

uztaro

giza eta gizarte-zientzien aldizkaria

2023 126



Nola hil nahi duzu?

Hiltzen ikastea

Iñaki Olaizola Eizagirre
Antropologia Sozialean doktorea

Gertakari kulturala den heinean, hiltzeko prozesua garaiko testuinguru sozialak baldintzatzen du. Ildo horretatik, esan behar da badela egun oraindik gorpuzten ari den hiltzeko eredu berri bat, biografikoa deritzoguna, heriotzaren auziari protagonismo eta erantzukizun handiagoz aurre egin nahi dioten pertsonak aukeratzen dutena, eta horren erakusgarri dira haien hausnarketa eta jokabideak. Eredu hori guztiz bestelakoa da hiltzeko prozesu tradizionalaren aldean. Eredu berriak, ondorioz, hainbat hausnarketa eta eztabaida pizten ditu: nola diseinatu, pertsona garen aldetik dugun askatasunetik, gure gaixotasun- eta mendekotasun-prozesua? Nola kontrolatu norberaren heriotzaren zirkunstantziak? Eta nola eztabaidatu eutanasiaren inguruan printzipio etikoetan oinarrituta?

GAKO-HITZAK: Antropologia · Hiltzeko prozesuaren eredu biografikoa · Autonomia · Eutanasia · Hiltzen ikastea.

How do you want to die? Learning to die

Like any cultural event, the process of dying is influenced by the social context of its occurrence. Hence, as opposed to a so-called *traditional* model in the process of dying, currently there is another model, that may be called a *biographical* model, still in an emerging stage, that takes into account considerations made and practices carried out by people who wish to adopt or assume a larger role and responsibility regarding issues surrounding their death. As a result, from the viewpoint of adults exercising their individual human rights and freedoms, considerations and discussions are emerging on how many individuals plan their (normally age-related) illnesses and the ensuing dependency period, exert a larger degree of control over the circumstances surrounding their own death, and based on existing bioethical principles, approach the euthanasia debate.

KEY WORDS: Anthropology · Biographical model of the dying process · Autonomy · Euthanasia · Learning to die.

Jasotze-data: 2013-01-21. *Onartze-data:* 2013-02-15.

1. Sar hitzak

James Rachels-ek esana da (1986) bere heriotzaren inguruko erabakiak hartu nahi dituen gero eta pertsona gehiago dagoela. Orain hogeita bost urtetik gora eginiko aipamen horrek balio du egungo euskal gizarterako, gero eta gehiago baitira, beren biziaz hausnartzean, beren heriotzaz ere zeresan handia daukatela uste duten pertsonak; beren nahia da, horrenbestez, hiltzeko prozesu propioaren parte izatea. Modu horretan, *norberaren heriotzaren ezaugarriak ageri dira, aurreko garaietako besteren heriotzari kontrajarrita*.

Badakigu heriotza prozesu kulturala dela, eta, beraz, aldaketa historiko eta kulturalak eragiten diotela. Hori horrela, komeni da gogora ekartzea ikas litekeela hiltzen, egun hemen ez garela lehen beste nonbait bezala hiltzen, eta, areago, egun hemen ere ezberdin hiltzen garela norbanakoak edo giza taldeek izan ditzaketen oinarri sozial, politiko, kultural, erlijioso eta ekonomikoen gorabeheran.

Horrexegatik, egungo testuinguru sozialen eta balioen bilakaera kontuan hartuta, esan daiteke orain ez garela hiltzen gure gizartean 1960ko hamarkadan bezala. Gizarteko aldaketen erakusgarri bi eredu ditugu egun, *lehengo* eta *geroagoko* garaien erakusgarri diren bi eredu, aldaketak gertakari sozialetan gradualki nabarmentzen direnez gero bi eredu ageri baitira *continuum* baten bi mutur kontrajarri gisa; hiltzeko prozesuaren eredu *tradizionala* bata, eta *biografikoa* bestea.

Eredu tradizionalak adostasun itxura batean erabatekoa du oinarri hiltzeko prozesuari dagokionez. Bete beharreko jarraibide edo urrats orokorrak dira nagusi, erregularitasun eta ortodoxia kulturalaren erakusgarri diren jarraibideak denak ere, sotilki ageri direnak, eta gizarteak formalki onartzen dituen balioak indartzera datozen zigor- eta preskripzio-sistema baten gisa ulertu behar direnak.

1960ko hamarkada arte, kasik eredu bakarra izan den horrek kristau-tradizioaren eragina du funtsean. Hona haren ezaugarri nagusiak: kristau-pentsamoldearen hegemonia, eta, horrekin bat, gure bizitzaren jabe ez garela sentitzea; baita gaixoa etxean zaindu beharra ere, betiere familia handien testuinguruan eta senitartekoak zaintzeaz, kasik beti, emakumeak arduratzen zirela.

Hiltzeko eredu biografikoak, alabaina, jokabide-aldaketa dakar; pertsona ez hain kontentaeraz eta konformistek beren gain hartzen duten jokabide-aldaketa da, beren bizimoldeari lotuago dauden jokabideak aukeratzen baitituzte. Beren biografiarekin koherenteagoa, pertsonalagoa den diseinua egiten dute, autonomia-eta askatasun-maila handiagoen bila. Jokabide horiek egun gertatzen ari diren aldaketa kultural eta demokratikoen ispilu dira; batzuk aktiboki gorpuzten hasteke daude, eta, beste batzuk, berriz, gorpuzte-bidean diren egiazko ereduak dira jada.

Eredu horrek hiltzearen eta heriotzaren inguruko beste pertzepzio bat du berekin. Hiltzea ez da soilik heriotzarekin lotura duen ekintza bat; gertatzen dena da bizia, bere azken faseetan, prozesu konplexu bat dela, eta gaixotasuna, mendekotasuna, heriotzaren ekintza bera, heriotza ondoko errituala eta abarrak bizitzaren beraren aldi garrantzitsuak dira: alegia, hiltzeko prozesua. Ondorioz, aldi hori bizi izateko, hiltzen ikasteko eta hiltzeko hainbat moduren (nola hil nahi

duzu?) artean aukera egiteko, pertsona batzuek, gaixoaldi edo mendekotasun-aldia iritsi aurretik, erantzukizun- eta pertsonalizazio-maila handiagoak hartzen dituzte beren gain, oinarri etiko eta balio berrietara egokituta, eta, betiere, beren profil biografiko edo bizimoduari atxikiago. Horretarako, biziaren kalitatearen edo kalitateko heriotzaren inguruan hausnartzen hasten dira, biziaren zentzuaren inguruan, hiltzeko prozesuak besteengan duen eraginean, medizinarenean eragin teknologikoan, bioetikaren postulatuetan, hiltze-prozesua autonomoago eta independenteago bizitzeko moduan.

Arrazoi horiek direla-eta, eredu biografikoaren garapenarekin batera, hiltzeko prozesura praktika emergente batzuk gehitzeko nahia agertzen da, eta, besteren artean, hausnarketa pizten dute honakoen inguruan: hiltzeko prozesua ezagutza mediko eta psikologiko handiagoz kudeatzea; besteengan eragin dezakeen zama emozional eta ekonomikoa kontuan hartuta norberaren biziari zentzua bilatzea eta ongizate-egoera nahiko onean bizi nahi izatea; biziaren azken uneei begira norberak bere heriotzaren zirkunstantziak eta mementoa kontrolatzeko aukeraren inguruko eztabaida; eta, azkenik, hileta-praktikei dagokienez, hileta-erritualak norberaren biografia edo bizimoldeari egokiago zaion eran eraikitzea.

Aipatu ditugun bi ereduak elkarren ondoan bizi dira eta biek partekatzen dituzte zenbait praktika eta errepresentazio, eta, areago, testuinguruaren arabera, batoren edo bestearen alderdi batzuk bizikide izan daitezke, baina bizikidetasun horrek, beti dinamikoa izaki, tentsioak sor ditzake, gizartean zorionik eza eta sufrimendua handitu dezaketen tentsioak. Eta horrexegatik, hots, eredu biografikoa demokratikoagoa jotzen dudalako (eskubideetan berdintzen baikaitu, gizartearen zati bakar batenak diren sinesmenetan oinarritu beharrean), lan-saio honen helburuetako bat eztabaida piztea eta aldaketa soziala eragitea da. Hala, Teresa del Valle *et al.* (2002) oroitzean, emergenteak diren eta aztertzen dituzten fenomenoez gogoratzean, gure sentimendu eta energiak hiltzeko prozesuaren aldaketa soziala bultzatzea dezaketelako ideiak ilusioa berritzen dit, modu horretan pertsona orok hiltzeko prozesua bere sinesmen intimoenei jarraiki eraikitzeko eskubidearen inguruko praktikak eta itxaropena nagusituz. Hiltzeko prozesuaren eta eutanasiaren inguruko eztabaida indartzeak, horrenbestez, biziaren aldi garrantzitsu horretan hainbeste pertsonak nozitzen duten gabezia demokratikoa arintzen lagun dezake. Halaxe uste du Victor Méndez-ek (2002: 10), hiltzeko prozesuaren eta eutanasiaren aldaketak aipatzean hauxe baitio: «Egun heriotzaren auziaz pentsatzeko darabiltzagun moduak gaindituta baino ez gara gai izango gure garaiko hiltzeko moduak planteatzen dizkigun benetako arazoei demokratikoki aurre egiteko».

Ikuspegi antropologikotik bereziki, aztergai izango ditut aldiz aldi hiltzeko moduan gertatzen ari diren aldaketak, eta eutanasiaren inguruko eztabaidan jarriko dut arretagunea. Horretarako, nire doktore-tesirako aurkeztu nuen tesiaz baliatuko naiz: *Transformaciones en el proceso de morir: la eutanasia, una cuestión en debate en la sociedad vasca*. Mari Luz Esteban-en zuzendaritzapean, 2011n, EHUn, aurkeztu nuen aipatutako tesia. Geroxeago, tesi horretan oinarrituriko beste lan bat, izenburu berekoa, argitaratu zuen 2012an Utriusque Vasconiae argitaletxeak.

Erreferentzia enpiriko guztiak nire tesitik hartu ditut. Landa-lana egiteko, bereziki, metodo kualitatiboa, sakoneko elkarrizketak, eta behaketa parte-hartzailea izan ditut oinarri, baina arreta berezia eskaini diet literaturari eta zinemari ere, esan baitaiteke zinema dela hiltzeko prozesuan gertatzen ari diren aldaketak gehien gizarteratzen dituen elementuetako bat.

