

AURRETIAZKO BORONDATEEN DOKUMENTUAK (ABD) ETA EUTANASIA DEMENTZIETAN.

Pertsonaren duintasuna, autonomia pertsonala eta intimitatea errespetatu behar dira, eta horiek ere, interes eta intentsitate bereziarekin, bizitzaren amaierako prozesuari eragiten diote, eta horrek eskubideak aitortzea ekarri du, errespetu hori bermatzeko. Euskal Autonomia Erkidegoan, eskubide horiek beren bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideak eta duintasuna bermatzeari buruzko uztailaren 8ko 11/2016 Legean aitortu ziren. Eskubide horiek handitu egin dira eutanasia arautzen duen martxoaren 24ko 3/2021 Legearekin.

Pertsonak beren borondatea adierazteko duten gaitasuna murriztu daitekeen kasuetarako, indarreko legeriak hainbat lege-formula jasotzen ditu borondatea betetzen dela bermatzeko. Horietako bat aurretiazko borondateen dokumentua da (ABD). Legearen definizioari jarraiki, ABDaren bidez, judizialki horretarako ezgaitua izan ez den eta askatasunez jarduten duen edozein pertsona adindunek eskubidea du bere bizi-helburuak eta balio pertsonalak adierazteko, bai eta tratamenduari buruzko jarraibideak adierazteko ere, eta horiek artatzen dituzten medikuek edo osasun-taldeek errespetatu egingo dituzte bere borondatea adieraztea ezinezkoa zaion egoera batean daudenean. Bizi-helburuak eta balio pertsonalak adieraztearen helburua jarraibideak errespetatzen laguntzea eta erabaki klinikoak hartzeko gida izatea da. Era berean, ordezkari bat edo batzuk izendatu ahal izango ditu, medikuaren edo osasun-taldearen solaskide baliodunak izan daitezten, eta haien balioak eta jarraibideak interpretatzeko ahalmena eman ahal izango die.

Eutanasia arautzen duen legea 2021eko ekainaren 25ean indarrean sartu ondoren, ABDak lege horren aurreikuspenen aplikazioari buruzko jarraibideak ere jaso ditzake. Aplikazio horrek konplexutasun berezia ekar dezake, dementzia edo garuneko kalte larri edo atzeraezineko egoeran dauden pertsonak adierazitako ABDetan jasotako jarraibideak aplikatu behar direnean.

Dokumentu honen helburua konplexutasun hori aztertzea da, eta, horrekin batera, sor daitezkeen arazoei buruzko hausnarketan lagundu nahi da.

KONTZEPTUEN ESANAHIA ETA TERMINOLOGIA.

Aldez aurretik, bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideen eta duintasunaren bermea eta osasun-zerbitzuek dituzten tratamenduak arautzen dituen araudiak kontzeptu eta termino ugari erabiltzen dituzenez, eta horiek ulertzea nahiko konplexua izan daitekeenez, horien esanahia jasoko dugu. Kontzeptuen eta terminologiaren esanahia txertatzeak ere lagun dezake dokumentua errazago ulertzeko.

Adierazitako helburua kontuan hartuta, kontzeptu eta termino hauen esanahia jasotzen da:

1. **“Azken egunetako edo agoniako egoera”**: fase mailakatua, heriotzaren aurrekoa, klinikoki agertzen dena narriadura fisiko larriagatik, muturreko ahuleziagatik, nahasmendu kognitiboengatik eta kontzientzia-nahasmenduagatik, harremanak izateko eta irensteko zailtasunagatik eta egun gutxiko bizi-pronostikoagatik. Barnean hartzen du, halaber, atzera bueltarik gabeko kaltea, bizitzarekin bateraezina, muturreko narriadura eta nahasmendu larriak jasan dituenaren egoera.

2. **“Egoera terminala”**: pertsonak aplikatutako tratamenduei erantzuten ez dien eta heriotzarantz eboluzionatzen duen egoera. Sendatzetik zaintzera igarotzeko unea da, hau da, sintomak arintzen dituzten eta ongizatea ematen dioten zaintzak ematera.

3. **“Sedazio aringarria”**: sendagaiak nahita ematea, eskatutako dosi eta konbinazioetan, gaixotasun aurreratua edo terminala duen pertsona baten konortea murrizteko, sintoma erregogor bat edo gehiago arintzeko, eta haren baimen esplizituarekin edo ordezkartzaren bidez. Sedazio primarioa da, jarraitua edo aldizkakoa, azalekoa edo sakona izan daitekeena.

4. **“Sedazio terminala”**: sendagaiak nahita ematea, heriotza oso hurbil aurreikusten den pertsona baten konortea sakon, etengabe eta ziurrenik atzera bueltarik gabe murrizteko, beste neurri batzuekin eta baimen esplizituarekin edo irudikapenarekin lotu ezin den sufrimendu fisiko edo psikologikoa arintzeko asmoz.

5. **“Bizi-euskarriko tratamenduak mugatzea”**: laguntza-taldeak neurri terapeutikoak kentzeari edo ez hasteari buruz hausnartutako eta adostutako erabakia, gaixotasunaren bilakaera atzeraezina dela eta egoera horretan tratamendua alferrikakoa dela iritzita. Haren aplikazioak aukera ematen du heriotzaren prozesua gaixotasunaren ezinbesteko eboluzio gisa ezartzeko, ongizatea ematen duten zainketak eta tratamenduak mugatu gabe.

6. **“Zainketa aringarriak”** (OSNren doako zerbitzu komun en zorroan jasotako osasun-prestazioa) 5.1, b LORE): pertsonen eta haien familien bizi-kalitatea hobetzera bideratutako esku-hartzeen multzo koordinatua, gaixotasun terminal batekin lotutako arazoei aurre eginez sufrimendu fisiko, psikiko eta espirituala prebenituz eta arinduz, bai eta mina eta beste sintoma batzuk identifikatu, baloratu eta tratatuz ere.

Behar bezala aplikatuta, eta beste baldintza batzuen artean pazienteak zuzenean adierazitako borondatea kontuan hartuta, nahitaezko urrats humanitarioago eta gizatiarrago gisa aurkezten dira, eutanasia eskaintzea baino lehen, legez pazientearentzat eta, batez ere, sufritzen ari den desgaituarentzat salbuespenezko azken malgu gisa eratu beharko litzatekeena.

