. Profesionalen gaitasun etikoak, hala ezagutzei nola trebetasunei dagokienez (dohainak). Etika deontologikoaren kasuan inpartzialtasuna bada jarrera zuzena, aitorten «enpatikoak» beharrezko bihurtzen du pazienteen balioei eta nahiei arreta ematea, betiere gure asmoa bada zainketa pertsonalizatua ematea, egiaz bizi-kalitatea (eta heriotza-kalitatea) sortzeko eta pertsona bakoitzaren sufrimendua desagerrarazteko.
3. Hiltzeari ongi laguntzeko behar diren gaitasun emozionalak. «Arrazoi adeitsua»k, Adela Cortinaren esapidea erabilia, eraman ditzake profesionalak proposamen zuzenak eta onuragarriak aurkitzera, eta enpatia eta autokontrol emozionalerako gaitasunak, berriz,

²³ Chochinov H.M., Hassard T., McClement S., Hack T., Kristjanson L., Harlos M., Sinclair S., Murray A.: «The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care», in *J Pain Symptom Manage*, 36(6), (2008), 559-571.

²⁴ Flores, Silvia; Herrera, Emilio; Pastrana, Tania: *Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos*, Actas de Coordinación Sociosanitaria, 2015.
13. https://www.researchgate.net/publication/274861964_Atencion_centrada_en_la_persona_al_final_de_la_vida_Atencion_sociosanitaria_integrada_en_cuidados_paliativos

pazientearen autonomia morala bultzatzen duten harremanak susta ditzake; eta azken hori oso-oso beharrezkoa da pazienteak bere bizitza amaitzea erabakitzeko.

Pazientearen bizitza amaitzea helburutzat duen esku-hartze bat esparru honetan baino ezin da hartu moralki onargarriztat: hiltzen ari den edo bere ustez onartezina den bizitza duen pertsonarekiko konpromisoaren barruan, hau da, sufrimendua arintzeko edo ongi hil dadin dauden baliabideak eta ezagutzak haren zerbitzura jartzeko promesaren barruan. Konpromiso horretatik baino ez da bihurtzen heriotzaren inperatibo erreala heriotza errazteko inperatibo moral, «biografia zehatz bat ixteko» modurik onena delakoan. «Simetria moral»etik (Torralba) edo «adiskidetasun moral»etik (Etxeberria) ulertutako harreman asistentzial baten barruan inork ezin du pazientea ordeztu haren erabakiak hartzeko orduan (bere bizitzari amaiera emateko erabakia barne), eta berari laguntzeko gure konpromisoa eskatzen du esparru horretan.²⁵

b. KONTZIENTZIA-ERAGOZPENA²⁶

Bizkaian, Tarragonan, Madrilen eta Las Palmas Kanaria Handikoan 2017. eta 2019. urteen artean²⁷ egindako inkestetan Espainian eutanasia arautzekotan eragozleak izango zirela adierazi dute galdetutako medikuen % 21-31k. Gehienek ez zuten kontzientzia-eragozpena pentsatuko (Madrilgo % 48tik Las Palmasko % 68ra artean), eragozlea izatea segur aski edo probabilitate handiz eskatuko zutenen aurrean.

Kontzientzia-eragozpen profesionala hau da: legeek edo erregelamendu edo protokolo instituzionalen batek eskatutako edo agintari legitimoek ezarritako eginkizun bat betetzeari uko egitea, arrazoi moralak edo kontzientzia-arrazoiak argudiatuta horretarako. «Kontzientzia»-eragozpena dela esatean, haren izaera indibiduala eta zehatza aipatzen da. Kontzientzia-eragozleak baliteke ez ukatzea legearen legitimitate orokorra, eta hura egoera jakin batzuetan aplikatzen laguntzeari uko egitea soilik. Bi hauek bereizi behar ditugu, beraz: «legearen eragozpena», lege baten legitimitate orokorra zalantzan jartzea, alegia; eta «kontzientzia-eragozpena», zeina beti zehatza baita, objektatzen duenak lege bat egoera zehatz batean aplikatzeari uko egiten baitio soilik.

Ez da beti modu horretan ulertzen, ordea. Batzuetan, eutanasiaren edo medikuak lagundutako suizidioaren eskaera guztietarako eragozpentzat hartzen da kontzientzia-eragozpena, eta aurretiaz eta idatziz adierazi beharko da (horrela ageri da Diputatuen Kongresuan orain eztabaidatzen ari diren Legearen proiektuan). Hori «lege-eragozpena» izango litzateke gehiago. Baina aurreko puntuan adierazi dugun profesionalismoaren esparruan profesionalak baliteke ados egotea paziente jakin batzuei egoera jakin batzuetan eta ez beste batzuetan hiltzen laguntzarekin, beste esku-hartze eta tratamendu batzuetan gertatzen den bezala. Ez guke

²⁵ Torralba, F.: «Esencia del cuidar: Siete tesis», in *Sal Terrae* (2005), Bilbo.