Baliaturiko bibliografiari dagokionez, protagonismo nagusia eman diet ikerlanak ikuspegi antropologikotik, psikosozialetik, filosofikotik edo juridikotik bideratu dituzten egileen obrei. Ondorioz, proposatzen ditudan eztabaidaren eta hausnarketaren fokua osasun-arloko profesionalen arrazoi dominanteetatik aldendu samar dago, nahiz eta zientzia medikoaren tekniken jardunean duten ezinbesteko garrantzia aitortzen diedan gaixotasun- edo mendekotasun-prozesuetan dauden pertsonen autonomia-printzipioaren zerbitzuan, baina ez diet balio espezifikorik eman hiltzeko prozesuaren zein eutanasiaren inguruko printzipio etikoen eta bizitzaren zentzuaren gaineko eztabaidan.

2. Gaixotasuna eta mendekotasuna

Gaixotasunari eta mendekotasunari gehien eragiten dien kontuetako bat *biztanleriaren zahartzea* da. Azken hogeita bost urteetan, sei urte igo da pertsona adinduen bizi-esperantza. Datu horrek, biziari begira erakargarria bada ere, baditu era berean arazoak pertsonentzat bai eta gizartearentzat ere, bere osotasunean.

Ikuspegi publikotik, kostuaren handitzea aintzat hartzekoa da eta egungo krisi ekonomikoaren arrazoietakoa bat pertsona adindu eta mendekoen gastuak nabarmen gora egin izana dela ere planteatu da. Alderantzizko ikuspegitik ere, aintzat hartu beharko litzateke zerbitzuen kostuak bultzatu egingo dituela, edo, bultzatzen ari dela jada, aldaketa garrantzitsuak hiltzeko prozesuaren inguruan etika berriak eraikitze aldera.

Ikuspegi indibidualago batetik, guztia ez da abantaila. Pertsona askok, gehienek agian, zahartzaroa baldintza egokietan bizi dutela baieztatu badaiteke ere, beste batzuek zahardadearen zama nozitzen dute, eta, batik bat, mendekotasunarena, oso aurkakoak diren baldintzetan. Eguneroko pentsamenduen lehentasuna aztertzean, pertsona adinduentzat (65 urte edo gehiagokoak) heriotza ez da «kezka nagusietako»¹ bat. Aurretik daude bakardadea, gaixotasuna, mendekotasuna, balio ez izatearen sentsazioa, oroimena galtzea, zereginik eza edo oinazea; eta, azkenik, heriotza.

Horren guztiaren arabera, uste izatekoa da piztutako eztabaida hori sakontzea komeni dela, pertsona askok auzitan jartzen baitute bizia zientzia medikoak ahalbidetzen duen mugaraino luzatzeko eskubide eta onuragarritasuna.

Zorionez, bizi-luzapenaren zati nagusia kalitateko bizitzatzat hartzen dugun horretan sartzen da, baina egia da, era berean, luzatu egiten duela mendekotasuna ere, eta, horren ondorioz, zainketa-premia ere bai, hala instituzionala nola familiarrena. Hona hemen Karmeleren gogoeta, elkarrizketatuen artean dagoen eta gurasoak zaintzearen kostua eta lana ederki ezagutzen dituen 50 urteko emakumearena.

1. CIS (1997), in Durán (2004: 16).

Karmele: «[...] Nork ordaindu behar duen? Ez dakit. Pertsonen bizia luzatu dute, hori lortu du zientziak, bizi-kalitatea hobetzeak edo dena delakoak lortu du [...] Ez dakit bizi-kalitatea hainbestearino hobetzea, ez dakit ba [...] Bizia luzatu dute, hori bai, baina kalitatea hobetzearena ez daukat hain argi [...] Eta bizia luzatze horrek honetara ekarri gaitu, eta beraz iruditzen zait ondo legokeela erakundeek kontu honi heldu eta lagunduko baligute».

Zahartzaroa eta mendekotasun-aldia luzatzeak zaintza-premia handia dakar berekin, eta, horrez gain, pertsona hausnartzaileenak biziak baldintza zailetan izan dezakeen kalitate eta zentzuaz pentsatzen hasten dira. Areago, pertsona hausnartzaileenek beren bizitzako aldi hori kudeatzearen ardura beren gain hartu nahi dute.

Eredu tradizionallean, eredu hori kasik bat eta bakarra zen garaian batik bat, bizitzaren aldi hori nabarmen laburragoa zen, heriotza zahartzaroan oso bizkor gertatzen baitzen behin gaixotasuna eta mendekotasuna agertu eta gero. Eredu tradizionalaren ezaugarri nagusiak hauek ziren eta dira: erlijio-pentsamenduaren eragina handitzea bai eta transzendentziaren sentimendu erlijiosoa ere; oinazea etsipenez hartzea, gaixotasunaren eta mendekotasunaren zainketa eta kudeaketa senitartekoen esku uztea; medikuen jarrera paternalistari men egitea; etxeko zainketa familia handietako bizimoduaren testuinguruaren barruan lehenestea eta zainketa-lanetan kasik beti emakumeak baliatzea; eta, azkenik, ezkutukerian eta gezurrean oinarritzen den harremana onartuz, hiltzorian dagoena erabat ezjakin izan ohi da gainera datorkion patuaz.

Ezaugarri horiek guztiak aldaketa-bidean dira aldaketa sozial eta kulturalak tarteko, eta, postulatu bioetikoen edo erabateko erantzukizunaren —botere hartzea— inguruan piztutako eztabaidak direla-eta, egile batzuek *indibidualizazio hausnartzailea* izendatzen duten oinarriaren arabera jokatzeko aukera planteatzen da. Ulrich Beck (2003) eta Anthony Giddens-ek (2004), besteren artean, uste dute norberaren osasuna kudeatzea eta, beraz, hiltze-prozesua, erantzukizun pertsonala izatera iragaten dela, eta ez sistema publikoena soilik.

Biziaren kontrol- eta kudeaketa-erantzukizun handiagoa norbere gain hartzeko testuinguru horretan, egoera berri bat sortzen da, pertsona batzuek gutxieneko baldintza batzuk ezartzen baitizkiote beren *bizi-kalitateari*, eta baldintza horien azpitik ez dute bizi nahi.

Egindako landa-lanean, oraindik ere giza arte atseginerako baldintzetan zeuden emakume batzuei zuzendu diet galdera. Aipatu ditugun gutxieneko baldintza horiek, beren ustez, zeintzuk liratekeen galdetu diet. Oinazea aipatu didate —eta ez dizkidate min jasangaitz edo eramanezinak aipatu— gairak ezinezko lehen muga gisa; baina horrez gain, eta, beharbada, zainketa-lanean aritzeak utzitako orotzapen tristeek eraginda, ez lukete beren alaben zaintzapean egon nahi. Gutxieneko baldintza horietan sakondu ahala, zera esan zidaten behin eta berriz: autonomoak ez balira, nolabaiteko laguntza gorabehera beren etxean bizitzeko gaitasunik ez balute, hiltzen laguntzea nahiko luketela. Areago, besteen aurrean «dodotisa» erabili beharra bera behar besteko arrazoia litzateke bizitzeko nahia alde batera uzteko.

Planteamendu hori baliteke muturreko samarra izatea, orokortzeko aproposa ez izatea; izan ere, biziaren zentzuari eusten bazaio, alegia, dodotisa erabili arren pertsonak asetzen duen bizitza egiten badu, oztopoa gainditu daiteke. Carmenek urte askoan zaindu ditu gurasoak, jakitun da biziaren balioaz, baina, betiere, arrazoizkotasun baten barruan. Garbiketa- edo zainketa-lanek zentzu finalista dute beretzat eta begetatzeko baino zerbait gehiagorako balio badute soilik aurkitzen die logika; hots, giza biziaren prozesuan lagungarri badira, bizi duin baten lagungarri.

Carmen: «Nire ustez, ez da ezer pasatzen kuleroak janzten edo garbiketa egiten laguntzen badizute, baina, betiere, zerbaiten trukean bada; aurrekoak ez du balio gero zurekin zer egin ez badakite, eguzki-printza batekin goza ez badezakezu, irakurtzerik ez baduzu, musikarik entzun edo bestelakorik ezin egin baduzu... Hori horrela balitz, ez luke zentzurik, hobe desagertzea, baina gurpil-aulkian dagoen pertsona, garbiketa egiten lagundu arren, ondoren lorategira eramaten badute, loreei erreparatu edo libururen bat irakurtzen badu edo dena delakoa, orduan oraindik ere merezi duela esango nuke».

Goiko aipuak argi uzten du bizitza, gaixotasun- edo mendekotasun-egoera jakinetan, eramaten zaila den zama dela, zeren eta, Dostoievski-k berak dioenez, «existentziaren sekretua ez da bizitze hutsa, zertarako bizi jakitea baizik». Horrexegatik aipatzen dut hainbestetan zertarako hori nire landa-lanean (Enrique: «...Zertarako egon bazterrak nazkatzen, ezta?!»; Luisa: «Zertarako bizi nahi duzu, eta, gainetik, gaizki zainduta?...»).

Erlijioa sentitzeko eta bizitzeko erak eragin handia izan du heriotzaren kalitate txarrean, eliza katolikoak, heriotza kontuetan aditu denak, beldur izugarria zabaldu baitu hala purgatorioari nola infernuari begira, eta, gainera, kutsu transzendentala erantsi dio beti oinazeari gaixoaldi eta mendekotasun-aldietan, bizitzarekiko norberaren erantzukizun eta jokamoldea une oro zigortuz. Hiltzeko beldur hori, oinazea balioeste hori, Juan Madariagak (2007: 19) deskribatzen du heriotza onerako artea, *ars moriendi* delakoa, aztertzean; izan ere, eliza katolikoaren iritziko, baziren eta badira bi heriotza mota: heriotza ona bata, alegia, «...hilduraturik bakean hiltzen den dohatsuarena, heriotza mantsoa, kontzientea, damutzeko eta guztia ordenaturik uzteko adina denborarekin, eman beharreko pausoaren guztiz jakitun [...] Heriotza gozoa izango da ondo bizi izan denarentzat eta gazia gaizki bizi izan denarentzat [...]»; eta, bestetik, heriotza txarra, alegia, «...tupustekoa, damutzeko betarik gabea, dohakabeei dagokiena, hots, ezustean bekatu mortalean hiltzen diren fedegabe lizunei dagokiena. Heriotza txar horrek baditu, halaber, kanpora begirako ezaugarri benetako eta lazgarriak ere: larritasuna, oinazea, deabruen tentaldia [...] Bekatuan hiltzen direnak, ohean hil-hurren direla ere, Infernuko oinazea nozitzen hasten dira, damu, beldur eta desesperazioz».