7. **Eutanasia:** 2021.03.24ko 3/2021 Lege Organikoa
Definizioa: pertsona baten bizitzari amaiera emateko ekintza deliberatua, pertsonaren beraren berariazko borondateak sortua eta sufrimendu bat saihesteko¹ xedearekin.
(Zioen azalpena) nori zuzendua

- Honako hauek ditu (Legean ezarritako baldintzetan eta mediku arduradunak ziurtatuta):

- *gaixotasun larri eta sendaezina*, hau da, bere izaeragatik sufrimendu fisiko edo psikiko etengabeak eta jasanezinak eragiten dituena, pertsonak onargarritzat jotzen duen arintze-aukerarik gabe, bizi-pronostiko mugatuarekin, hauskortasun progresiboko testuinguru batean (art. 3.c), edo
 - *Pariramen larri kroniko eta ezintzailea*, eta horrek beste egoera batera eramaten gaitu. Egoera horrek autonomia fisikoa eta eguneroko bizitzako jardueretan zuzenean eragiten duten mugei egiten die erreferentzia, eta, beraz, ezin da bere kabuz moldatu, ezta adierazpen- eta harreman-gaitasunean ere, eta sufrimendu fisiko edo psikiko etengabea eta onartezina dakarte berekin, muga horiek sendatzeko edo nabarmen hobetzeko aukerarik gabe irauteko ziurtasuna edo probabilitate handia baitago. Batzuetan laguntza teknologikoaren erabateko mendeotasuna ekar dezake (art. 3b)
- eta hiltzeko nahia adierazi du. Ondorio horietarako, baliozkoa da bizi-testamentua deritzona -aurretiazko jarraibideak- edo ABD deritzona, pertsona jakin bati edo batzuei zuzendua, eta haren ondorioak eragingo lituzkeen benetako egoeratik urrun egon ezin diren denbora-esparru eta testuinguru batean sinatua. LORE (5.2 art.: «Aldez aurretik aurretiazko jarraibideen dokumentu bat, bizi-testamentua, aurretiazko borondateak edo legez onartutako dokumentu baliokideak sinatu badira, (de) hiltzeko laguntza eman ahal izango da dokumentu horretan xedatutakoaren arabera. Dokumentu horretan ordezkaria izendatu bada, mediku arduradunarentzat baliozko solaskidea izango da»).

Beraz, jokabide aktiboa eta zuzena; Legearen aplikazio-eremutik kanpo geratzen dira:

- eutanasia pasiboa deiturikoa: ez eman jada ezarrita daudenen bizitza luzatzeko edo eteteko tratamendurik, eta
- beste jarduera batzuk, farmakoak edo baliabide terapeutikoak erabiliz sufrimendu fisikoa edo psikikoa arintzen dutenak, nahiz eta heriotza bizkortu (zeharkako eutanasia aktiboa).

¹ Beraz, ez da beharrezkoa subjektuak jasaten duen sufrimendua ezabatzea edo etetea; aurre egin behar zaio sufrimendu hori agertzeari?

EUTANASIARI ETA AURRETIAZKO BORONDATEEN DOKUMENTUEI BURUZKO GOGOETAK DEMENTZIETAN.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Aurretiazko Borondateen sarreran aipatzen denez, norberaren bizitzaren kudeaketa errespetatzeak berekin dakar pertsona orok, derrigortzerik gabe eta behar bezala informatuta, tratamendu jakin bat onartzen duen ala ez erabakitzeko eskubidea, hau da, bere buruarentzat ona dena erabakitzeko eskubidea, batzuetan iritzi medikoarekin bat ez datorren arren. Eta norberaren iritzia adieraztea ezinezkoa den egoeran dagoen gaixoaren eskubide hori zaintzeko modurik onena Aurretiazko Borondateak dira, hau da, aurretiazko jarraibideak, aurretiazko jarraibideak edo bizi-testamentuak. Aurretiazko Borondateen bidez, pertsonak etorkizunean jaso edo baztertu nahi dituen osasun-zainketak planifikatzen ditu, bereziki erabakiak bere kabuz hartu ezin dituen unerako. Aurretiazko Borondateen Dokumentua (ABD) idatzizko dokumentu bat da, talde medikoari zuzendua, non pertsona batek etorkizunean jarraitu beharreko jarraibideak jasotzen dituen, une horretan bere borondatea pertsonalki adierazi ezin izango balu ere. Dokumentua edozein unetan aldatu eta ezeztatu daiteke, erabakiak hartzeko gaitasuna mantentzen den bitartean. Une horretara arte, pertsonaren erabakia gailenduko da dokumentuan jasotakoaren gaineratik. (1)

Herritarrek pentsatzen dutenean nola tratatu nahi luketen beren borondatea pertsonalki adierazi ezin dutenean, kontuan hartzen dituzte zenbait alderdi, hala nola ***sufirimendua eta balioak*, *duintasuna*, *bizi-kalitatea** edo ***bizitzaren berezko balioa**. Dokumentu honetan narriadura kognitiboa duten pertsonen erabakiak hartzeko prozesuari buruzko gogoeta batzuk egingo dira – zehazki, **dementziak*** - ABDak eta eutanasia arautzen duten legeak kontuan hartuta.

Bizi-kalitateaz edo bizitzaren berezko balioaz, pertsona batek erabakiak hartzeko duen autonomiaz edo gaitasun-mailaz, sufrimenduz edo duintasunaz hitz egitea dementzia duten pertsonengan eremu ezegonkor batean sartzearen parekoa da; izan ere, nork erabakitzen du, eta zein irizpideren arabera, beste pertsona batzuen bizi-kalitatea? Nork erabaki behar du pertsona baten bizitzak balioa galdu duen ala ez, eta pertsona horren heriotza zer izan daiteke pertsona desegokia? Noiz jo daiteke sufrimendu bat edozein tratamenduren aurrean jasanezina edo erregogorra dela? Nork hartu behar du kontuan sufrimendu bat jasanezina den? Nork erabakitzen du goragoko ahalmenen pixkanakako galeraren ondorio den bizitzeko duina ez den bizitza? Nork estimatu behar du dementzia izatea bizitza merezi ez duen egoera bat den? Zirriborro honetan, argi eta garbi mugatuta, alderdi interesgarri batzuk azalduko dira, dementzia duten pertsonen bizitzaren amaieran erabakiak hartzean sor daitezkeen zenbait zailtasuni heltzeko, alderdi eta balio horiek kontuan hartuta.

Giza bizitzaren berezko balioa balio goren gisa defendatzen duten pertsonak honako hau uste dute:

- 1- Gizakiaren autonomiak ezin du inoiz justifikatu norberaren edo besteren bizitzaren aurkako erabakirik edo ekintzarik, bizitzarik gabe ezin baita askatasunik egon.
- 2- Zaintzea beste batengan, hurkoarengan, bere duintasuna eta ezberdintasuna ezagutzea da.
- 3- Zenbat egoera –dementziak, adibidez- oso kalteberak direla uste dute, eta solidarioa eskatzen diete.
- 4- Narriadura-maila handiagoa dakarten egoeren aurrean, zaintzaren etika bultzatzen dute: gure betebeharra laguntza ematea da, behar den maiztasun eta intentsitatearekin.

Beste pertsona batzuek, aldiz, egoera jakin batzuei aurre egitean – Dementia eboluzionatuetan –, giza bizitza oro berez baliotsua ote den galdetzen dute.

- 1- Gizaki baten bizitzari nahita amaiera emango balitzaio beti gaizki jokatu ote litzatekeen galdetzen diote beren buruari.
- 2- Izan ere, pertsona batzuek zenbait gaixoren oinarritzko zainketak eteteko zilegitasuna defendatzen dute dementia-egoera aurreratu batera iristen direnean (egoera begetatiboen antzeko egoerak*), nahiz eta alde aurretik beren lehentasunak ABD batean sinatu ez, bizitza erabat biologikoa jarraitzeko ustezko interes pertsonalik eza oinarri hartuta.
- 3- Pertsona horiek uste dute badagoela, edo lor daitekeela, adostasun unibertsal bat gutxieneko bizi-kalitatearen gainean, zeinaren azpitik ez bailitzateke inolako interesik egongo gizakientzat bizitzen jarraitzeko, behin adimena eta askatasuna galdua, hau da, beren bizitzako ekintzak proiektatzeko gaitasuna eta ekintza horien erantzule izateko beharra.