Etxeberria, X.: «El reconocimiento como referente transversal de la bioética», in *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), (2015), 127-141.

²⁶ Ia hitzez hitz hemendik hartuta: Fundación Ciencias de la Salud: *Ética de la objeción de conciencia*, Guías de ética de la práctica médica bilduma, Ergon, Madril, 2008.

²⁷ <https://derechoamorrir.org/eutanasia-espana/>

ahaztu beharko profesionalak bere pazienteen eskaerak baloratu behar dituela esku-hartze guztietan, profesionalak –eta ez pazienteak bakarrik– ere erantzun behar baitu bere buruaren aurrean, bere kontzientziaren aurrean, egiten duen hori ona dela.

Horregatik, eragozpenak daude, gure iritziz, hiltzeko laguntza emateko orduan kontzientzia-eragozle diren profesional sanitarioen erregistro bat egiteko, horren barruan praktika hori egiteko kontzientzia-eragozpeneko adierazpenak jaso daitezzen. Horri esker behar den informazioa emango zaio osasun-administrazioari hiltzeko laguntzaren prestazioaren kudeaketa egokia bermatu ahal izan dezan, baina ezin da modu zurrun batez ulertu, hau da, erregistroan jasota dagoenak ezin izango duela inoiz egin edo ez dagoenak beti onartu behar duela pazientearen eskaera.

Kontzientzia-eragozpenak bi balio oso garrantzitsu batzuen arteko gatazka dakar: alde batetik, arrazoi moralak direla eta ekintza zehatz bat (esku-hartze eutanisiko bat gure kasuan) ez duela egin behar pentsatzen duen profesionalaren kontzientzia errespetatzea; eta bestetik, beste alderdiak bere iritziz balio handikoa den prestazioa jasotzeko duen eskubidea errespetatzea (prestazio hori legezkoa izango da, gainera, lege-proposamena onetsiz gero). Esku-hartze eutanisikoa pertsona zehatz batekiko konpromisotik sortzen den eskakizun etikotzat hartuta, eskatzeko modukoa da guztiz, gure ustez, kontzientzia-eragozpenerako eskubideari kasu bakoitzean erabaki zehatz indibidual bezala hel dakion, kasu guztietan ez baita profesional batentzako gatazkarik egongo.

Betebehar moralak gatazkan dauden bi balioak ahalik eta gehien errespetatzeko eskatzen du beti, edo haiei ahalik eta kalterik txikiena egin, eta beti erdibidean dauden jarrera zuhurrak aurkitzea, balio horietako bakar bat ez baita absolutua. Zuhurtasunarekiko konpromiso horren ondorioz, kasu jakin batzuetan, haietakoren batek, neurri batean gutxienez, amore eman beharko du bestearen aurrean. Ahal den guztia egin beharko da profesionalaren balio-sistema errespetatu dadin, baina argi dago amore eman beharko duela ez badago eskatzaileari prestazioa emateko beste modurik (larrialdiak, etab.). Eta gauza bera esan behar da beste alderdiaz. Pertsonak dena delako prestaziorako eskubidea du, baina profesionala ere errespetatzen saiatzeko, horrek dakarzkion eragozpenak onartu beharko ditu (beste profesional edo zentro batera bideratzea arreta egokia jaso ahal izateko, etab.).

5. EGOERA BEREZIAK

Autonomia zuzen baloratzea eta, beharrezkoa izanez gero, hura osatzeko laguntzak egotea, saihestu ezin den eskakizuna da pertsona batek bere bizitza amaitzeko esku-hartze eutanisiko bat eskatzen duenean. Antza denez, argi dago ondorio horren larriak eta itzulezinak dituen erabaki bat hartzeko ziurtatu beharra dagoela erabakia balio eta betebehar pertsonaletan oinarritzen dela, eta ez, ordea, barneko edo kanpoko derrigortzeetan, edo norberaren egoera oker hautematean edo/eta dauden aukeren gaineko ezjakintasunean.