Uste izatekoa denez, eta, hein batean zuzenean ezagutu dugunez ere, hiltzeko beldur horrek, esan behar baita defuntu gehienak kondenatuak zirela (sermoi askotan iradokitzen zen % 80tik gora zirela kondenatuak), eragiten zuen heriotzaldia beldurrez bizitzea. Hori, hein batean, horrela izan da 1960ko hamarkada arte, eta, egun ere, hein txikiagoan, halaxe izaten jarraitzen du, beldur anker horiek tarteko.

Oraindik orain, ordea, estrategia ezberdinak suma daitezke, bai eliza katolikoaren hierarkian, bai fededun askoren artean ere.

Hierarkiari dagokionez, egun, eliza katolikoa monopolioa galtzen ari den heinean, eta gizarte laiko nahiz zibila modernizazioaren eta sekularizazioaren eraginez nagusitzen ari denez gero, elizak, *Osasunaren eta Bioetikaren Hiztegi Pastoralean* (2009) irakur daitekeenez, duen eragin sozialari euste aldera, beharrezko ikusi du ideologia neomodernoarekin neurri batean bat egitea. Modu horretan uler daiteke Teologia Terapeutikoa deritzonetik (oinazea ardatz duen interpretazioa, sufrimendua, bekatua eta salbaziorik eza edo zerua independente egiten dituen) Osasunaren Teologia berri batera (osasunari, biziari eta kalitate edo ongizateari lotuagoa) bultzatzen ari omen diren trantsizioa. Ildo horretatik, Osasunaren Teologiak ematen duen beste interpretazio horretatik, oinazea tratatzeko analgesiko opiazeoak erabiltzearen inguruko aipamenek (jada, 1957an, Pio XII.ak abiatu zituenak) are gehiago erlatibizatzen dute minaren balio askatzailea. Norberaren bizitzaren jabe edo arduradun izateari dagokionez, ikus daiteke, era berean, balio berrietara erlatiboki egokitu izana; eutanasia ez-zuzena edo pasiboa bezalakoen aipamenak alde batera uztean —izan ere, aipamen horiei eustea arazo litzaieke sedazioa beren gain hartzeko edo ankerkeria terapeutikoaren prozedurak baztertzeko—, onartu egiten dute askotan, modu desberdinean bada ere, azken sedazioaren praktika, zeren eta, haien hitzetan, sedazioaren helburu nagusia ez baita heriotza eragitea, heriotza bizkortu arren oinazea arintzea baizik, eta, beraz, intentzionalitate horrek badu beraientzat balio moral ulergarririk.

Norbanakoaren esparruan sartuta, konturatu gara erlijiozaleak edo oso erlijiozaleak diren pertsona asko hasiak direla beren sinesmenarekin bat ez datozen eta aurkakoak diren jokamoldeak beren sinesmenarekin uztartzen, eta horrek ez diela disonantziarik sortzen. Ikusmolde hori dute elkarriketatutako ditudan pertsona askok; besteren artean, bizitzen jarraitzeko gutxieneko baldintzak zeintzuk lirakeen azaldu zidaten emakumeek.

Josek berak, hemiplegiak jota dagoen 82 urteko gizonak, bere burua fededun edo guztiz fededun agertzen duenak, hainbatetan errepikatu dit bat edo batek hiltzen laguntzea nahiko lukeela, eta erlijioak eutanasiak daukagun iritzian ez lukeela eragin behar iruditzen zaio.

Jose: «Ez du axola. Erabat bateragarriak dira. Erabat fededun izanik ere, bateragarritzat dauzkat»

[...]

«Eta horrelako kasu asko daude. Minbizidunak, oinaze handia daukatenak, guztiak ere hiltzen laguntzea nahiko luketenak, baina ez dago aukerarik...Neronek ere pentsatu izan dut maiz gizon bati geltokira eraman eta trenbide ondoan eserita utz nazan ordaintzea, neure burua etortzen den lehen trenera botatzeko».

Karmelek, ordea, Joseren alabak, bera ere fededuna, aitortzen du bere amarengan, Joseren emazteagan, eragin handia duela erlijioak, sufrimendua eragiteraino eta heriotzaren inguruko guztia beldurra airean bizitzetarako.

Karmele: «Gure amari gaina hartzen dio erlijioak. Niri ez. Berari bai baina niri ez! Gure amari kontzientzia-arazo handiak ekarri dizkio erlijioak. Baita depresioan erortzerainokoak ere, bai horixe».

Gaixoaldia eta mendekotasun-aldia luzatzeak eragiten duen ondorio zuzenetako bat sortzen duen *zainketa-behar* itzela da; erreferentzia gisa, esan daiteke egun 65 urtetik gora dauzkagunok 5etik 7ra urte bitarteko mendekotasun-aldia bizi izango dugula. Egoera horrek zainketa-estrategiak planteatzen ditu familietan, batzuek *ez-formalak* deitzen dituztenak, baina, egia esan, eduki mediko garrantzitsua dutenak —guztiz harreman laguntzazkoa, Antonio Casado-k (2008: 46) dioenez— eta sarri askotan osasun-sistematik kanpo gertatzen direnak; pertsona gaixo edo mendeko horien jarrerak ez dira hain otzanak medikuen lanbidean gertatu ohi direnen aldean. Horrek guztiak sufrikario eta tentsio handiak sortzen ditu mendekoengan, baina baita zaintzaileengan ere.

EAEEn modu ez-formalean zainketan aritzen diren eta guztien artean ikusten ez den babes soziala eskaintzen dutenen profila hauxe da: emakumeak (% 83,6) eta, oro har, etxekoandreak (% 50) izaten dira; adinduak zaintzeaz arduratzen diren emakume gehienek egiteko nagusia etxeko lanak egitea bada ere (gehienak lan-merkatutik kanpo daude), aintzat hartzekoa da ordaindutako lanen bat ere egiten dutenen kopurua; zaintzaile horien batez besteko adina 52,9 urtekoa da eta, oro har, zaintzen duten pertsonaren alaba edo emazteak izan ohi dira. Ez daukate prestakuntza berezirik zainketa-lanerako; % 75ek etenik gabe egiten du zaintza, eta, % 47k, sei urtetik gora daramatza mendeko pertsona bat zaintzen (Eusko Jaurlaritza, 2005: 89).

Zaintzailearen profila erakusten diguten datuok benetako egoeraren larritasunaz kontzientzia hartzen lagundu behar ligukete, zeren eta emakume zaintzaileek, beren seme-alaba eta pertsona adindu edo gaixoez arduratzeaz gain, «gizon helduak ere zaintzen dituzte, eta horrek bere osotasunean kostuak dakarzik: diru kostua, denborarena ere bai, batik bat aisialdikoa, energia gastua, ondoeza, gauza asko alde batera utzi beharra» (Carrasco, 2003)².

Egoera horien orokortzeak fenomeno sozial, publiko eta ez soilik pertsonal baten aurrean gaudela pentsarazten digu. Ikuspegi horri jarraiki, komeni da hausnartzea *naturalizazioaren* ideia, zeinak emakumeak zainketarako aproposagotzat jotzen dituen, ez dela ez zilegi ez pertsonen dagokiena, baizik eta agintezko eta nagusitasunezko harremanen jokabide konkretuen barruan baino ez daitekeela ulertu, nahiz eta batzuek gorputzaren eta biologiaren ezaugarriekin lotu. Hara zer dioen Mari Luz Esteban-ek (2006: 11):

«Naturalizazioaz mintzatzen garenean, giza gorputzaren pertzepzio erabat esentzialista eta biologizista baten inguruan ari gara... Emakumeen kasu konkretuan, beraiegan dago, teoria horren arabera, haurren eta gaixoen zainketaren ardura, eta, gizon-emakumeen arteko berdintasuna murrizten duen lanaren bereizketa sexuala, biologia eta psikologia diferentzial baten aitzakiatan egiten da, azken batean beti emakumearen erreprodukzio-gaitasunarekin lotuz.

Hausnartu eta eztabaidatu beharreko beste kontu bat zera da: gure gizartean, *zaindua izateko eta etxean hiltzeko* era tradizioaletik aldentzen den beste edozein moduk, oraindik ere, normaldu gabe dagoen fenomenoaren itxura hartzen du, ez du lortu mendeko pertsonen eta zaintzaileen arteko benetako beharrak

2. Carrasco (2003), in Castro eta besteak (2008: 2).

orekatzea. Ikuspegi kuantitatibotik, etxean hiltzea eta zaindua izatea da gehienek nahi eta egiten duten aukera, eta, kasu batzuetan, alabei xantaia moral moduko bat eginda, pertsona etxetik atera eta instituzioren batera eramatea —egoitzaren batean sartzea— «jokabide desbideratu»tzat hartzen baitu, oraindik, gizartearen zati esanguratsu batek.

Nire iritziz, gehiago hausnartu eta eztabaidatu behar litzateke kontua, etxean zaintze hori, aldaketa demografikoaren eta familia txikiagoetako bizimoduaren eraginez, ez baitaude etxe guztiak gaixotasun- eta mendekotasun-egoeretarako prest, ezta zainketak berekin duen lan izugarriako ere. Horrek ikuspegi berriak eskatzen ditu bizikidetzarako modu berriei begira. Bizikidetzara modu berrien aukeraketa tentsio handiz bizitzen da, eta, areago joanda, pertsona batzuek, lehen ikusi dugunez, nahiago dute hil etxean bizitzea posible ez bada.

Bizikidetzaren eztabaidak baditu, gutxienez, bi adierazpide. Ereku pribatuan, etxearen alternatibaz gain, bizikidetzara modu berriak ere eztabaidatzen dira: direla egoitzak, dela familia handi bateko kideak taldekatzea, dela adinean edo egoeran kidakoak direnak elkarrekin jartzea edota harrera-etxeetan bizitzea, esaterako. Horrexegatik, hiltzen ikaste aldera, gaixoaldia edo/eta mendekotasun-aldia bizitzen ikaste aldera, pertsona batzuek uste dute, oraindik erabakitzeko garaian daudelarik, mendekotasun handian gertatzen badira ez dutela eskubiderik, ez desiorik, hainbeste ahaleginduta zain ditzaten, eta etxetik kanpoko bizimodua aukeratzen dute, nahiz eta beren nahiak asetzeari begira erabakirik biribilena izan ez; hala, erabateko autonomiaz, bizi-testamentuaren bidez, unea iristean egoitza batera eraman ditzaten adierazten dute, edo, beste batzuetan, bizitzen ez jarraitzeko nahia agertzen dute, baldin eta mendekotasunaren eraginez etxean egoterik ez badute. Ikuspegi hori, norberaren autonomiaren berrespena ez ezik, edota pertsonak mendeko, ahul edo umiliatuak sentiarazten dituzten errealitate biologiko eta klinikoen aurrean (burua oraindik gorputzaren gainbeheraz kontziente denean eragindako lotsagatik) *duintasuna* ulertzeko sentiberatasuna ez ezik, bada gertukoenganako eskuzabaltasun jarrera bat ere, ez baitzaie iruditzen eskubidea daukatenik beren alabek kosta ala kosta zain ditzaten.