Gure gizartean, gehienek onartzen dute pertsona bat egokia dela bere bizi-kalitatearen esanahia zehazteko, gaitasun hori duela uste baitu. Horrek bere heriotzari dagozkion erabakiak barne hartzen ditu, norbera baino hobeto ez baita gai jasaten duen sufrimendua baloratzeko -sufrimendu fisikoa edo psikikoa izan, alegia- eta bizirik mantentzen duten tratamenduekin jarraitzea zein neurritaraino merezi duen aztertzeko. Ildo horretan, hainbat lege onartu dira: pazientearen Autonomiari buruzko Legea (azaroaren 14ko 41/2002 Legea, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen), Autonomia Erkidegoetan Aurretiazko Borondateak arautzen dituzten legeak eta eutanasiari buruzko martxoaren 24ko 3/2021 Lege Organikoa. Horiek guztiak mugarri izan dira pertsonen erabakiak hartzeko garaian.

Aurretiazko Borondateei dagokienez, gure gizartean adostasuna dago pertsona eskudun orok jaso nahi lituzkeen tratamenduak adierazten dituen ABD bat izenpetu ahal izateko, edo, bere iritzia emateko eta bere erabakiak hartzeko ezintasunean egonez gero, bere medikuek aipatu gabe utzi beharko lituzketenak. Gure bizitzaren amaierari buruzko erabakiak hartzerakoan, edo pertsona batek ABD bat erregistratzean sinatutakoak kontuan hartzerakoan, badira egoera batzuk – Dementziak edo egoera begetatibo iraunkorrak, esaterako – Beste estatu batzuetan gerta daitezkeenei zailtasun gehigarriak

dakartzatenak. Jarraian, ABDen interpretazioan eztabaida sor dezaketen zenbait objekzio azalduko ditugu:

- Horietako bat da ABDen denbora-irismena planteatzen duena. Duela 5, 10 urte egindako dokumentu batek harpidetu zeneko balio bera al du oraindik? Azken finean, pentsa daiteke urte horietan guztietan pertsonaren sentipenean aldaketaren bat gertatu ahal izan dela. Ikuspuntu etiko batetik, zuzena al da aurreikustea DVA bat sinatu zuenaren interes pertsonalen jarraipena, denborak aurrera egin arren?
- Egoera begetatibo iraunkorra duten pazienteen tratamendua luzatzeari edo eteteari buruzko erabakiak hartzerakoan, ohikoa da pertsona horren **interesik onena** zein den aztertzea. Kasu horietan, zalantza sor dakiguke sentitu, pentsatu edo adierazi ezin duen gizabanakoaren interesik onena zein den.
- Bestalde, dementzien kasuan, batzuek uste dute pertsona baten oroimena galtzeak eragindako gaixotasunak sortzen duen etendura psikologikoak pertsona berri bat agertzea dakarrela. Horrela ikusiz gero, pentsa dezakegu egungo pazienteak ABD sinatu zuen pertsonarekin duen lotura ausaz hartutako bi pertsonen artean dagoena baino txikiagoa izan daitekeela. Orduan zalantza sortzen zaigu ABDetan adierazitako interesak nola hartu beharko liratekeen kontuan pertsona aldatu bada eta dokumentu hori sinatu zuen pertsonaren antzik ez badu.

Ronald Dworkin (2) zuzenbidearen filosofoa objekzio horiek dituzten zailtasunetakoren bati erantzuten saiatzen da, interes motak bereiziz: «Esperientzia-interesak» eta «interes kritikoak».

Esperientzia jakin batzuk, hala nola erretzea, kirola egitea, musika entzutea, janari on batez gozatzea, hain dira garrantzitsuak, ezen, horiek gabe, gizaki asko ez bailirateke zoriontsu izango. Esperientzia horien balioa bakoitzak esperientziei dagokienez baliotsuak direla uste duenaren arabera da. Horiek gauzatzeko interesari esperientzia-interesak esaten zaio. Interes puntualak dira, eta, normalean, esperientzia amaitutakoan ahaztu egiten dira.

Pertsonek, gainera, beste interes mota batzuk dituzte, eta interes horien funtsezko balioa denboran zehar izandako edozein esperientzia puntualetik independentea da. Adibidez, norberak bizitzan zehar bere onena eman duela, biziki bizi izan duela, zintzotasunez bizi izan duela, bere buruari eta bere maiteei leial izan zaiela pentsatzea, pertsonen beren bizitza alferrik galdu ez dutelako sentazioa ematen dieten esperientziak dira. Beste era batera esanda, pertsonen beren bizitza osoa zentzuz ikusteko interesa dute. Horrelako interesari Ronald Dworkinek «interes kritikoak» deitzen die. Interes horiek, esperientzia-interesak ez bezala, baliotsuak dira, bizitza minutuz minutu gozatzea alde batera utzita.

Pertsonen bizitza osoa zenbatzean erabaki esanguratsuak hartzen direnean, interes kritikoak hartzen dira kontuan. Horrelako interesak planteatzen dira lanbide bat aukeratzean, konpromiso bat hastean edo haustean, seme-alabak izatea erabakitzen denean, norberak eraman nahi duen bizimodua pentsatzean edo, are gehiago, norberari gustatuko litzaiokeen pertsona mota pentsatzean. Interes kritikoak planteatzean, pertsonak erabakitzen du nor den eta nor izan nahi duen epe luzera.

Interes kritikoen garrantzi morala onartzen bada, onartu beharko da norbaitek demenzia edo egoera begetatiboa pairatzen duenean, kontuan hartu beharko direla pertsona horrek idatziz edo ahoz adierazi zituen interesak eta lehentasunak, demenzia jasan edo egoera begetatibo horretan erori aurretik.

Badira Ronald Dworkinek egiten duen banaketan ondo egokitzen ez diren beste esperientzia batzuk, hala nola, egotea eta senideen maitasuna eta maitasuna sentitzea. Alde batetik, garrantzi moral txikiagoko interesak (erretzea, kirola egitea, etab.) baino garrantzitsuagoak dirudite. Bestalde, batzuentzat, agian, ez dira interes kritikoen barruan sartzeko bezain garrantzitsuak (hori esanda, argi dago gure gizartean familia handia dela uste dugun pertsonen ehuneko batentzat, maitasun- eta maitasun-sentimenduak, afektuak, azken batean, interes kritikotzat har daitezkeela).