Zenbait balio eta onura –ongizatea, erosotasuna, etab.– garatzea bultzatzen duten bestelako esku-hartze aringarrietarako aski bada ere autonomia-maila txikiagoak izatea, hura osoa izan ez arren (beharrik gabeko ordezkatzeko paternalistak ekidingo ditugu horrela, gainera, duintasuna eta estimua galtzea baitakarte beti), eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren kasuan, ordea, ez dirudi irizpide horri jarraitu behar diogunik, saiatu behar baikara pertsonak

baimena askatasunez eman dezan, dela eskaeraren unean bertan, dela egoera hori berariaz jasotzen duten aurretiko jarraibideen bitartez.

a. NAHASMENDU MENTALA DUTEN PERTSONAK

Hiltzeko laguntza medikoaren testuinguruan nahasmendu mentala baloratzea garrantzitsua izan daiteke bi kontu hauei lotuta: Alde batetik, komeni da jakitea nahasmendu psikikoak eskaeran zer eragiten duen, eta, bestetik, eutanasia edo medikuak lagundutako suizidioa nahasmendu psikiko bat izateagatik bakarrik eskatu den.

Lehen alderdiari dagokionez, ez dago datu askorik beste arrazoi batzuk direla-eta hiltzea eskatzen duten pertsonetan zeinu edo sintoma psikiatrikoen prebalentziaren berri ematen duenik. Protokolo gehienek balorazio psikiatriko baten aukera jasotzen dute, baina, dirudienez, datuek ez dute iradokitzen hiltzeko laguntza eskatu arte antzeman gabeko osasun mentaleko arazoen prebalentzia adierazgarririk. Kasu batzuetan (Australia, Zeelanda Berria) berariaz adierazten dute komeni dela psikiatra batekin kontsultatzea oraingo edo iraganeko gaixotasun mental baten ondorioz hiltzeko laguntzarekin lotutako erabakiak hartzeko gaitasunaren inguruko zalantzarik badago.

Aztertu beharreko bigarren elementua kasuistika hau da: eutanasia eta suizidio lagundua nahasmendu edo gaixotasun mental bati lotutako sufrimenduagatik bakarrik. Zenbait herrialdek –Kolonbia, Australia (Victoria eta Mendebaldeko Australia) eta Zeelanda Berria– espezifikoki baztertzen dute. AEBko suizidio lagunduen araudiak zeharka baztertzen du, hilabete batzuen buruan hiltzea aurreikustea eskatzen baitu. Kanadak etorkizun hurbilean berrikustea planteatzen du, adingabe helduen kasuarekin eta MAID *Medical Aid in Dying* delakoarekin lotutako alde aurretiko borondateak aintzat hartzearekin batera.

Egoera bestelakoa da hiltzeko laguntza araututa duten Europako herrialdeetan. Auzitegi Federalaren epai batek hori babestu ondoren, Suitzak baimentzen du, 2007. urtetik aurrera, arazo psikiatrikoak dituzten pertsonak suizidio lagunduaz baliatzea, baina ez dakigu zenbat kasutan aplikatu den. Beneluxeko herrialdeek eutanasia edo suizidio lagundua (Luxenburgo eta Herbehereen kasuan) eskatzeko arrazoi bakar gisa nahasmendu psikiatriko bat izatea ez dute jasotzen baztertzeko irizpideen artean, baina esan behar da horrelakorik ez dela aplikatu Luxenburgon²⁸, eta gutxi aplikatu dela Herbehereetan (68 kasu 2019an)²⁹. Herbehereetako txostenak kasu horietan kontu handiz ibili behar dela dio zenbaitetan, eta psikiatra independente bati kontsultatzera behartzen du. Xedatzen duenez, kasu horietan, konplexuak izan ohi direnetan, ebatzi behar da ea gizabanakoek era horretako laguntza aukeratzeko gaitasunik duten, hobetzeko itxaropenik gabeko sufrimendurik dagoen eta ordezeko beste irtenbiderik dagoen edo ez.

²⁸ <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

²⁹ RTE Eutanasia Egiazatzeko Eskualdeko Batzordeak. 2019. urteko txostena. <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

Errealitate horrek agerian uzten du zer zailtasun dauden eutanasia eta/edo medikuak lagundutako suizidioa arrazoi bakarra nahasmendu psikikoa denean aplikatzeko, eta ez bizitzaren amaieratik kanpo eutanasia-jokabideak babesteak dakartzan erronka etikoak direla kausa bakarrik, araudi ezberdinetan ohikoak diren inklusio-irizpide jakin batzuen aplikagarritasunagatik baizik, nahasmendu psikiatrikoen eta haiek pairatzearen espezifikotasunak direla eta. Hiru arrazoik azaltzen dute zailtasun hori:

1. «Nahasmendu itzulezina edo sendaezina» irizpidearen aplikagarritasuna. Salbuespenak salbuespen, adostasun orokorra dago honi buruz: nahasmendu psikiatrikoek, beste gaixotasun organiko batzuek ez bezala, ez dakarte berez heriotzarik. Gaixotasun mentalaren izaera askoz heterogeneoagoa da, eta gauza bera esan daiteke tratamendu psikiatrikoaren izaeraz: aukera anitz daudenez –eta dauden teknikak askotarikoak izanik–, oso zaila da «sendaezintasuna» terminoa aplikatzea (erabateko errefraktariorotasuna, termino klinikoetan).
2. Ez dago zalantzarik gaixotasun psikiatrikoak sufrimendu izugarri handia eragiten duela; eta horren ondorioz sortutako erasana erraz inferitzen da, halaber, hala paziente psikiatrikoekiko esperientzia sozial eta profesionaletik, nola gaixotasun eta nahasmendu psikiatrikoei egotzi ahal zaizkien suizidioen kopuruetatik. Elementu horiei noiz eta nola heldu eta eskaera batean elementu horiek arrazoi legitimo gisa noiz eta nola onartu, izugarri konplexua izan daiteke. Suizidioa prebenitzea lehentasuntzat hartzen duen gizarte batean hori ere hartu behar da kontuan³⁰³¹.
3. Gaitasuna ebaluatzea. Estigma saihesteko, garrantzitsua da nahasmendu psikiatriko bat pairatzeak gaixotasun-presuntzioa ez indargabetzea³², baina egia ere bada, askotan, nahasmendu psikiatrikoekin batera distortsio kognitiboak eta emozionalak agertzen direla, halaber, haien psikopatologiaren berezkoak dira eta. Horren erabaki garrantzitsuetan, osasun mentalaren arloko profesional klinikoak behar dira, eta estandar profesional zorrotzak (zehaztasun-psikiatria deitutakoa) eta prestakuntza espezifikoa eduki behar dituzte horiek³³.

Itxura guztiaren arabera, paziente psikiatrikoei dagokienez, hiltzeko laguntzaren planteamenduaren konplexutasun izugarri handia ezin da ebatzi prozesuan behar aski babes eta ebaluazio izugarri zorrotzaren bermea ezarri ezean³⁴. Era berean, antza denez, ezinbestean hartu behar da kontuan balitekeela ingurunearekin lotutako beste elementu batzuk ere egotea (gizartearen, ekonomiaren, harremanen eta abarren arloko arazoak), eta horiei espezifikoki

³⁰ Kim, S.Y.H., Conwell, Y. eta Caine, E.D.: «Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders how much overlap?», *in* JAMA Psychiatry, 75 (11), (2018), 1099-1100.

³¹ Miller, F.G. eta Appelbaum, P.S.: «Physician-assisted death for psychiatric patients-misguided public policy», *in* New England Journal of Medicine, 10 (2018), 883-885.

³² Rooney, M., Schuklenk, U. eta Van de Vathorst, S.: «Are concerns about irremediableness, vulnerability or competence sufficient to justify excluding all psychiatric patients from medical aid in dying», *in* Health Care Anal, 26 (2018), 326-343.

³³ Shanker, R.R.: *A review of the literature on Capacity Assessment Tools within Mental Health Practice*, Briefing Document. Joint Centre for Bioethics, Torontoko Unibertsitatea, 2016.

³⁴ Vandenberghe, J.: Physician-assisted suicide and psychiatric illness, *in* New England Journal of Medicine, 10, (2018), 885-887.

heldu beharko litzaieke³⁵; halaber, hiltzeko laguntza ez da izan behar, inola ere ez, asistentzia psikiatriko eskas baten ordezkoa.

b. ERABAKIAK HARTZEKO GAITASUNA GALDU DUTEN PERTSONAK.

Erabakiak hartzeko gaitasunaren galera itzulezina eragiten duten gaixotasun neurodegeneratiboak, batez ere dementziak eta Parkinson-en gaixotasuna, fase aurreratuan, dituztenek ezin izango lukete hiltzeko laguntzarik eskatu narriadura kognitiboa dela kausa. Gaixo horiek ez lirateke gauza izango informazioa ulertzeko, lehentasuna finkatzeko eta hiltzeko laguntza eskatzea bezalako erabaki garrantzitsua hartzeko. Baina egia da, halaber, pertsona horiek gaixotasuna izan aurretik edo erabakiak hartzeko gaitasunari oraindik eusten dioten hasierako faseetan adieraz dezaketela hiltzeko laguntza nahi duten, eta narriadura progresiboa ekidin, bai eta horri lotuta egon litekeen sufrimendua, nortasun-galera eta familia edo zaintzaileentzat karga bat izateko sentsazioa.