Administrazioak edo sektore publikoak, ordea, eztabaidari neurri batean entzungor eginda, gaixoa etxean zaintzea lehenesten dute, kalitatea arrazoibide hartuta. Gai honen inguruan hausnartzean, aipatu nahi nuke alternatiba horrek aukerarik ekonomikoenaren alde egiten duela, ez duela aintzat hartzen emakumeari zainketa-lanak dakarkion buruhauste izugarria; eta, laburbilduz, Sira del Río-k eta Amaia Pérez Orozco-k (2004: 19) diotenez, Mendekotasunaren Legeak —baliabide oso gutxiarekin egun— bultzatutako estrategia horrek krisiak berekin duen itxiera erreakzionarioa ekar lezake, eta emakume zaintzaileei kalte larria eragin. Horren guztiaren harira, zinez aproposa da Mendekoen Arretarako Euskal Sistema Publiko baten aldeko Plataformako kideek, Euskal Herriko IV. Jardunaldi Feministetan (Portugaleten, 2008ko apirilean), aurkeztutako txostena: “Ez dago berdintasunik zerbitzu publikorik eta zainketa partekaturik gabe” (Castro eta besteak, 2008).

Zainketa etxetik kanpora egiteko erabakia mendeko pertsonak hartzen ez duenean, alabaina, tristuraz eta nolabaiteko saldukeria gisa bizi izaten da aita edo

ama egoitzara eramate hori, *Aitarekin Bidaian* (2009) antzezlanean ikus daitekeenez: berrogeitaka urteko semea errudun sentitzen da aita egoitza batera eramateko asmoaren aurrean, bere garaian aita berak zainduko zuela agindu baitzion amari.

Maite dugun senitarteko bat egoitzara eramateko erabakia zein zaila den islatzen duen beste lekukotza bat Miren Joseberena da. Ama egoitzara eraman zueneko gogoratzean, ezin dio emozioari eutsi eta nahigabeturik egiten du negar:

Miren Josebe: «Logelara joan [Ama sartu zuten egoitzaz ari da] eta, ez zait inoiz ahaztuko, begien aurrean daukat, besaulki batean eseri zen ama; eta gu, berriz, arropa bere lekuan jartzen [...], badakizu [...], eta halako batean eseri eta esan zuen: Zein triste! [Begiak malkotan]».

Ikuspegi orokorrago batetik, hausnarketa hauen guztien euskarri teorikoa *zaintzeko betebeharraren eta zaindua izateko eskubidearen* arteko eztabaida da. Lehendabizi, ordea, komeni da zaintzeko betebeharrak eta zaindua izateko eskubideak duten izaera kulturala gogora ekartzea. Gure gizartean indarrean den eredu familista dela-eta, hain zuzen ere, Isabel Larrañagak (2005: 236-237), *Belaunaldien arteko harremanak familian eta babes-sareak* azterlanean, zera diosku: euskal gizartean, 65 urtetik gorakoetan, % 11 baino ez da bizi bakarrik bere etxean; Mendebaldeko gizarteetan, berriz, % 30 da bakarrik bizi dena; Holanda, kasu.

Hori dela-eta, mendekotasun-aldia prekarietatetik nola bizi den aztertzean, eta, ondorioz, baliabide-ekasias horretatik nola zaintzen den ere aztertuta, feminista batzuek eztabaida piztu nahi dute zaintzeko betebeharraren eta zaindua izateko eskubidearen inguruan, eta, betiere, hala eremu indibiduala nola soziala bere gain hartzen dituen erantzukizunen negoziaketara bideratuta; zaintzea, izan ere, erantzukizun soziala baita, indibiduala ez ezik. Hargatik interpreta daiteke pertso- nek eurek ezarritako baldintzetan zainduak izateko daukaten ustezko eskubideari (eta aipatu behar da pertsona horietako batzuek, normalean aurrez besteren bat zaindu dutenek eta eredu tradizionalaren aldekoek, beretzat dutela eskubide hori) jar dakiokela mugaren bat, modu horretan zainketa-lana zaintzailearen bizitza- rekin eta ongizatearekin bateragarri egiteko. Hortik Del Río-k eta Pérez Orozco-k (2004: 14) egiten duten ñabardura garrantzitsua; alegia, «(ez) zaintzeko eskubidea baldintzak duinak ez badira», eta, horri kontrajarrita, «baldintza duinetan zaintzeko eskubidea». Izan ere, baldintza duinetan zaintzea eskubide ere izan daiteke, betebeharr izateaz gain.

Behin puntu honetara iritsita, gizonen jarrera da aintzat hartu beharreko beste kontu bat; bai zaintzailearen ikuspegitik, bai familia barruko emakumeen zainketa jasotzeko duten joeragatik ere. Lehenari erreparatuta, esan behar da egindako ikerlanean ikusten dela gizonok, zaintzen dugunean, maite duguna soilik zaintzen dugula eta nahi dugunean. Hau da, oro har, zaintzen dugunean, gure emaztea zaintzen dugu, eta betiere gure bizitza laborala kasik agortua dagoenean, alegia, erretiroa hartu baino urte gutxi batzuk lehenago hasita; eta hori, posible bada, baina zaintzeko betebeharra modu orokorrean gure gain hartu gabe; hots, nahi badugu eta nahi dugunean zaintzen dugu. Bigarren alderdiari erreparatuta, besterik gabe erantsi nahi dut euskal gizartean ohikoagoa dela beste gizarte

batzuen aldean (Holanda, AEB edo Britainia Handia, esaterako) gizonak, alargundu ostean, alabaren baten etxera bizitzera joatea (65 urtetik gorako gizonen % 5,6 baino ez da bizi bakarrik bere etxean). Mendekotasun funtzionalaren eraginez, eta ez gaixo egoteagatik, gertatzen da, batik bat, hori. Alegia, gure bizitzaren aldirik aktiboenean gizonok bizitzeko beharrezko diren trebetasunak gureganatzen jakin ez dugulako edo nahi izan ez dugulako: garbiketa egitea, janaria prestatzea, erosketak egitea, eta abar.

Dena dela, antzematen da aldaketarako joerarik gaixoaldia eta mendekotasunaldia onartzeari eta bizitzeari dagokienez, eta, ondorioz, pertsona askok eredu tradizionalakoak ez diren praktikei jarraitzen die. Hiltzeko prozesuaren eredu biografikoaren aldeko pertsonak honela jokatzekoa dute: jarrera indibidualagoa erakusten dute, prozesuaren kudeaketan arrisku eta erantzukizun handiagoak hartzen dituzte beren gain, eta sentimendu erlijiosoak eragin txikiagoa du haiengan, batzuetan batere ez; erabaki estrategiko eta ekonomikoak (non bizi, nola egokitu etxea mendekotasun-aldirako...) hartzearen aldeko jarrera agertzen dute, hiltzeko prozesua aldeztu aurretik eraikitzen, eta, era horretan, besteenganako gure mendekotasunaren eragina ahalik eta gehien txikitzen edo murriztuz; modu pertsonalagoan kontrolatzen dute gaixotasunaren eta mendekotasunaren kudeaketa; lehentasuna ematen diote oinazeari aurre egiteari; lehenetsi egiten dute exijitu baino gehiago, halaber, posible den neurrian, etxean zainduak izatea, eta egoitzara sartzearen aldeko dirak zainketak gehiegizkoak badira zaintzaileentzat; elkarriketaren aldeko jarrera dute, baita kontrakoa ere hala balegokio, sistema medikoarekin gaixotasun eta mendekotasunpeko ongizate-helburuei begira zenbait tratamendu edo neurri mediko mugatzeko; eta, besteren artean, baita bizitestamentua egiteko ere, bizi-kalitatea, bizikidetzak moduak, edo norberaren hileta-errituala diseinatze aldera.

3. Hiltzearen atarikoa eta heriotza bera

Gaixoaldi eta mendekotasun-aldi bat igaro ostean, Elisabeth Kübler-Ross-ek jada 1960ko hamarkadan zioenez, norbera bere heriotza onartzen hasten da. Herioren aurkako errebolta atzean uzten den aldi horretan, barne-hausnarketan hasten dira pertsona asko, eta, heriotzaren gertutasunari begira, jarraitu beharreko jokabide eta pentsamolde jakin bat eraiki nahi izaten dute.

Heriotzaren atarikoa eta heriotza bera aztertzean, ardatz hartzen dugu gure gizartean, oro har, pertsonak zahardadez hiltzen direla sarrien, urte askorekin, eta gaixotasun-prozesuen ondorioz. Dena den, beti ez da hori gertatzen, eta ezin dugu baztertu beste asko gazterik hiltzen direla, mendekotasun-aldia bizi izan gabe; edota, badaudela beste pertsona batzuk, mendekotasunean bizi nahi ez dutenak edo mendeko izaten hasi orduko hiltzea erabakitzen dutenak, ez baitute jarraitu nahi zentzurik ez duen bizitza batean.

Heriotza gaixoaldi edo mendekotasun-aldi baten ondorioz iristen denean, *gaizki hiltzea dela* da gure pertzepzioa oro har, eta pertzepzio hori zinez garrantzitsua da, heriotzaren kalitatea bizi-kalitatearen erakusgarri izaten baita, Durán-en ustez (2004).

Ikuspegi laiko zibil batetik gehienetan, badago joera bat egun ondo hiltzearen edo *kalitateko heriotzaren* ideiaaren inguruan, eta, egia esan, kontuan hartzen diren alderdiek ez dute zerikusirik lehen aipaturiko *ars moriendi*-k biltzen zituenekin. Landa-lanean ikus daitekeenez, elkarrizketatuak nahiko bat datoz berentzat nahi luketen kalitateko heriotza azaltzean, eta Durán-ek (2004: 19) heriotza on baterako deskribatzen dituen ezaugarriak aipatzen dituzte: «Oinazetik gabe; konturatu gabe, lotan, azkar baina ez istripuz, familia edo lagun minen alboan, adinean aurreraturik, etxean, besteak zamatuta gabe (inor izorratu edo hondoratu gabe eta abar)». Ezin aipatu gabe utzi, ordea, «konturatu gabe» eta «azkar» ezaugarrietan bildu direla erantzun askotarikoenak, askok ez baitute mundu honetatik agurtu gabe joan nahi.