Demenzia duen paziente baten alde egin behar denean, bere interesen planteamendua nabarmen aldatzen da. Demenzia dutenek, nahiz eta autogobernurako aukera guztiak galdu, unean uneko nahiak agertzen jarrai dezakete. Mina eta plazera sentitzeko gaitasuna ere badute. Ondorioz, esperientzia-interesen titular izaten jarraitzen dute. Eta interes horiek etengabe aldatzen badira ere demenzien ezaugarri berberengatik, badira denboran zehar mantentzen diren lehentasun batzuk, hala nola kalterik ez jasatea eta plazera ematen dioten jardueraz gozatzea. Gainera, gaixotasunaren aldi luzeagoetan, senideak ezagutzen dituzte, maitasun-adierazpenekiko sentikor agertzen dira eta afektuak ematen dituzte.

Ikus ditzagun fikziozko kasu batekin sor daitezkeen arazoak: demenzia duen gaixo bat demenzia duen fase moderatu batean ospitaleratzen da infekzio-prozesu baten ondorioz. Hau da, ahanzturak pairatzen ditu, ez da bizitzako alderdi askotan gobernatzeko gai, eta laguntza behar du hainbat jarduera egiteko (finantzarioak, higiena, etab.); hala ere, gai da bere senideak ezagutzeko, sentitzeko eta afektuak emateko, eta bere eguneroko bizitzako esperientzia desberdinengatik poztasuna eta poza erakusteko. Paziente hori aurreikuslea izan zen eta urte batzuk lehenago ABD bat sinatu zuen. ABDn jasotzen da, beste xedapen batzuen artean, demenzia izanez gero, ez zaiola bizi-euskarriko neurririk aplikatuko, ezta serumik edo botikarik ere. Gainera, demenzia izanez gero eutanasia egitearen aldekoa dela adierazi du. Etikoa litzateke dokumentu idatzia errespetatzea, eta horrek esan nahiko luke hiltzen uztea – Edo eutanasia baten bidez hiltzen laguntzea –, nahiz eta esperientzia-interesaz gozatzeko gaitasun ezin arbuigarriagoa mantentzen duen – Eta, ustez, bizirik irautekotan –? Ez al da zaila onartzea prozesu interkurrente batek – Tratatu daitezkeen infekzio batek – Demenzia bat eragin dezakeela, eta demenzia hori nahiko pozik dagoela, eta oraindik ere horrela jarrai dezakeela bolada batean? Hala ere, pertsona horren gorputzean tratamenduen bidez esku hartzen badugu, ABDn sinatutakoa errespetatu gabe, eta horrela bizitzen jarraitzea lortzen badugu, ez al ginateke haren autonomia urratzen eta duintasun-zentzua bortxatzen ari, berarentzat demenzia-prozesu batekin bateraezina dena?, ez al litzateke urratuko pertsona horrek bere ustez duingarriak diren zirkunstantziak saihesteko prestatutako tratamendua baztertzeko duen eskubidea?

Demenzia duten pertsonen kasuan, bi borondate hartu behar dira kontuan:

- Batetik, demenzia duen pertsona bihurtu aurretik ABA batean gaitasunez adierazitakoa.
- Bestalde, gaur egungo borondatea, bere gaitasuna – Zati batean edo erabat – Galdu duen baina bere eguneroko plazerrez bizitzeko eta gozatzeko gai den norbaitek adierazitakoa, bere senideak aitortu eta maitatzeko gai dena.

Ronald Dworkinen ustez, bi borondateek kontraesanean jartzen dituzte interes kritikoak eta esperientzia-interesak. Gatazkarik egonez gero, interes kritikoek lehentasuna izan behar dutela dio, interes horiek ikuspegi moraletik garrantzitsuagoak direlako eta duintasunaren kontzeptua gehiago errespetatuko luketelako. Beste era batera esanda, demenzia duen pertsona baten esperientzia-interesak zapuztu litezke legez, hori ez egiteak interes kritikoak urratzea ekarriko lukeenean (garrantzi moral handiagoa).

Beste batzuk ez datoz bat Dworkinekin. Dementziak eragiten duen etendura psikologikoak pertsona berri baten agerpena dakar – Edo ekar dezake – (ABDak ordezkatzen ez duena). Ikuspuntu teorikotik, demenzia duen pertsona ABD sinatu zuenaz bestelako pertsona bat izatea arrazoi ona da pertsona horren autoritatea zalantzan jartzeko, ABDk sinatu zuen beste pertsona bati aplikatu behar zaizkiola baitakar. Ikuspuntu horretatik, ABD ez da baliozkoa. Gainera, gaixoak garrantzizko erabaki batzuetarako gaitasuna galdu badu ere, demenziaren fase batzuetan (hilabeteak edo urteak iraun dezaketenak) oraindik ere badu zenbait erabaki hartzeko gaitasuna.

Batzuek orain arte planteatu ditugunak ez bezalako alternatiba baten alde egiten dute. Aurretiazko autonomiaren irakurketa heteronomoa egin behar dela uste dute, beren aurreko nahiak errespetatu daitezkeen, tratamendu jakin batzuen egungo karga eta onuren analisi orekatuaren bidez. Hala ere, hala eginez gero, onartu beharko litzateke Alzheimerraren gaixotasunaz diagnostikatu berri den pertsona batek ezin badu bere heriotza naturala planifikatu edo bere nahiak betetzen direla ziurtatu, suizidio prebentiboa defenda daitezkeen jarrera izango litzatekeela. Izan ere, intaktuak ezin du jakin zer esperientzia izango duen demenzia jasatean, baina esfinterren inkontinentziaren esanahia, infekzio errepikatuak eta luzaroan luza daitezkeen demenziaren fase aurreratuetan gertatzen den duintasunik eza ezagutzen ditu.

Batzuen ustez, eboluzionatutako demenzietan, demenzia pairatzen dutenek pertsonari datzekion ahalmenak galtzen dituzte. Ahalmen horien artean egongo lirateke beren buruaren kontzientzia izatea, arrazionaltasuna, etorkizunerako proiektuak sortzeko gaitasuna eta nahita jardutea. Pertsonaren estatutua galtzea argudio bat izango litzateke ikuspuntu etikotik desegokitzat ez jotzeko gizabanako hori hiltzen uztea (baldin eta onartzen bada pertsonak bakarrik dutela bizitzeko eskubidea). Pertsonak eta pertsonak bereizten dituen muga edo lerroa bilatzen saiatzeak beste gogoeta mota batzuetara eramango gintuzke, ez baitago pertsonaren definizio partekatu bakar bat, eta kontzeptu hori aldatuz joan da historian zehar, aroen eta lekuen arabera.

Orain arte azaldu dudanarekin dementziak dituzten pertsonak izan ditzaketen zailtasunetako batzuk egiazta ditzakegu, aurreikusle izanik ABD bat sinatu eta erregistratu zutenak; baita ABD horietan agertzen diren ordezkariak eta/edo senideak pairatzen dituztenak ere, baita dementzia duen gaixo baten edo haren ordezkariaren senideen eutanasia-eskaera jasotzen duten medikuak ere. Erabaki bat hartu behar izatea ABD sinatu zuen pertsonaren izenean, orain sinatu zuena gogoratzen ez duen izaki bat bihurtu denean, baina lasai sentitzen dena, bizitzaren plazerrez gozatzen duena, konpainiaz eta beretarren maitasunaz gozatzen duena, antsietatea, baita larritasuna ere, sor dezakeen erantzukizuna da erabakiak hartzerakoan zerikusia duten osagaiengan, bai eta haien senide eta lagunengan ere.