Euskadin gero eta pertsona gehiagok adierazten dute, aldez aurreko borondateen dokumentua idazten dutenean ezen, dementzia bat izatekotan, eutanasia nahiko luketela despenalizaturik balego. Hori posible da Beneluxen indarrean diren legerietan. Herbehereetan egoerak eztabaida bizia eragin du; 2019an zehar dementzia arina zuten pertsonen 160 kasu bideratu zituzten, haien gaitasuna zorrotasunez aztertu ondoren, bai eta dementzia oso aurreratu zuten pertsonen 2 kasu ere, aldez aurreko borondateen dokumentua zuten eta. Dementzia zuen pertsona baten beste kasu batek prozedura penala eragin du. Eztabaidatutako auzia – Herbehereetako Auzitegi Nagusiak esplizituki adierazi behar du oraindik aldez aurretik adierazitako borondate batean zer baldintza eskatu behar diren–, honako hau da: ea narriadura aurreratuko kasuetan, pertsonari duen borondateaz berdin ere galdetu behar zaion substantzia hilgarria eman aurretik, eta egoera horretan itxurazko erresistentzia edo ukapen-jokabideak kontuan hartu behar diren. Nolanahi ere, Herbehereetako dokumentuek etengabe adierazten dute kontu eta arreta handiz baloratu behar dela dementzia duten pertsonen erabakiak hartzeko gaitasunik duten. Belgikan (2018-2019ko datuak daude), zegoen batzordeak aldez aurreko adierazpenetan oinarritutako 49 eskaera jaso zituen guztira (eskaera guztien % 1), eta haietako gehienak tumore gaiztoak eta gaixotasun zerebrobaskularrak (tronbosiak eta hemorragiak) dituzten pertsonen zegozkien. Gainera, arazo kognitiboak (dementzia-sindromea) zituzten pertsonen 48 eskaera egon ziren, baina horiek hasiberriak zirenez, pertsona horiek eskaera egiteko zuten gaitasunari ez ziotela eragiten iritzi zioten. Belgikako txostenak agerian uzten du eskaera kopurua oso txikia dela herrialde horretan dementzia-sindromeak dituzten pertsonak guztiak kontuan hartuta (150.000 inguru dira).

Eutanasiari dagokionez, aldez aurreko borondateen dokumentuek beste aurretiko jarraibide batzuetan jada azaldu ditugun zailtasun berak izaten dituzte: erabakietan egonkortasuna egotea, adierazitako zuzentaraua erabakia hartu behar den egoera espezifikoki egokitzea, adierazitako borondatea argia izatea, ordezkariaren eginkizuna (halakorik balego) eta

³⁵ Sheehan, K., Sonu Gaid, K. eta Downar, J.: «Medical assistance in dying: special issues for patients with mental health», *in Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), (2017) 26-30.

osasungintzako profesionalek borondateen berri jasotzea, haiek eraginkortasunez aplikatu ahal izateko.

Legeria gehienetan (Kanada, Australia, AEB), ez dago jasota eutanasia aldez aurreko borondateen dokumentu batean aurretiaz eskatu ahal izateko aukerarik, eta eskakizun orokorra da aurre egin beharreko egoera eta dauden aukerak eta ondorioak ulertzeko gaitasuna izatea, bai eta aukera bat egin eta jakinarazteko gaitasuna izatea ere.

c. DESGAITUAK

Desgaituei esku-hartze eutanasiakoak aplikatzeari dagokionez, batzorde honetan bi arrisku azaldu nahi ditugu.

- Alde batetik, desgaitu batek eutanasia diskriminazio-egoera baten ondorioz eskatzea, hau da, sufrimendurik gabe bizi ahal izateko baliabide eta laguntza sozial eta sanitarioak eskuratzeko aukerarik ez duelako.
- Bestaldetik, diskriminazioa egotea eutanasia eta suizidio lagundua eskuratzeko orduan, despenalizatuz gero, laguntzarik ezagatik eta praktika horiek eskuragarri ez izateagatik.

Zainketa sanitario eta sozialik ez dagoelako eutanasiaren praktika eskatzeko arriskuari dagokionez, horretaz aritu da jada Nazio Batuen Erakundea, Catalina Devandas-Aguilar Nazio Batuen Desgaituen Eskubideei buruzko kontalari bereziak 2020ko otsailean egindako txostenaren bitartez ³⁶.