Baina, desiotako kalitateko heriotzarekin kontrajarrita, Margarita Boladeras-ek (2009: 55-56), Milagros Pérez Oliva-k Espainiako estatuaren inguruan duen azterlan-a aipatzean, nabarmentzen du pazienteen % 70 behar adinako laguntza medikorik gabe hil zela: «Kontrolatu gabeko mina, arnasestua, estutasuna, okadak, izua edo nekea [...] Paziante guztiek, batek izan ezik, kateterren bat zeukan ezarrita hiltzean, eta, guztiek disnea edo arnasestua bazeukaten ere, kasuen % 76an baino ez zituzten oxigenoz lagundu. Leher eginda hiltzen ziren [...] Familien % 42ri ezkutatu egiten zitzaion heriotzaren berehalakotasuna [...] eta kasik guztiek partekatu zuten logela beste gaixoren batekin hil zirenean». Egoera laburbiltzearen eta lurralde-zirkunstantziek nahiz zirkunstantzia sozioekonomikoek hiltzeko aldi horretan duten eragina nabarmentzeko, zera diosku: «Duintasunez eta oinazetik gabe hiltzea, egun, loteria tokatzearen pareko da. Non bizi zaren eta zerk eraginda hiltzen zaren da kontua». Horrez gain, erantsiko nuke nik, norekin topo egiten duzun ere garrantzitsua dela, zeren eta, sektore erlijioso jakin batzuek, zainketa aringarria beren espezialitateetako bat bihurturik, ez dituzte errespetatzen, sarri askotan, pertsona askok adierazitako hiltzeko nahia eta eskubidea.

Landa-lanean ere nabari daiteke heriotzaren kalitate-gabezia hori, pertsona askok esaten baitute beren gertuko senitartekoak behar baino aste bat, bi edo aste asko geroago hil direla, *zentzurik gabeko sufrikariopean*. Baita, batzuetan, urte askoren ostean ere.

Miren Josebe: «Azken hamar egunetan-edo gauero gelditzen ginen haren ondoan, egun guztian han, gau eta egun, ez ginen mugitzen [...] Batzuetan *ah!* egiten zuen. Akabo! —ukitu egiten zenuen hilotz zegoen jakiteko—; une estuak ziren oso, azken minutuaren zain, bukaeraren zain...

[...]Nire ustez astebetez gutxienez bai [*diosku tratamendua zentzurik gabe noiz arte luzatu zen zehaztuz*], astebetez bai. Astebete edo hamar egun, akaso».

Kalitateko heriotzaren estandarrak bermatzea, ordea, ez dirudi gauza erraza denik, ez behintzat heriotzari gaixoaldi amaierako prozesu natural izaten uzten badiogu. Autore askoren ustetan, heriotzari sufrimendua kentzea, oinaze handi hori saihestea, helburu zaila da, iruditzen baitaie heriotza duina eraikitzeko nahi handi hori ez dela mito bat baizik, nahiz eta medizina aringarriak eta oinazearen aurkako teknikak nabarmen aurrera egin. Heriotzaren ataka hori duintzeko ezintasun horrexegatik, Sherwin Nuland-ek (1998: 21) pertsona asko eta askoren heriotzaren esperientzia klinikoa biltzen du, batik bat minbiziak jota hildakoena, eta

zera diosku: «Heriotza modernoa erietxe modernoan gertatzen da, ezkutatzeko moduan, organismoaren hondatzea saihestuz, eta, azkenean, lurperatze modernorako “paketaturik”». Hona autoreak ematen digun lekukotza; andre batek bere amaren heriotzaren inguruan dioena da:

«Gure ama asko sufrituta hil zen, eta, medikuak denetik egiten ahalegindu baziren ere, ezin izan zioten sufrikarioa baretu. Ez zuen espero nuen azken lasairik izan. Espirituala izango zelakoan nengoen, bere bizitzaz hitz egingo genuela, bion bizitzez, baina ez zen hala gertatu. Oinazea handiegia zen, Demerol gehiegi [...] Ez zen duintasunik izan gure amaren heriotzan».

Goikoa bezalako adibideengatik, baina, ez dugu ondorioztatu behar heriotzaren kalitatean, neurri batean bederen, eragin ez dezakegunik, *hiltzen ikas* ez dezakegunik. Izan ere, badira gutxienez bi arrazoi hiltzeko une hori aldatu edo hobetu dezaketenak. Alde batetik, medizina aringarriaren aurrerapen itzelak, eskuragai dagoenean bederen, asko baretzen du gaixoaren oinazea. Egoera asko hobetu da, zenbait kasutan, modu orokorrean duintasunez hiltzea aipatzen duen legediari esker. Euskal gizartearen esparruan, Nafarroan baizik ez da garatu legedi hori. Bestetik, eta, arrazoi partikularrago eta pertsonalago modura, bizitza ulertzeko moduan gertatutako gizarte-aldaketen eragina aipatu behar da, baita eztabaida bioetikoaren inguruko eztabaidei eta erlijio-sentimendua ulertzeko moduei dagokien ere. Sinesmenak eta jarrerak eraldatzeko eta egokitzeak planteamendu horrek indartu egiten du heriotza halabeharraren ondorio soilik ez delako ideia, baizik eta norberak baduela eskubide pertsonalik, hein batean, bere heriotzaren unea eta gorabeherak zehazteko, eta, hori guztia, heriotza-kalitate hobea lortze aldera. Laburbilduz, ondo legoke Marga Irabururen (2005: 112) esapide hau errealitate bihurtzen ikastea: «Hil nazaten utzi gabe hil nahi dut».

4. Eutanasia

Eutanasiaren kontzeptuan sakondu aurretik, gogora dezagun, ikuspegi historikotik, era batera edo bestera, «jaiotzaren eta heriotzaren fenomenoak beti egon izan direla gizartearen kontrolpean, eta hori ulertzeko alferrik dira esplizituki formulaturiko politikak, gehiago erreparatu behar zaio praktika edo jokabide pribatuen historia isilari» (Marvin Harris & Eric B. Ross: Méndez, 2002: 106).

Orain, eutanasiak hausnartzean, ez nuke oraindik ere indarrean den klandestinitateko jarrera horretaz hitz egin nahi, eta jokabide horren zilegitasuna eta eskubidea aipatu nahi ditut, bizitza ulertzeko modu hausnartzaile bat dakarrelako berekin, etika eta eskubide berrien ildotik, gizarteari eragiten dion heldutasun-prozesu baten ildotik, orokorrean hitz eginda, baina baita beren bizitza eskubide osoz (ez usufruktu huts gisa, beste ikuspegi batzuek defendatzen duten moduan) beren erabakia dela pentsatzen duten pertsona asko kontuan izanda ere. Horregatik, komeni da gogoratzea beste gizarte batzuetan (Holandan, Belgikan eta Suitzan esate baterako) legezkoak direla jada eutanasia eskubidea baliatzeko modu batzuk, alegia, lagunduta hiltzeko modu batzuk. Gogora ekarri behar da, era berean, *Fase terminaleko gaixoak artatzeko 2803 azterlanean* (CIS, 2009) berretsi egiten dela, Espainiako estatuan, 18 urtetik gorako herritar gehienek duten iritzia:

«Medikuek behar besteko medikazioa erabili behar lukete gaixo sendaezinen oinazea arintzeko; baita erabaki horrekin gaixoaren bizitza laburtzen bada ere (% 55,4 guztiz bat dator horrekin eta %27,2 nahiko ados dago). Horrek ez du esan nahi pertsona guztiek eutanasia onartzen dutenik, ez baita, bere horretan, erraz ulertzen den kontzeptua».

Eutanasia definitzeko hamaika modu egoteak ere argi uzten du kontzeptuaren zailtasuna. Méndez-ek (2002) aurreratzen digu ideia hori, «eutanasia kategoría» eraikitzearen zailtasuna aitortuz. Ildo horretatik, eutanasia hitzak adiera ugari izateaz gain, sarri «kontzeptu eta kategoría lausoa»ren ezaugarriak egozten zaizkio, hamaika modutan azaltzen denez gero, baita beste gertuko kontzeptu (suizidioa, sedazioa eta abar) batzuei lotua ere; muga argirik gabe, betiere, bai maila kolektiboan —legedia, ideologia erlijioso nahiz politikoa, sistema medikoa, eta abar—, bai pertsonalean.

Oro har, eutanasia kategoría eraikitzeko ahaleginean, irizpide nagusiak hiru alderdi hauen inguruan ardatzen dira: esku hartzen duten subjektuak; eutanasia aurrera eramateko arrazoiak; eta pertsonak heriotzarekiko duen borondatezko onarpena, hiltzea ondorio duena (Holandako legea). Hiru alderdi horiek ez dira, baina, maila berekoak, esku hartzen duten subjektuen inguruko sailkapenak bai baitu medikuen lanbidearen ikuspegiari begira lehentasun mezurik, neutralizatu behar litzatekeena, zeren eta baliatzen den eutanasia mota edozein dela ere, maitasunezko ekintza bat betiere, hiltzera doan pertsonarekiko ekintza errukiorra bestela esanda, pertsona maiteenak edo gertukoenak esku hartzea (osasun-arloko adituek lagunduta noski) litzateke jokabide aproposena.

Nire ustez, eutanasia definitzeko eta interpretatzeko arrazoi nagusietako bat hiltzeko eskubidea errespetatzea, edo ez errespetatzea, da. Hori iruditzen zait dela eztabaidaren oinarria. Egun, bi joera nabari dira. Batak dio egoera jakin baten ondorioz (ia beti fase terminaleko gaixoak) asko sufritzen denean, zilegi dela hiltzeko eskubidea. Literatura espezializatuan eta legedian «*duintasunez hiltzeko eskubidea*» esaten zaio jada kasu horri. Bigarren joerak, ostera, baztertu egiten du gaixotasun terminalaren baldintza, eta, sufrimendu fisikotik harantzago joanda, pertsonak, berak hala nahi duenean, «*hiltzeko eskubidea*» izan behar duela defendatzen du.

Gure bizitzaren gaineko eskubidea ulertzeko bi modu ezberdin horietan alde kontzeptual handia dago eutanasiari dagokionez, zeren eta, herritar gehienak duintasunez hiltzearen alde badaude ere, hiltzeko eskubidearen onarpenak eztabaida sortzen du, eta eutanasiaren alde agertzen diren autore batzuek uste dute mugatu egin behar dela eskubide hori. Muga hori «gizarte-hitzarmen» baten bitartez adostu behar dela iruditzen zaie, gizarteko kide guztiak horretara konprometituz. Diotenez, hiltzeko eskubideari bermedun mugarik ez jartzeak praktika sozialki ezin bideragarria bihurtuko luke eutanasia, homizidio edo erailketa-ekintzen estalgarri jotzeko arriskuarekin. Arrazoibide nagusi hori erabiltzen da, «aldapa irristakor» goiburupean, hiltzeko eskubidea galarazteko; dena dela, argi utzi behar da eskubide bat bere termino zehatzetan zaintzea edo gordetzea zaila izateak ez duela zertan eskubide hori bertan behera utzi.