Jarraian, dementzia edo egoera begetatiboak dituzten gaixoei erabakiak hartzeko lagungarri izan daitezkeen zenbait gogoeta jaso dira:

- Lehenik eta behin, azaldu diren zailtasun batzuk aurreikusi behar dira. Horretarako, komeni da ABD bat sinatu nahi duen pertsonak informazio ona izatea eta idatzi aurretik aholkularitza egokia jasotzea. Ondorioz, osasun-arloko profesionalak jakin behar dute zer zailtasun sor daitezkeen ABDak gaixotasun horietan interpretatzeko orduan, eta komunikazio-prozesu on bat ezartzeko behar diren trebetasunak izan behar dituzte. Beraz, zenbait neurri behar dira osasun-profesionalen prestakuntza indartzeko dementzien, aurretiazko borondateen eta eutanasiaren eremuan. Prestakuntza-prozesu horretan oinarritzea da osasun-profesionalen eta ABD sinatzen duten pertsonen ordezkarien artean ezarri beharreko harremana, eta, beraz, harreman hori komunikazio-prozesu egoki batean sustatzen duten neurriak.
- Duintasunari, bizi-kalitateari eta giza bizitzaren balioari buruz aho batez adostasuna lortzea ez da erraza, ezinezkoa ez esateagatik. Hala ere, dementziaren zenbait fasetan – Pertsonak bere ingurunearekin interakzionatzeko gaitasuna galdu duenean eta eguneroko bizitzako jarduera guztietarako edo ia guztietarako laguntza behar duenean, edo sufrimendu larriko egoera eragiten duenean, ebaluatu baitaiteke – Adostasun orokorra lortzen da, eta bizi-kalitateaz etiketatu daitezke, minimoen azpitik (hau da, gure gizartearen gehiengoak jarraitu nahi ez lukeen iritzi orokor bat izan arren, adostasun hori ez litzateke oztopo izango).
- Esperientziako interesen gaineko interes kritikoen nagusitasun moralak aintzat hartuz gero, pertsona batek bere ABDn dementzia izateko esperientzia onartu nahi ez duela adierazi badu, gaixotasun hori diagnostikatu ondoren eutanasia egingo zaiola onartu beharko litzateke. Hala ere, gaixoaren ordezkariak – Edo haren senitartekoak – Eutanasia egitea eskatzen zaion edozein osasun-profesionalen betebeharra, ABD dokumentu horietan edo osasun-profesional baten aurrean Erabakien Plangintza Aurreratua* baten bidez adierazi zuenean oinarrituta, pazienteari galdetzea da, baldin eta hark ulertzen badu eta benetan bere borondatea adierazten badu, ea berretsi egiten dituen A agiria sinatu zuenean planteatutako kasuak. Une horretan, eutanasiaren praktikari buruzko erabakia hartu behar duen profesionalari edo batzordeari buruz zalantza handia sortuko da tamainako erantzukizun-erabakia hartzeko beharrezkoa den gaitasun-mailari buruz.

- Beste aukera bat da ABDetan azaldutako balioen irakurketa heteronomoa egitea – Hau da, ordezkariak eta profesionalak egindakoa –, gaitasuna galdu duen eta egoera jakin bat pairatzen ari den gaixo baten kargak eta onurak modu orekatuan aztertzen laguntzeko. Interes kritikoak eta esperientziakoak bakarrik balioestea, bien artean egon daitezkeen beste alderdi batzuk kontuan hartu gabe, hala nola senideen presentziaren aurrean sentimenduak eta emozioak adierazteko gaitasuna, badirudi egoera oso konplexu baten gehiegizko sinplifikazioa dela. Ildo horretan, pazientearen eta ABDko ordezkariaren arteko edo osasun-profesionalaren arteko harreman eta komunikazio ona, haren erabakien plangintza aurreratua egiten denean, laguntza ordainezina izango da kargen eta onuren balantze orekatua egiteko orduan.
- Nolanahi ere, komenigarria litzateke demenzia duten gaixoen elkarteek haiengana hurbiltzen diren pertsonak kontuan hartzea eta, are gehiago, aholkatzea, ahal den neurrian ABDak interpretatzeko orduan sor daitezkeen zailtasunak argitzeko eta aukera eta alternatiba desberdinak kontuan hartzeko aukera emateko, bai gaixoei bai haien ordezkariari.

GLOSARIOA ETA BIBLIOGRAFIA.

***Dementzia**

*Dementzia sindrome kliniko bat da, doimeinu kognitibo batean baino gehiagotan hartutako defizitak ezaugarritzen duena, aurreko mailarekiko galera dakarrena eta autonomia funtzionala nabarmen murrizten duena. Dementzia, sarritan, jokabide-sintomekin eta sintoma psikologikoekin (JSSP) gertatzen da; sintoma konduktualak eta emozionalak edo sintoma neuropsikiatrikoak ere esaten zaie. **Alzheimer gaixotasunak eta beste dementzia batzuk dituzten pertsonen arreta integrala emateko praktika klinikoaren gida. Praktika Klinikoko Gidak SNS. 2011.***

***Balioak**

*Diego Graciak "Balioak" aipatzen duenean, beharrezkotzat jotzen du egitateak, balioak eta betebeharrak bereiztea. **Gertakariak pertzepzio-datuak direla dio. Zientzia ekintzez arduratzen da, eta teknikak eraikitzen ditu. Paziente baten barrualdea da OTA batek aukera ikusteko ematen diguna, eta berehala ez den zerbait ikusmen-pertzepzioaren datu bihurtzen du. Medikuek gertaera kliniko deritzen gertakariez arduratzen da. (...)** Gertakariari buruz oso eztabaida gutxi dago, hain zuzen ere oso objektiboak direlako: denok ikusten ditugu gauzak gutxi gora behera berdin.*

*Arazoa hasten da dena ez delako gertatzen. Gauza batzuk ez dira eginak, eta, hala ere, funtsezkoak dira gure bizitzetan. Balioak dira. Denok baloratzen dugu eta ezin dugu ez baloratu. Baloratzea berezkoa da giza bizitzarekin. Baina balioak ez dira egitateak; hau da, ez dira pertzepzio-datuak. Hautematen dugun guztia berehala baloratzen dugu, baina balorazioa ez da pertzepzioarekin identifikatzen. Gauza bera hautemanez gero, modu bereizian baloratu dezakegu, eta alderantziz. Izan ere, giza gogamenak ez du soilik hautematen, estimatu ere egiten du. Baloratzea estimatzea da. Ederra edo itsusia, ona edo txarra, atsegina edo desatsegina dela uste dugu. Balioen mundua bizitzan dugun garrantzitsuena da. Balio erlijiosoengatik, politikoengatik, ekonomikoengatik, estetikoengatik, hil egiten da, eta hori nekez gertatzen da gertakariengatik. Balioak dira gure bizitzei identitatea ematen dietenak (...). **Limitación del esfuerzo terapéutico: lo que nos enseña la historia. Diego Gracia. Páginas 49-72, en el libro "La limitación del esfuerzo terapéutico. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 2006.***