Txosten horrek adierazten duenez, desgaituen eskubideen ikuspegitik, arras kezkatzen du eutanasia eta suizidio lagundua legeztatzeak aukerak desgaitu batzuen bizitza arriskuan jarri ahal izatea; izan ere, baliteke pertsona horiek erabakitzea beren bizitzari amaiera ematea gizarte-faktore batzuk direla eta, hala nola bakartasuna, bakartze soziala eta kalitatezko laguntza-zerbitzuetarako sarbiderik eza. Honako hau adierazten du, halaber: «desgaituek, batez ere desgaitasuna duten adinekoek, beren ingurunearen presio esplizituak edo inplizituak jaso ahal dituzte, eta horrek barne hartzen ditu senide batzuen itxaropenak, finantza-presioak, mezu kulturalak, bai eta derrigortzea ere». Hori dela eta, eskatzen du ezen, heriotza lagundua baimenduz gero, erabaki horrekin batera neurri sendoak ere hartu behar direla desgaituen pertsonen eskubideak eta pertsona horien berdintasunaren, bizitzaren eta askatasunaren balioak babesteko.

«Lehenik eta behin, heriotza lagundurako sarbidea bizitzaren amaierako etapan dauden pertsonentzat baino ez da izan behar», desgaitasuna «ez baita inoiz izan behar heriotza lagundua baimentzeko arrazoi bat».

Gainera, beharrezkotzat jotzen du desgaituek heriotza lagunduari buruzko gai guztiei buruz emandako baimen libre eta informatua eskuratzeko, eta bidegabe presioa egin eta eragiteko era guztiak saihestu daitezela. Eskatzen du, orobat, zainketa aringarriak, etxeko arretan oinarritutako laguntza eta egokiak diren bestelako neurri sozialak eskuratzeko aukera bermatzeko; «kontrolrik

³⁶ <http://semanal.cermi.es/noticia/relatora-especial-ONU-derechos-personas-discapacidad-exige-protoger-derecho-vida-autoriza-eutanasia.aspx>

eta erabakitze ahalmenik ezak bitzta jasanezina bihurtu izana ezin da izan heriotza lagunduari buruzko erabakiaren arrazoia». Era berean eskatzen du pronostikoari buruzko egiazko informazioa emateko eta antzeko egoera bizi duten pertsonen aholkularitza eta laguntza eskaintzeko.

Adierazitako bigarren alderdiari dagokionez (hau da, desgaituek eutanasiaren eskatzaile gisa izan dezaketen diskriminazioa), Nazio Batuen Desgaituen Eskubideen Batzordeak, Espainiari eginiko bigarren berrikuspenean, gomendio batzuk egin zituen³⁷, eta haien artean zegoen «desgaitasunaren ondoriozko eutanasia ahalbidetzen duen xedapenik ez dagoela zaintzea, xedapen horiek desgaitasuna estigmatizatzen laguntzen baitute, eta gerta liteke horrek diskriminazioari bide ematea».

Horregatik, Desgaituen Ordezkarien Espainiako Batzordeak (CERMI), zeinak Espainian 3,8 milioi pertsona ordezkatzen dituen, defendatzen du eutanasiaren arauketan aipatu beharreko «pertsonen osasun-kondizio edo egoeraren ezaugarria izan behar dela gaixotasun edo patologia larria edo sendaezina egotea, eta pertsona horiek, horren ondorioz, sufrimendu iraunkorrak eta jasanezinak izatea Lege honetan ezarritako moduan»; bestelako izendapenak alde batera utzi behar direla diote, halaber.

Baimen informatuari dagokionez, legegintzako ekimenean zabal aipatuta badago ere, CERMIren iritziz «ez du babesik edo prozedurarik jasotzen berau irisgarria eta inklusiboa izan dadin eta eskubide hori erabili nahi duten desgaituei berme guztiak eskain diezazkien».

Kontu horri irtenbidea emateko, CERMIk beste xedapen gehigarri bat eranstea proposatzen du, honako hau dioena:

«Hirugarren xedapen gehigarria. Desgaituak.

1. Lege honetan ezarritakoa betez hiltzeko laguntza eskatu eta jasotzeko jarraitu beharreko prozeduretan, eskatzaileak desgaituak direnean, behar diren bitartekoak eta laguntza-baliabideak bermatuko dira –bai baliabide materialak, bai giza baliabideak–, irisgarritasun eta diseinu unibertsaleko neurriak barne, informazioa jaso dezaten, beren borondatea osatu eta adieraz dezaten, baimena eman dezaten eta ingurukoekin hitz egin eta interaktuatzeko, era aske batez, haien erabakia indibiduala, heldua eta benetakoa izan dadin, bidegabeko intromisio, esku-sartze edo eraginik gabe.