Nire ikerlanean ikus daitekeenez, pertsona gehienak hiltzeko eskubidea bizikalitatearen gainbehera nabarmen bati lotzearen aldekoak dira —duintasunez hiltzeko eskubidea—. Hala, elkarriketatu ditudan askok aldeko jarrera daukate pertsona ororen erabateko autonomiari begira eta beraien borondatea errespetatzea defendatzen dute, baina, beste alde batetik, «ez dute ulertzen» hil nahi izatea adierazte hutsa, besteentzako ageriko arrazoirik gabe, nahikoa izatea laguntza publikoa eskatzen duen eskubide bat emateko.

Ondorioz, hiltzeko eskubidearen edo duintasunez hiltzeko eskubidearen aitortzaren oinarrian sortzen da eutanasia kontzeptuaren inguruko lehen sailkapena. Horrexegatik, bada, *HEren eutanasia* deituko diet Hiltzeko Eskubidearen onarpenetik eratortzen diren jokabide edo praktikei, eta *DHEren eutanasia* Quintasunez Hiltzeko Eskubidea onartzearen ondoriozko jokabideei. Modu horretan sailkatuta, arrazoizkoa dirudi uste izateak suizidio anomikoak edo, areago, suizidio lagunduak gaixoa fase terminalean ez egonik, badutela lekuri *HEren eutanasia* izendatu dugun multzo horretan.

Beren burua hiltzea erabakitzen dutenen ustezko heriotza-eskubideari dagokionez, Mercedes-ek, zainketa aringarrien unitate batean lan egiten duen medikuak, suizidari ez zaiola laguntzarik eman behar uste du: «Kontziente bazara, orientaturik bazaude, eta hil nahi baduzu, bada nahi duzuna egin dezakezu». Era horretako adierazpenek kendu egiten diote suizidioari orain 100 urte baino gehiago Durkheim-ek «gertakari sozial»tzat (eta ez soilik indibidualtzat) definitzean emandako ikuspegia, eta zentzua kentzen diote pertsona batzuek bizitzari kalitate-alderdi jakin batzuk exijitzeari; kalitate-alderdi horiek oharkabean pasatzen dira, batzuetan, bizitza bizirik egotearekin identifikatzen dutenentzat, eta, lehentasunez, gaixotasunaren alderdi biologikoak kuantifikatzen dituztenentzat, kontuan erori gabe suizidioa norberaren autonomiarekin bat datorren gertakari soziala dela. Beraz, ez dute *HEren eutanasia* inondik inora onartzen, ez baitute ulertu nahi, kasu batzuetan, bizitzeko irrika sotilago ageri dela eta haren mugak ez direla bereziki gardenak. Gerta daiteke, izan ere, patologia klinikorik nozitzen ez dutenek ere hiltzeko beldurrik gabeko egoera batera iristea, eta bizi izatea zama edo buruhauste bihurtzea.

Heterogeneotasun sozialaren edo aniztasunaren adibide, beste pertsona batzuek areagotu egiten dituzte hiltzeko laguntza jasotzeko egoera edo zirkunstantziak, eta onartu egiten dute *HEren eutanasia*. Iritzi horretakoa da Enrique, erretiratu berria, osasun onekoa eta bizitzeko ilusioa daukana. Hiltzen lagun zaitzaten ez duzula zertan «fase terminaleko gaixoa» izan pentsatzen du: «Zure bizitza, besterik gabe, jasan ezin dezakezun degradazio-mailara iritsi bada..., jada zure bizitza ez dela duina iruditzen bazaizu...».

Gaixo egon ez arren hiltzeko nahia agertzen duten horien artean, beraz, bizitzari dena delako zirkunstantiengatik zentzurik aurkitzen ez dioten pertsonak daude. Ez dute interesik beren bizitza-proiektuan, bizitzak ez duela merezi planteatzen diote beren buruari guztiz kontzienteki, eta, ondorioz, *harrokeria* puntu batekin begiratzen diote heriotzari, duintasunez hiltzea duintasunez bizitzea ere badelako, ez delako besterik gabe oinazetik gabe hiltzea, baizik eta norbere sinesmenekiko harmonian eta norbere biografiaren balioekiko begirunez.

Horregatik da garrantzizkoa hiltzeko eskubidearen eztabaidan sakontzea, hau da, bizi nahi ez dugun bizitza bat bizitzeko betebeharririk izan ez dezagun pertsonok daukagun eskubidearen inguruan; hiltzeko eskubidea, nire iritziz, biziak berekin duen eskubidea baita, giza eskubide unibertsala baita.

Elkarrizketatu ditudan pertsonen esanetan, baita kaleko eztabaidan ere, argi geratzen da nahasmen handia dagoela hiltzeko eskubidea eta duintasunez hiltzeko eskubidea terminoei ematen zaizkien adierari eta eskubideari dagokionez, eta hortik eutanasia definitzeko arazoa. Eutanasia hitza, duintasunez hiltzeko eskubideari lotua (DHEren eutanasia), zentzu zabalean erabiltzen da eta, oro har, beste bi teknika ezberdin hartzen ditu bere baitan: sedazioa eta suizidio lagundua (betiere gaixotasun terminalaren testuinguruan).

Gaixotasun terminalaren ingurumari horretan, hirurak ere (eutanasia, suizidioa —baina batik bat lagundutako suizidioa— eta sedazioa) kategoriatu berekotzat jo daitezke. Alegia, DHEren sailkapenekoak, helburu bera eskaintzen baitute, sufrimendua arintzea, baita motibazio bera ere, errukiz jokatzeko, hainbat teknika baliatuta. Arrunt antzean planteatuta, eutanasiaren eta sedazioaren arteko aldea injeztatutako beharreko koktelaren dosifikazioan baino ez dago. Injeztatutako kantitatea handia bada, heriotza minutu gutxian gertatuko da eta eutanasia izena jarriko zaio; dosia txikiagoa denean, ordu batzuetan etorriko da heriotza (normalean 12 orduan, hori baita jurisprudentziak ezartzen duen muga kausa-efektu erlazorik ez dela egon ondorioztatzeko) eta sedazio deituko zaio.

Eutanasiaren eta suizidio lagunduen arteko —gaixotasun terminalaren kasuan betiere— kontrastea planteatuta, argi ikus daiteke ezberdintasuna hau dela: gaixoak berak heriotza eragingo dion pilula hartzen badu (nahiz hirugarren batek lortu, eskuratu edo hartzen lagundu...), suizidio lagundua izango da; gaixoak, aitzitik, medizina ahorraino eraman diezaioten behar badu, eutanasia kasu baten aurrean gaude.

Alde edo ezberdintasun horiek ez dute ezberdintasun etiko edo moral handirik berekin, eutanasia, suizidio lagundua eta sedazioa ezberdintzen ahalegintzean alderdi fenomenologikoak nabarmentzen baitira, eta alderdi horiek ez dira garrantzitsuenak, suizidioak, eutanasiak edo sedazioak, egoera jakin batzuetan —sufrimendua, prozesu terminala edo ekintzarako borondatea—, emaitza bera ekartzen baitute eta ez baitago inolako ezberdintasun moralik haien artean; izan ere, hiru praktika horien helburua bat bakarra da eta erruki-sentimenduan oinarritzen da.

Horrek guztiak Méndez-en (2002) ideia garrantzitsua berrir. Méndez-en ustez, «eutanasia» kategoriak ez du kokaleku egokirik auzi horren inguruko eztabaidan, besteren artean, bai araubide juridikoak bai agente erlijiosoak galarazitako jokabide edo praktika delako. Hori dela-eta, eztabaida bultzatu eta hiltzeko prozesuaren jokabideak eraikitzen ahalegintzeko, baita hiltzen ikasteko edo pertsonalki hiltzeko unea aukeratzeko ere, komeni da eutanasia kategoriatu nolabait ere eguneroko egoeretan kokatzen laguntzen diguten lau balizkoren bitartez eztabaidatzea.

4.1. Zer egin gaixoak hiltzeko borondatea adieraztean?

Lehen balizko honetan fase terminalean ez dauden pertsonak sartzen ditugu, hiltzeko berehalako arriskurik ez dutenak, baina, bizi duten egoeragatik, heriotza aurreratzeko eskatzen dutenak (HE). Pertsona horientzat bizitze hutsa sufri-mendua da, hala gaixotasun kroniko degeneratiboak dituztelako nola guztiz mendekoak direlako, edota tetraplegikoak direlako, edota alzhemerrak jo berriak daudelako, besteren artean.

Galdera horri lotuta, Mercedesek, zainketa aringarrietako medikuak, uste du tratamendu posible guztiak baliatu behar direla «duin hiltzeko» praktikaren eskubidea onartu aurretik, eta pentsatzen du Ramón Sampedro tetraplegikoaren antzeko kasu batean esku hartu beharko balu uko egin eta kontzientzia-eragozpena aldarrikatuko lukeela.

Osasun-arloko profesional batzuek baliatzen duten kontzientzia-eragozpe-nerako eskubidearen aurrean, komeni da legeek eta eztabaida bioetikoak berak aldarrikatzen duten autonomia-eskubidea gogoratzea, horietan oinarrituta pentsatzen baitute askok errespetatu egin behar dela hiltzeko nahia agertzen duen gaixoaren eskubidea. Sampedroren kasuan, esate baterako. Ez dezagun ahaztu eztabaidak gora eta eztabaidak behera —etikoak, erlijiosok, jurisdikzionalak eta abar— 26 urte pasatu zirela Sampedrok nahi zuena lor zezan: norbaitek hiltzen laguntzea.

Eztabaida, ordea, sufrimenduaren muga ezartzean nahasten da. Gauza bera al dira hemiplegia edo tetraplegia? Iritsiko zaigula uste dugun mendekotasun-egoeraren arabera (alzheimer hasi berria, kasu) aurreikusi behar al dugu gure hiltzeko nahia; alegia, adituagoek suizidioa eta eutanasia prebentiboa (HE) deitzen dutenaren arabera?

Kasu horietan, gogoeta eta erabaki pertsonalaren alde egiten dugu, kontuan izanik eutanasiaren (HE) alde daudenek ez dituztela gainerakoak horretara behartzen, baizik eta beren asmoa, besterik gabe, askok zilegitzat duten hiltzeko eskubideari aurka ez egitea dela.

4.2. Zer egin gaixotasuna oso aurreratua eta gaixoa hil edo biziko egoeran badago?

Bigarren balizko honetan, laster hilko bide diren pertsona oso gaixoak ditugu aipagai. Adibide gisa esan daiteke minbiziak jotako pertsona oso gaixoak daudela multzo honetan.