***Sufrimendua**

***Chapman eta Gravinek** honela definitzen dute sufrimendua: egoera kognitibo eta afektib, konplexu eta negatibo bat, pertsonak bere osotasuneak mehatxatuta egotearen sententzia, mehatxu horri aurre egiteko ezintasun-sentimendua eta aurre egitea ahalbidetuko lioketen baliabide pertsonal eta psikosozial agortzea ezaugarri dituena. Hitz gutxitan, egungo teoriak honela definitzen du sufrimendua: mehatxuen eta baliabideen arteko balantze negatiboaren emaitza. Sufrimendua balantzen negatibotzak edo bizi-gabeziatzat hartzen da, galera gisa: osasunaren galera, duintasuna, autonomia, etorkizuneko planak, beste pertsona batenak, norberarenak;*

baina sufrimendua- edo hobeto esanda, sufrimendua adieraztea- baliabide terapeutikotzat ere har daiteke, edo are gehiago, norberaren burua gainditzeko eta heltzeko aukeratzat, sufrimendu horri aurre egiteko behar diren baliabideak eskuratzuz, bai eta sufrimendu horri aurre eginez ere, nahiz eta sarritan, sufrimendu horri aurre egin nahi ez izan. Sufrimenduari dagokionez, J.M. Morseren Kanadako azterlanak identifikatu duenez, integritate pertsonalaren aurkako mehatxuaren aurreko erantzun bat da, eta adierazpen emozionala ezabatzen da, pertsonak egoera bere gain hartu arte. Estrategia hori beharrezkoa da egunegun funtzionatzen jarraitzeko, baina ez du atsedenik edo sendabiderik ekartzen; beraz, askotan, sufrimenduari eusten dioten pertsonak ihesbide jakin batzuk erabiltzen dituzte tentsio emozionala askatzeko. Lan horren arabera, jasankortasunaren eta sufrimenduaren arteko dinamika testuinguruak eta jokabide-arau kulturelek zuzentzen dute (adibidez, batek jendaurrean jasaten du eta besteak pribatuan), bai eta sufrimenduaren kausa aitortzeko eta onartzeko hainbat mailek ere.

Sufrimiento insoportable y voluntad de vivir: primeros resultados de un estudio en Gipuzkoa. E. Clavé Arruabarrena, A. Casado Da Rocha, C. Altolaguirre. Med Pal (Madrid) Medicina paliativa. Vol 13, nº 4, 197-206, 2006. Hainbat egileren sufrimenduari buruzko gogoetak jasotzen dira, dagokien bibliografiarekin batera.

***Duintasuna**

Diego Graciak, bizitzaren amaierako arazo etikoei buruzko hausnarketan, Kant filosofoa aipatzen du, eta honako hau adierazi zuen:

- Gizakiek duintasuna dute ezaugarri, eta ez prezioa.
- Prezioa gauzek dute duintasuna pertsonen berezkoa den heinean.

Bere hausnarketa sakontzen du adieraziz duintasun-baldintza adimenak eta askatasunak ematen diotela gizakiari, hau da, bere bizitzako ekintzak proiektatzeko gaitasunak eta ekintza horien erantzule izateko beharrak.

Pertsona adimentsuak, helduak, autonomoak eta beren helburuak betetzeko gai direnak ikusten dituguneak, duintasuna erraz hautematen da. Aitzitik, egoera batzuetan duintasuna ilundu egiten dela dirudi. Gizaki bat umiliatuta edo degradatuta senti daitekeen egoerak dira. Adibidez, gaixotasun larri eta hilgarriek eskastasun eta behartsun egoeretan jar dezakete gizakia, batzuek umiliagarritzat eta heriotza baino okerragoak jotzen dituztenak. Gainera ez dugu ahaztu behar gizakia umiliatu eta degradatu egin daitekeela, baita laguntzen saiatzen denean ere. Duintasunik ezak ez du nahitaez asmo txarrik behar. Bestea degradatu daiteke asmo onenarekin. Hori maiz gertatzen da gure ongiaren eta zorionaren ideia inposatu nahi zaionean, baita indarren ere. Hertsapenaren ondorioz, onak berez uzten dio on izateari, eta nolabait ez da duin bihurtzen.

Bestalde, gure gizarteek eboluzionatu egin dute hamarkadetan zehar, gizagabetzat, apalgarritzat eta duintasunik gabekotzat jotzen denari buruzko erabakimenean. Eta gauza bera gertatu da medikuntzan. Adibidez, duela urte gutxi arte, bizitza defentsa sutua printzipio absolututzat jotzen zen. Gaur egun, eta medikuntzaren garapen apartaren ondorioz, populazioaren sektore garrantzitsuetan susmoa dago gizakiaren bizitza biologikoa luzatzea ankerra eta apalesgarria izan litekeela. Horregatik, ez da harritzekoa gure garaian heriotza duina zer den edo duintasunez hiltzea zer den planteatzeko beharra sortzea.

Adela Cortina- duintasunari buruz:

“Duintasun” terminoa, hasiera batean, balorazio-adierazpena da, edo merezi duen zerbaiten duin izateko adierazpena. Gizakiei bruuzko balorazio-adierazpen gisa, oraindik esan nahiko luke edo gizaki jakin batzuek *duintasunez* eta *larritasunez* jokatzeko dutela-argi eta garbi- edo, jokatzeko duten bezala jokatzeko dutela, balio absolutua duten izakiak direla eta, beraz, ezin direla aldatu edo instrumentalizatu. *Absolutuki balio* duenak, hau da, *bere baitan* balio duenak, eta ez modu *erlatiboan*, hau da, beste zerbaitetarako balio duenak, ezin du bere balioa prezio batean islatuta ikusi, zeinaren truke egin ahal izango den. Ez du preziorik, duintasuna baizik; ez da trukagarria, instrumentala, errespetagarria baizik. Hala ere, puntu honetara iritsita, oraindik argitu behar da zergatik esaten den gizakiak balio absolutua duela eta, neurri horretan, zer ekintza mota eskatzen dituen duina den errespetuak. Alderdi horiek argitu ezean, duintasun eta errespetu adierazpenak modu hunkigarrian erabiliko ditugu. Baliorazio-termino bat modu hunkigarrian erabiltzen da bere emozio-indarra eskatzen dugunean, besteengan norberaren posizioarekiko *atxikimendua eragiteko*, zehaztasunak eta konbentzitzeko arazoak ematea saihestuz. *Heriotza duinaren* inguruko diskurtsoan balorazio-argudioak modu hunkigarrian erabiltzen dira, argudio ulergarri eta onargarrietan sartu gabe, hori baita *gutxieneko bioetika zibikoari* dagokiona. Horregatik, premiazkoa da gizakien premia motak deskribatzea, haien duintasunak merezi duen errespetuarekin tratatu ahal izateko bete behar direnak. Zertan datza bada, giza duintasunarekiko begirunea, hitz hutsetan ez geratzeko? Giza eskubideen harremana, giza bizitzarik gabe nekez aurrera eramane daitezkeen oinarrizko eskakizun gisa –bizitzeko eskubidea, adierazpena, kontzientzia, lana, osasun-arreta, bakea eta abar- galdera horren mendebaldeko erantzuna izan da, hain zuzen ere. Egileak bere buruari galdetzen dio: harreman horri duintasunez hiltzeko eskubidea erantsi behar al zaio? *Adela Cortina. Capítulo16: Morir en paz. En “Ética en cuidados paliativos” Azucena Couceiro (ed) Editorial Triacastela (Madrid 2004),341-362.*