2. Bereziki, egoki diren neurriak hartuko dira desgaituei gaitasun juridikoa eta antolamendu juridikoan aitortuta dituzten gainerako eskubideak erabiltzeko behar duten laguntza emateko.

3. Gorrek, entzuteko desgaitasuna dutenek eta gor-itsuek bermatuta izango dituzte urriaren 23ko 27/2007 Legean (Estatuan, keinu-hizkuntza aintzat hartzen duena eta gorren, entzumen-urritasunen bat dutenen eta itu-gorren ahozko komunikazioari

³⁷https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fCO%2fCO%2f2-3&Lang=es

laguntzeko baliabideak arautzekoa) ezarritako eskubideak, baliabideak eta laguntza-bitartekoak».³⁸

6.- BESTELAKOAK: ETIKA-BATZORDEEN EGINKIZUNA ETA AUTONOMIA MORALAREN BALORAZIOA

Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioak gomendatzen du asistentziaren eta esku-hartze sozialaren etikako batzordeetako profesionalek, bioetika-prestakuntza dutenek, parte hartzea, hala prozeduraren eta, dituzten ezaugarri espezifikoak direla bide, balorazio etikoa behar duten kasuen gaineko aholkularitza ematen, nola eraturako jarraipen eta ebaluazioko batzordeetan, halakorik balego. Txosten honetan hizpide izan ditugun nazioarteko esperientziak ezagututa, gure iritziz, horretarako gaitasuna duten profesionalek gatazka etikoak ebaluatzen badituzte, horrek berme handiagoa emango dio prozesuari, eta kasu berriak baloratu ahal izango dira horri esker, betiere gizartearen ustez horiek jaso behar badira legearen garapenaren barruan.

Beste gai oso garrantzitsu bat, batzorde honen kezka-iturria, hiltzeko laguntza eskatzen duten pertsonen autonomia morala baloratzea da. Baimena behar den beste edozein egoeratan bezala, kasu bakoitzaz arduratzen den medikuak edo talde asistentzialak egin behar du balorazio hori. Baina eutanasia-testuinguruetan, eskatzaileen gaitasunaren balorazioa ez ezik, garrantzitsua da, orobat, pertsona horien gaitasuna eta autonomia pertsonala ahalik eta osoena izatea. Pertsonak askotariko eta maizko erasanak izan ditzakete bizitzaren amaieran, eta gure iritziz, erasanak ebaluatzeaz gain, horiei heldu ere egin behar zaie ondoren, pertsonak beren balioei jarraikiz kudeatu ahal izan dezaten beren heriotza. Dakigunez, pazienteen % 40-50ek izaten dituzte antsietate-gertakari larriak gutxi gorabehera, eta haien % 20k depresio-koadro larriak; azken horiek beren egoeraren gaineko hautemanen eta hartzen dituzten aukeretan dute eragina. Maiz izaten diren beste defentsa-mekanismo batzuen ondorioz (hiragatik, adibidez), baliteke erabakitze gaitasuna aldi baterako mugatuta egotea. Behar emozionalak eta psikologiaren arloko profesionalak zainketa aringarrietako funtsezko elementuak dira, eta prest egon behar dira hala behar diren egoeretan, eutanasia eskatzen dutenen gaitasuna eta autonomia pertsonala osoa dela ahalbidetzeko.

7.- LABURPENA ETA ONDORIOAK

Euskadiko Etika Batzordeen Batzorde Soziosanitarioko kideek, adostuta, honako adierazpen hau egiten dute:

- Gure iritziz moralki onargarria da eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa inguruabar eta egoera jakin batzuetan despenalizatzea eta legedian arautzea, betiere pazienteen eta profesionalen segurtasun kliniko eta juridikoa bermatzen bada.

³⁸ <http://semanal.cermi.es/noticia/Propuestas-enmiendas-CERMI-Proposicion-Ley-Organica-regulacion-eutanasia.aspx>