Eskuragai dauden datu estatistikoen eta egin dudana landa-lanaren arabera, biztanle gehienak DHEren aldekoak direla ikus daiteke, aplikatzeko modua edozein dela ere: eutanasia, suizidio lagundua edo sedazioa. Hiru horien artean, sedazio klinikoa da egun gehien eskatzen dena. Dena dela, argi dago gero eta pertsona gehiagok nahi dutela, bai beren buruentzat bai gertukoentzat, erietxeetan eskaintzen dena baino harreman intimoago bat, eta, horrexegatik, senitarteko eta adiskideen ondoan hiltzea aukeratzen dute (zenbait kasutan heriotza baita aukera

bakarra), baina, betiere, profesionalek aholkatuta, nahiz eta osasun-pertsonalak exekutatu ez.

Nahiko maiz gertatzen den beste kasu bat da hil edo bizi dagoen gaixoak ezin erabakitzea osasun-egoerak uzten ez diolako, eta, gainetik, bizi-testamenturik egin gabe egotea. Erabakitzen zailago diren kasu horietan, guztiok berdin pentsatzea ezinezko bada ere, gehiengoaren iritzia da senitartekorik gertukoenak direla egoera horretan dagoen gaixoarekin zer egin erabaki behar dutenak. Hori dela-eta, garrantzia hartzen ari da berriz azken nahiaren testamentua egitearen kome-
nentzia, egitean, neurri batean, nola hil nahi dugun adierazten baitugu.

4.3. Zer egin pertsona asko sufritzen ari denean?

Oso gaixo edota fase terminalean ez egonagatik sufritzen ari diren pertsonen kasuak beste zabaltasun kontzeptual bat hartzen du, eta, ziur asko, subjektibotasun-maila handiagoa dute berekin sufrimendua baloratzeko irizpideak direla-eta; ondorioz, zailagoa da kasu hauen esparrua finkatzea. Kategoria honetatik aparte utzi ditugu aurreko bi balizkoetan aztertutako kasuak eta hamarkadetan luza daitezkeen sufrimendu-egoeretan oinarritu gara; oro har, bizi-kalitate txarrekoak eta kostu emozional nahiz ekonomiko handikoak diren sufrimendu-egoerak, bai norberarentzat bai besteentzat. Adibide batzuk ematearren, arrazoitzeko gaitasunik ez duten pertsonen kasua aztertuko dugu, eta, betiere, aurrez bizi-testamentua egin gabekoak modua edozein dela ere, Alzheimerren gaitza aurreratua daukatenak, egoera oso kaskarrean dauden zahardadeak jotako pertsonak, koman urteak daramatzatenak, itxura guztien arabera kalitate txarreko bizitza izango duten malformazioak dituzten haurrak.

Egoera horiek konplikatuagoak direnez, kategoria honetako jarrera edo iritziak zalantzarriagoak dira, ñabardura gehiagokoak. Horrez gain, pertsona horiek ezer adierazterik ez dutenez gero, haien borondatea gertuko senitartekoen borondatearekin ordeztzea proposatzen da; erantzukizuna gertukoen gain uzteak, baina, beste eztabaida batzuk pizten ditu, ez baita beti erraza izaten gertuko pertsona hori aurkitzea.

Pertsona batzuentzat, aldiz, kasu horiek ez dira zailak. Izan ere, deskribatu ditugun egoeretako pertsonaren bat fase terminalean ez badago, ez da ezer egin behar, bizitzak bere horretan jarraitu eta heriotzaren zain geratzea da kontua. Heriotza, modu naturalean, «datorren arte» zain geratzea.

Beste batzuek, berriz, era horretako bizitza ez dela duina uste dute, eta, ondorioz, iruditzen zaie egoera edo prozesu horietan esku hartu behar dela errukiaren printzipioan oinarrituta, eta, baita ere, beharbada, bioetikak aldarrikatzen dituen justizia edo benefizientzia bezalako printzipioak kontuan hartuta. Horrelako kasuetan, nire ustez, hiltzeko eskubidea onartzea da alternatibarik bidezkoena, eta, beraz, HEren eutanasia zilegi jotzea, nahiz eta, aurrera eramateko zailtasunak tarteko, DHEren eutanasia gisa planteatu, ohiko hiru teknikak erabilita.

Pertsonak egoera jakin edo antzeko batzuetan ez dutela bizitzen jarraitu nahi adierazi dutenean, hiltzen lagundu behar litzaikeela uste du askok. Ikuspegi legaletik ere, aurrez adierazitako borondatea, modu ez-formalean bada ere, oso

garrantzitsua da. Horren adibide da Eluana Englaro-ren kasua. 2009an hil zen eta oihartzun oso handia izan zuen komunikabideetan. Sistema juridikoek garrantzi handia ematen diote, nola ez, pertsona batek, *normaltasun-egoeran*, gaixo ez dagoela, eutanasiaren inguruan duen iritzia. Eluanaren kasuan, bazen atzera bueltarik gabeko egoeretan Eluanak berak zer egingo zukeen zekien lekuko bat, Eluanak hil egin nahiko lukeela zekien bat, eta horrek oinarri juridiko gisa balio izan zuen Italian, nahiz Berlusconi lehen ministroa eta hierarkia katolikoa aurka egon, Eluana 17 urtean *bizirik* atxiki zuten makinak deskonektatzeko.

Dena dela, eztabaida handia pizten duen beste kontu bat da egun asko sufritzen ari den pertsona bat bere garaian heriotzaren prozesu naturalean esku hartzearen aurka agertu izana. Kasu horretan, konponbidea zaila da, zeren eta, bizi-testamentuak osasun-egoera onean agertutako nahia errespetarazten duen bezalaxe (betiere, osasuna galduta edota erabakitzeko gaitasunik gabe geratzean gerta litezkeenetan oinarrituta), irizpide hori bera aplikatu behar litzateke planteatu berri dugun balizkoan ere. Ez dut kontu horretaz hitz egin elkarriketatuekin, baina ez nuke geratu nahi 25 urte dituen Jonen lekukotza eman gabe. Jonen iritziz, seme-alabek erabakitzeko eskubidea daukate noiznahi, baita aitak edo amak, alde zuretik, osasun-egoera kaskarrak eragiten duen sufrimenduari ere bizi egin nahiko luketela adierazia badaukate ere.

Honen guztiaren inguruan ari garela, kontuan izan behar dugu eutanasiaren inguruan erabakitzeko erantzukizuna gureganatzeak, dela HErena dela DHErena, ez duela eskatzen aurrera eramateko prest egotea. Eutanasiaren aurkako pertsonak egiten duten interpretazioaren aldean, hiltzeko eskubidearen edo duintasunez hiltzeko eskubidearen defendatzaileek zera planteatzen dute: errespetatu, ulertu eta bat egiten dutela —batzuetan barne-gatazka handia sortzen badie ere— nork bere autonomia gauzatzeko eskubidearekin eta hiltzen lagun diezaieten nahi duten pertsonen askatasunarekin. Eta, jakina, ez dute horrelakorik nahi ez duen inor horretara behartzen.

4.4. Zer egin pertsona batek hiltzeko nahia agertzen duenean?

Bukatzeko, laugarren balizko edo kasu honetan, gaixo egon ez arren hiltzeko borondatea adierazten duten pertsonak aztertuko ditugu. Horretarako, hiltzeko eskubidean (HEren eutanasian) oinarritzen dira.

Aurrez ere esan dudanez, eskubide hau oso eztabaidagarria da, eutanasiaren alde argi eta garbi dauden autore batzuek ere hiltzeko eskubideak bere muga daukala uste baitute.

Nire ikerlanean ondorioztatu dudanez, pertsona gehienak bat datoz hiltzeko eskubidea bizi-kalitatearen gainbehera nabarmen bati lotzearekin —duintasunez hiltzeko eskubideari—. Elkarriketatutako asko pertsonen erabateko autonomiaren alde agertzen dira, baita haien borondatea errespetatzearen alde ere, baina, bestalde, «ez dute ulertzen» hiltzeko borondatea adierazte hutsak, aparteko arrazoirik gabe, hiltzen laguntzeko laguntza publikoa orokortuko lukeen eskubidea emateko balio behar lukeenik.

Eginiko elkarrizketetan kasu honek biltzen dituen balizkoen mailakatze moduko bat nabari da hala balorazioan nola onarpenean, eta oraindik ere pertsonengan irauten duen oinarritzko ezagutza moduko bat, substratu etiko bat, ere sumatzen da; substratu horrek uko egiten dio hiltzeko nahi hutsa (edo ez hain hutsa) eta hiltzeko eskubidea parekatzeari, ondorio guztietarako; besteren artean, hiltzeko laguntza izatea (HEren eutanasia).

Jarrera horren zergatia izan daiteke, agian, suizidioa (hots, aipatzen ari garen jokabidearekin pareka daitekeen terminoa) sozialki zigortutako praktika dela, baita hiltzeko eskubidea beren gain hartzen dutenen kasuan ere. Ez da ulertzen suizidio anomikoa praktikan jartzeko motibazioa, esate baterako, pertsona batzuek defendatzen duten hiltzeko eskubidearen barruan sartzen denik.

Beraz, HEren eutanasiaren aldeko agertzen badira ere, pertsona horiek ez dute suizidioa hiltzeko eskubidean oinarritzen den praktika edo jokabidetzat hartzen. Motibazio indibidualaren esparruan sartzen dute jokabide hori, eta ez gizartearenean.

Landa-lanean aniztasun handia ikus daiteke jarrera edo iritzietan pertsona batek hiltzeko nahia adierazten duenean egin beharrekoari dagokionez. Manuelak 54 urte ditu eta haren lanbidea pertsona gaixo eta mendekoak zaintzea da. Hona zer dioen:

Manuela: «Ez, gizona! Nik orain ezin diot bizitzeari utzi! Orain nagoen egoeran, bizi egin nahi dut, horretarako nahia daukat, baina, ez baneuka, ez nioke inori aholkurik eskatuko eta neure burua hilko nuke».

Beste pertsona batzuek (bizi-kalitateari gehiago eskatzen diotenak, behar-bada), ordea, zalantzan jartzen dute kasu horietan zer egin beharko litzatekeen, zeren eta, nahiz suizidioa guztiz ontzat eman ez, errespetatu egiten dute eta ez dute ukatzen pertsona jakin batzuk anomia-egoeran gerta daitezkeenik.