Egileak (Adela Cortina) uste du beherago azaldutako eskakizunak jarduera profesional batek eskatzen duelako edozein profesional egin behar duen praktika kliniko egokiari buruzkoak direla. Eta uste du zalantzan jar daitekeela ekintza horiek “duintasuna” terminoarekin behar bezala adierazten direnik. Duintasuna ulertzen badugu, lehen aipatutako zentzuan, dotoreziarik gabeko gauza bakarra da talde sozial guztiek arbuatzen duten ankerkeria terapeutikoa, edo lasaigarriak emateari uko egitea, heriotza bizkortzeko bigarren mailako eragina badu ere, gizarte-talde guztiek era berean arbuatzen baitute. Beraz, ondo baino hobeto hitz egin daiteke praktika kliniko onaz, bere helburuetako bat baita bakean hiltzen laguntzen duela. Duintasuna pertsonaren balio absolutuaren adierazpen gisa ulertzen badugu, kantiar ildoan, hots, izaki autonomoak berez balioetsuak direla eta, beraz, ez direla instrumentalizatu behar, orduan eztabaida beherago aipatutako azken puntuetan zentratzen da (zazpigarrena), eta ez du ezer esaten apainduraz edo apaindurarik ezaz. Heriotza duin baten baino gehiago, nahasmena saihesteko, nahita aukeratutako heriotza eskatzen du. Kontua da, beraz: giza eskubideen katalogoari gehitu behar al zaio heriotza noiz eta nola gertatuko den aukeratzea?

Heriotza duina:

Egoera terminal edo itzulezinean dagoen paziente orok eskubidea du:

- 1- Nahi izanez gero, zure diagnostikoari, pronostikoari eta tratamendu posibleei buruzko egia ezagutzea, bai eta horietako bakoitzaren arriskuak eta onurak ere.
- 2- Nahi izanez gero, sendatzeko edo argi eta garbi onuragarriak diren tratamenduak jasotzea.
- 3- Nahi izanez gero, tratamendu-mota guztiak baztertzea.
- 4- Nahi izanez gero, gaixotasun- eta heriotza-prozesua modu erosoan bizitzeko era beharrezko zainketak jasotzea.
- 5- Nahi izanez gero, min fisikoaren tratamendu zuzena, min psikologikoaren arintzea eta min espiritualerako laguntza egokia jasotzea.
- 6- Hala eskatzen badu, gaixotasunaren eta heriotzaren prozesua familian eta komunitatean bizitzea; eta horretarako behar diren laguntza psikosozialak jasotzea.
- 7- Azkenik, nahi izanez gero, heriotza noiz eta nola gertatuko den aukeratu.

Lehenengo seiak ezinbestekoak direla onartu da. Zazpigarren puntuak eztabaidak pizten ditu. *Simón P, Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción y un marco de análisis. En: Urraca S, editor. Op. Cit. En n 11; p. 313-354.*

***Bizi-kalitatea (BK)**

Ez dago definizio homogeen eta unibertseki onarturik. Artikulu honetan: **“La noción de calidad de vida y su medición” Carolina Salas y María O. Garzón. CES Salud Pública. 2013; 4:36-46**, beste definizio batzuen artean, honako hau atera daiteke: *bizi-kalitatea ongizate subjektibo gisa defini daiteke, haren subjektibotasuna egitura ulertzeko giltzarrietako bat dela aitortuz. Bizi-kalitateak pertsona baten itxaropenen eta egungo esperientziaren arteko aldea, hutsunea, islatzen du. Gizakiaren egokitzapena hain da handia, non bizi-itxaropenak, oro har, egokitu egiten baitira gizabanakoak ahal dela hautematen duenaren esferaren mugen barruan; horri esker, bizi-egoera zailak dituzten pertsonen arrazoizko bizi-kalitatea mantendu dezakete.*

BK kontzeptuak hainbat esanahi ditu, zabaltasun handiagokoak edo txikiagokoak, balorazioan sartzen diren pertsona baten bizitzako eremuen espektroaren arabera. Zentzu zabal eta filosofikoan, BKak bizitza bat hobea izatea eragiten du, eta beste ikuspegi batzuetan, berriz, ongizate mentala eta espirituala, pertsonen arteko harremanen kantitatea eta kalitatea, edo gorputzaren funtzionamendua eta osotasuna.

Bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideak eta duintasuna bermatzeari buruzko uztailaren 8ko 11/2016 Legearen 4 a) artikulua honela definitzen du bizi-kalitatea: norberaren gogobetetzea, bizi-baldintza objektiboak direla-eta, pertsonen bizi-premiak, beharizan fisikoak eta harreman-beharrak, norberaren balio eta sinesmenetan oinarrituta.

* Giza bizitzaren berezko balioa

Termino horrekin ari gara – Batez ere – Giza bizitzari balio sakratua ematen diotenak. Joan Paulo II.aren Evangelium Vitae Entziklikaren zati batzuk jasoko ditugu: gizakiaren balio paregabea. Gizakia bere lurreko existentziaren dimentsioetatik haratago doan bizi-osotasun batera deitua dago, Jainkoaren bizitzaren beraren parte hartzean datzalako. Naturaz gaindiko bokazio horren bikaintasunak giza bizitzaren handitasuna eta balioa adierazten ditu, baita denbora-fasean ere. Izan ere, denboran zeharreko bizitza oinarrizko baldintza da, giza bizitzaren prozesu unitario osoaren hasierako unea eta osagaia. Prozesu hori, ustekabeen eta erabat murgilduta, promesak argitu eta jainkozko bizitzaren dohainak berritzen du, eta betierekotasunean gauzatuko da erabat (ik. 1 Jn3, 1-2). Aldi berean, naturaz gaindiko dei honek, hain zuzen ere, gizonaren eta emakumearen lurreko bizitzaren izaera erlatiboa azpimarratzen du. Zinez, hori ez da errealitate «azkena», «Azken-aurrekoa» baizik; errealitate sakratua da, arduraz zaindu dezagun eta geure buruarenganako maitasunean eta dohainean bikain eraman dezagun Jainkoarenganako eta neba-arrebena.

Elizak badaki bizitzaren Ebanjelio honek, bere jaunagandik¹ jaso, oihartzun sakon eta konbentzitailea duela pertsona bakoitzaren bihotzean, fededuna eta baita fededuna ez dena ere, bere itxaropenak infinituki gaudituz, modu harrigarrian egokitzen zaiolako. Egiara eta ongira zintzoki zabalik dagoen gizaki orok, zailtasun eta ziurgabetasunen artean ere, arrazoimenaren argiaz eta ez graziaren eragin sekreturik gabe, bere bihotzean idatzitako lege naturalean deskubri dezake (ik. RM 2, 14-15) giza bizitzaren balio sakratua hasieratik amaieraraino, eta gizaki bakoitzak bere ondasun primario hau erabat errespetatua izateko duen eskubidea baieztatzea. Eskubide hori aitortzean oinarritzen da giza bizikidetzaren eta komunitate politiko bera.