EUSKADIKO ETIKA BATZORDEEN BATZORDE SOZIOSANITARIOA

- Uste dugu bi praktikak arautzea beharrezkoa, egokia eta onuragarria dela oraingo testuinguru soziosanitarioan, hala Estatuko Osasun Sistemaren barruan, nola Euskadiko sistema sanitarioarenean.
- Pertsona guztiek bermatuta eduki behar dute zainketa aringarriak edo gizarte-laguntzak eskuratzea, baita eutanasia edo medikuak lagundutako suizidioa eskatzen dutenek ere. Hiltzeko laguntza medikoak legeztatu eta arautzeak ez du zainketa aringarrien garapena baldintzatzen, eta ez dago harekiko gatazkan.
- Profesionalak pazientearekin duen konpromiso profesional eta humanoaren barruan jo daiteke moralki onargarritzat pazientearen bizitza amaitzeko asmoa duen esku-hartze bat. Konpromiso horretatik baino ez da bihurtzen pazientearentzako heriotzaren inperatibo erreala heriotza errazteko inperatibo moral profesionalarentzat, «biografia zehatz bat ixteko» modurik onena delakoan.
- Profesionalen kontzientzia-eragozpena errespetatu eta jaso behar da, gure iritziz, eutanasiaren eta medikuak lagundutako suizidioaren arauketan. Hori ez da beti planteatu behar, gure ustez, eutanasia-ekintza ororen aurreko eragozpen monolitiko edo orokor modura. Kasu zehatz bakoitzerako eragozpen arrazoitu baten aldekoak gara. Eragozpen horrek, aldi berean, bermatu behar du eskatzaileek hiltzeko laguntza medikoen prestazioa eskuratzen dutela, ezaugarri, inguruabar eta betekizun egokiak badaude betiere.
- Gure ustez, egoera bereziak daude, nahasmendu mentala, narriadura kognitiboa edo desgaitasuna duten pertsonen dagokienez, eta zuhertasun handiz tratatu behar dira horiek. Hiru egoera horien ezaugarriak aski dira elkarrengandik eta beste edozeinengandik bereizteko, konplexutasun handia dute eutanasiaren testuinguruan; horregatik, hiltzeko laguntza medikoak despenalizatu eta arautuz gero, tratamendu espezifikoak eman behar zaio horietako bakoitzari.
- Funtsezkoa da, gure ustez, eutanasia eta medikuak lagundutako suizidioa despenalizatu eta arautzeko kasu batean, etikako batzordeek parte har dezaten ezinbestean ezarri beharko diren aholkularitza, jarraipen eta ebaluaziorako prozesuetan. Era berean, garrantzitsua da, gure aburuz, psikologiaren arloko profesionalak parte har dezaten hiltzeko laguntza medikoen eskatzaileen behar emozionalei arreta ematen laguntzeko, haien gaitasun eta autonomia pertsonala osoa izatea ahalbidetzeko.

8.- EUSKADIKO ETIKA BATZORDEEN BATZORDE SOZIOSANITARIOKO KIDEAK

KARGUA	IZENA	ZER ETIKA BATZORDE* ORDEZKATZEN DUEN
BATZORDEBURUA	Lourdes Zurbanobeaskoetxea	Bizkaiko Foru Aldundiko ESEBa. Koordinatzaile soziosanitarioa
BATZORDEBURUORDEA	José Antonio de la Rica	Koordinatzaile soziosanitarioa
BATZORDEKIDEA	Brígida Argote	Arabako Foru Aldundiko ESEBa
BATZORDEKIDEA	Boni Cantero	Arabako Foru Aldundiko ESEBa
BATZORDEKIDEA	Marije Goikoetxea	Bizkaiko Foru Aldundiko ESEBa
BATZORDEKIDEA	Olaia Arana	Gipuzkoako Foru Aldundiko ESEBa
BATZORDEKIDEA	Zorione Benedicto	Gipuzkoako Foru Aldundiko ESEBa
BATZORDEKIDEA	José Félix Rentería	Gorabideko Etika Batzordea
BATZORDEKIDEA	Susana Díaz de Durana	Debagoieneko ESiko AEBa
BATZORDEKIDEA	Mónica Domezain	Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko AEBa
BATZORDEKIDEA	Margarita Hernanz	Arabako Osasun Mentaleko AEBa
BATZORDEKIDEA	Blanca Morera	Donostialdeko ESiko AEBa
BATZORDEKIDEA	Agurtzane Ortego	Bizkaiko Lehen Mailako Arretako AEBa
BATZORDEKIDEA	Rosa Sainz	Barrualde-Galdakaoko ESiko AEBa
BATZORDEKIDEA	Iñaki Saralegi	Arabako ESiko AEBa
BATZORDEKIDEA	Daniel Solano	Bilbo-Basurtuko ESiko AEBa
IDAZKARIA	Pepe Quintas	Osasun Saila. AEBak Akreditatzeko Batzordeko burua

*AEBak: Esku-hartze Sozialaren Etikako Batzordea (foru-aldundiak)

AEBa: Asistentziaren Etikako Batzordea (Osakidetza)