Kristorengan sinesten dutenek, bereziki, eskubide hori defendatu eta sustatu behar dute, Vatikanoko II. Kontzilioak gogoratutako egia zoragarriaz jabeturik: «Jainkoaren Semea, bere haragiztatzearekin, nolabait, gizaki ororekin elkartu da»². Izan ere, salbamen-gertakari honetan, Jainkoaren maitasun amaigabea ez ezik, «Mundua hainbeste maitatu zuen, non bere Seme bakarrari ere *balio paregabea eman baitzion*» (Jn3, 16).

Elizak, Erredentzioaren misterioa maiz arakaturik, harriduraz aurkitzen du balio³ hau, eta dei egiten dio garai guztietako gizakiei «ebanjelio» hau iragartzeari, itxaropen hautsiezinen eta historiaren garai bakoitzerako benetako alaitasunaren iturri dena. Jainkoak gizakiari dion maitasunaren ebanjelioa, *pertsonaren duintasunaren ebanjelioa eta bizitzaren ebanjelioa ebanjelio bakar eta zatiezina dira*.

Horregatik da gizakia, gizaki biziduna, Elizaren lehen eta funtsezko bidea.

* «Interesik onena»:

Batzuetan, paziente batzuek, hainbat arrazoiengatik, ezin dute beren osasun-egoerarekin lotutako gai guzti-guztiak erabaki. Kasu horietan, norbaitek bere izenean erabaki bat hartu behar du, baina ez ordezkatzuz, baizik eta ordezkatzuz, hau da, pazienteak erabateko eskumena izanez gero hartuko lukeen erabakia hartzen saiatuz. Hala ere, gerta daiteke hura ordezkatzeko alegatzen diren arrazoiak ez izatea beti onuragarrienak. Egoera horietan erabaki horren arrazoiak eta ondorioak birplanteatu behar dira, pertsonari modu objektibo eta zintzoan kalte egin diezaioketelako.

Kasu honetan, interes onenaren irizpidera jotzen ari da, eta horrek esan nahi du erabaki edo lehentasun pertsonalak kontuan hartu gabe pertsonaren onurarik handiena zer den zehaztu behar dela. Irizpide hori ikuspegi paternalista baten ondorio da. Pazientea tratatu nahi den moduari buruzko gidarik edo orientabiderik ez dagoenean aplikatu behar da. Hori gerta daiteke inoiz eskumenik izan ez duen kasuetan, horri buruzko baliozko argudiorik eman ez denean, informazioa eman dezakeen seniderik edo hurbilekorik ez duenean, edo horien erabakiak kalte egin diezaiokeenean, etab. Oro har, gure ustez, HMI erabili behar den testuinguruak, funtsean, larrialdietan izaten dira (ez baitago denborarik aurretiazko borondaterik dagoen aztertzeke edo senideei galdetzeko), haurtzaroan, adimen-autonomian, eta oraindik ere desgaitasunen bat dagoenean. Gainerako kasuetarako, irizpide subjektibo bat edo ordezko irizpide bat erabili beharko litzateke, baina beti tentuz. **Rev. Bioética y Derecho no.49 Barcelona 2020 Epub 19-Oct-2020. Una propuesta conceptual del criterio del mejor interés. Sergio Ramos Pozón* , Bernabé Robles del Olmo****

** Egoera begetatiboa: egoera begetatiboan ez dago ebidentziarik pazienteak bere buruaren eta ingurunearen kontzientzia duenik, ez eta beste pertsona batzuekin elkarrengaitan duela eta ikusizko estimuluei, entzumenezkoei, ukimenezkoei edo mingarriei erantzuteko jokabide boluntarioak, zuzenduak, erreproduzigarriak edo iraunkorrak daudela ere. Ez dago hizkuntzaren ulermenik edo igorpenik. Loaren eta esnaldiaren zikloak daude. Funtzio autonomiko hipotalamikoak eta garun-enborraren funtzioak behar bezain zainduta daude, gizabanakoaren biziraupena ahalbidetzeko, zainketa medikoen eta erizaintzaren bidez. Maskuriko eta gorotzezko inkontinentzia dago. Garun-enborraren eta bizkarrezurraren erreflexuak modu aldakorrean kontserbatzen dira (erreflexu fotomotorra, korneala, okulokefalikoa, okulobestibularra, neuseosoa). Pazientea BHn etzanda dago, baina mugimendu batzuk izan ditzake, arnasketa espontaneoak izan dezake, soinuak egin ditzake, baina ez hitzak, eta begi-jarraipeneko mugimendu batzuk erakuts ditzake, baina modu laburrean eta ez iraunkorrean. Aurpegiko min-imintzioak, mastekatzeko- eta aharrausi-mugimenduak, listua irenstea... erakuts ditzake. Ez du keinurik egiten mehatxuaren aurrean.*

* **Erabakien Plangintza Aurreratua:** 1993ko irailean, 33 bioetizista iparramerikar ospetsuk osatutako talde bat *Hustings Center-en* ikerketa-proiektu baten esparruan biltzen hasi ziren, aurretiazko borondateek erabaki klinikoak hartzean izan behar zuten paperari buruz hausnartzeko. (...) Horren ordeztu, komunikazio-prozesu zabalak sortu beharko lirateke profesionalen, pazienteen eta senideen artean, bizitzaren amaieran erabakien kalitate morala hobetzen laguntzeko. Prozesu horietan, aurretiazko borondateek paper garrantzitsua izango lukete, baina ez lirateke helburua izango, lanerako beste tresna bat baizik. Erabakiak hartzeko garaian, testuinguru tenporala, psikologikoa, kulturala, familiarra eta komunitarioa kontuan hartzea funtsezko elementua zen. Ikuspegi berri horri "AdvanceCarePlanning" izena jarri zion txostenak, hau da, **Erabakien Plangintza Aurreratua. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas la Planificación Anticipada de las Decisiones. Inés Barrio Cantalejo, Pablo Simón Lorda, Javier Júdez Gutiérrez. Nodo de ética de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED) Nure Investigación, nº 5, Mayo 2004.**

BIBLIOGRAFIA

- 1- www.euskadi.eus/informacion/registro-vasco-de-voluntadesanticipadas/web01-a2inform/es/ Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- 2- **Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia. David Rodríguez-Arias. Editorial Desclée De Brouwer. Colección Ética Aplicada. Bilbao, 2005.** *Las consideraciones de Ronald Dworkin acerca de los "intereses críticos" y "los intereses de experiencia" así como diversas ideas del presente documento están recogidas de este libro.*

Grupo de Observación de Derechos de personas dependientes y con riesgo de mayor vulnerabilidad y fragilidad:

José Agustín Arrieta (AGIJUPENS), Koldo Aulestia (Afagi), Martín Auzmendi y Eduardo Clavé (Aubixa Fundazioa), José Luis de la Cuesta y José Luis Marañón (Hurkoa) y Alberto Uriarte (Instituto Matia).