Mirentxuren kasua da. Emakume honek bere izebari hiltzen lagundu zion hark eskatuta. Hona bere hitzak:

Mirentxu: «Tira!, uste dut baietz [eskubidea duela eta lagundu egin beharko litzaiokeela], berak erabakitzen badu bai. Niri oso gogorra egiten zait ongi dagoen pertsona batek *akabo!* esatea [...], oso gogorra ere. [...] Baina tira!, arraroa egiten zait ongi dagoen pertsonak erabaki hori hartzea, baina baliteke hala gertatzea».

Bukatzeko, Unairen iritzia daukagu. Haren ustez, hiltzeko eskubideari ez zaio inolako mugarik jarri behar. Nahi izatea nahikoa da.

Unai: «Ez zait gaizki iruditzen eta uler dezaket: nire bizitza hutsaren hurrena da eta ez dut bizitzen jarraitu nahi! [...]»

Zirriborratutako kasuen helburua hiltzeko eskubidearen inguruko (edo duintasunez hiltzeko eskubidearen inguruko) eztabaida errazteko testuingurua prestatzea da, eta iritzia oso ezberdinak dira, kontuan izan behar baita eutanasia emergentzia sozial handiko gaia dela.

5. Azken komentarioak

Azterlan honetan esan dut, lehen ere, pertsona asko kezkatuago daudela heriotza txar batekin, behar bezalakoak diren kalitate-estandarrik gabe hiltzearekin, heriotzarekin berarekin baino. Heriotzaren kalitatea hobetzeko xedez, izan norberarena edo gainerakoena, mesedegarria izan daiteke gogoetetan eta eztabaida sozialetan sakontzea hiltzeko prozesuari edo eutanasiari berari lotutako gai jakin batzuen inguruan.

Lehenik eta behin, esan behar da *emakumeak*, aurrez gaixoak eta mendekoak zaindu izan dituztelako, eta, baita urte gehiago egiten dituztelako ere (asko alargunak ere badira), eta, beraz, prekarietate-egoera handiagoan daudelako, parte hartzaileago agertzen direla hiltzeko prozesuetan. Esan berri dudana landa-lanak zein estatistikek berresten dute, beren bizi-testamentua egiten duten emakumeen kopurua gizonena halako bi baita. DHE/DMD elkartean, EAEn, emakumeen parte-hartzea gizonena halako bi da alde handiz; emakumeak izan dira, gizonak baino askoz ere gehiagotan, arrazoi nagusia errukia duten eutanasia-praktiketan esku hartu dutenak edo zainketa-lanak egin dituztenak. Horregatik, bereziki emakumeengan pentsatuta, sufritzailerik handienak baitira, indar egin nahi dut besteentzat kosturik izango ez duen kalitateko heriotza horretan; batik bat, mendekotasun-aldian eta hiltzeko azken uneetan.

Gogoeta horrek bizikidetzat mota batzuen inguruko onarpena edo ukapena eragiten du, eta, batez ere, egoitza espezializatueta dauden pertsona mendeko edo adinduen instituzionalizazioarekin zerikusia dutenetan. Egun, aurrerapenik suma badaiteke ere, egoitzetako bizikidetzat aurre-emergentzia aktiboaren fasean dago oraindik, eta, ondorioz, populazio-geruza jakin batzuek, baita familia askok ere, irtenbide edo jokabide desbideratutzat daukate. Gizarteak, oraindik ere, erreparoz begiratzen dio jokabide horri.

Gizarte zibil eta laiko bat egituratzeko bidean lan egitea komeni da, protagonismoa legeen bitartez adierazia izan dadin, eta ez erlijio-sinesmenen bidetik, osasuna ondasun laikoa denez gero. Egun, ez dira betetzen Estatuaren ez-konfessionaltasun postulatuak (are gutxiago laiko batenak), eta alderdi politikoei entzundor egiten diote gizarteak gai hauek legeztatzeke egiten duen eskakizunari. Izan ere, hil nahi duten pertsonen eskubidea babesten duen legediak Nafarroa Bai-ren bultzada izan du soilik, eta berandu gainera. Alderdi horren ekimenez lortu zen Nafarroako Parlamentuak, 2011ko martxoan, heriotza duinaren aldeko legea onartzea; EAEn, Aralar-en ekimenak ez zuen aurrera egin 2012ko urriaren 21eko hauteskundeak zirela-eta aurreko Legebiltzarra desegin zelako. Heriotzaren kalitatea hobetzeko euskal alderdi politikoen interesik eza salagarria da zinez, haiek ez mugitzeagatik pertsona asko behar ez bezala, sufrituz, hiltzen direlako. Hori dela-eta, komeni da agintariei gogoraztea eutanasia benetan galarazten duena ez dela erlijioa, legeak baizik, legezko eskumena baita.

Heriotzaren kalitateari hertsia lotuta, gaiaren inguruko legedia eskatzea ez ezik, *hiltzeko eskubidearen* (HE) inguruko eztabaidan sakontzea ere komeni dela iruditzen zait, eskubide horrek bide eman baitezake hiltzeko prozesua deitzen diogun bizi-prozesu luze horren antolaketan eta egituran aldaketa erabakigarriak

lortzeko. Aurreko guztia ahaztu gabe, indar egin nahi nuke beharrezkoak diren *eskubideak benetan bete daitezela* eskatzeko —batik bat, gaixoak tratamenduari muzin egiteko duen autonomiari dagokiona, 2002/41 Legeak jasotzen duena—, sarri askotan ez baitira betetzen ezagutza faltagatik edo/eta ideologiagatik, hala medikuen aldetik nola familiakoen partetik ere, maiz ez baitiote jaramonik egiten hil-hurren dagoenaren alde aurreko borondateari. Horixe da, hein batean, DHE elkarteak sortu zenean begiz jotako helburua; alegia, «duin hiltzeko behatoki bat» eratzeko proiektua. Komeni baita gogoratzea sedazioaren praktika, esaterako, zuzenbidezkoa dela, eta delitua egitea dela gaixoak edota haren ordekarari legalek behar bezala zehaztutako nahia ez betetzea.

Heriotzaren kalitateari lotuta, hau da, azken uneetako bizi-kalitateari dagokionez, ezin hausnartu gabe utzi *ongizate-gizartearen* gainbeherak auzi honetan izan duen eragina. Eta horren harira, nire ikuspegia da bizi-kalitateak eta pertsonak zaintzera bideratutako zerbitzuen kalitateak eragina dutela hiltzeko prozesuaren eta heriotzaren beraren inguruko aldaketa ideologikoan. Esan berri dudana argi geratzen da, neurri batean, krisiaren eraginez suizidio kopuruak gora egin duelako, eta, baita ere, bizi-kalitateak behera egitearen ondorioz, hiltzeko nahia indartzen ari delako. Horregatik guztiagatik, egun mendeko pertsonak zaintzera bideratutako baldintza materialen inguruan hausnartzean, baliabide ekonomikoak lortzeko premia nabarmena dagoela iruditzen zait eta baliabide horiek, esparru pribatuan, etxebizitzaren beraren balioan daude oinarrituak. Hori horrela, bizitzaren azken aldi horretan hobeto bizi ahal izateko, aipatutako baliabideak egoki erabiltzeko bi finantzaketa modu aipatu nahi nituzke: alderantzizko hipoteka eta etxea saltzea (*abusus*) nahiz eta erabiltzeko eskubidea mantendu (*usus fructus*). Horrez gain, komeniko litzateke etxebizitza saltzeak eragindako plus-baliaren tratamendu fiskala gainbegiratzea, horren helburua, egiaz, mendekotasunaren kostuari aurre egitea bada, eta, kontuan izanda, sektore publikotik ez dela, pertsonala baino sozialagoa den premia hori, behar bezala asetzen (utzikeria da nagusi).

Baina, bukatzeko, esan nahi dut, gai horien inguruan legeak egiteko ezinbesteko beharraz gain, eta, gure eskubideak errespetatu daitezela exijitzeaz aparte, horietako asko legeaz aitortuak baitaude Espainiako estatuaren legedian (41/2002 Legea, azaroaren 14koa, Gaixoaren Autonomiaren eta Informazio eta Dokumentazio Klinikoaren Esparruan Eskubide eta Betebeharren Oinarritzako Lege Arautzaillea), hiltzeko prozesuaren benetako irakaspena bizitza propioaren pertsonalizazio arrazional baten diseinuan dagoela, gure balio eta etika berriak praktikan jartzean prozesu bitalen kudeaketari plus bat gehituz eta eredu biografikoari dagozkion ezaugarriak indartuz. Horrek guztiak hiltzeko prozesuaren eta eutanasiaren inguruko diskurtsoa eraikitzen eta berritzen lagunduko du, eta aldaketa soziala eragingo du eredu biografikoaren ezaugarri emergenteenak bultzatuta.

Bibliografia

- Beck, U. eta Beck-Gernsheim, E. (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Paidós, Bartzelona.
- Bermejo, J. C. eta Álvarez, F. (zuz.) (2009): *Diccionario de Pastoral de la Salud y Bioética*, San Pablo, Madril.
- Casado, A. (2008): *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*, Plaza eta Valdés, Madril.
- Castro, I.; Esteban, M-L.; Fernández de Garaialde, A.; Menéndez, M.L.; Otxoa, I. eta Sáiz, M.C. (2008): "No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista", in *IV Jornadas Feministas de Euskal Herria*, Portugalete.
- Ikerketa Soziologikoen Zentroa (2010): "Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal", *Estudio nº 2.803*, CIS, Madril.
- Durán, M. A. (2004): "La calidad de muerte como componente de la calidad de vida", in *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, CSIC, **106**, Madril, 9-32.
- Esteban, M-L. (2006): "El Estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista", in *SALUD COLECTIVA*, **2(1)**, Buenos Aires, 9-20.
- Giddens, A. (2004): *Sociología*, Alianza Editorial, Madril.
- Eusko Jaurlaritza (2005): *El envejecimiento de la población vasca. Sus consecuencias económicas y sociales*, Eusko Jaurlaritza, Ogasun eta Herri Administrazio Saila, Vitoria/Gasteiz.
- Iturbe, A. eta Intxaurre, A. (2009): *Aitarekin Bidaian* (EHUko Filosofia eta Giza Zientzien Fakultatean, 2009ko abenduaren 17an, emandako antzezlan), Donostia.
- Larrañaga Padilla, I. (2005): "Relaciones intergeneracionales en la familia y redes de apoyo", in B. Arregi eta A. Davila, (ed.), *Reproduciendo la vida, manteniendo la familia. Reflexiones sobre la fecundidad y el cuidado familiar desde la experiencia en Euskadi*, EHU, Bilbo, 231-262.
- Madariaga Orbea, J. (2007): *Historia social de la muerte en Euskal Herria*, Txalaparta, Donostia.
- Méndez Baiges, V. (2002): *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Trotta, Madril.
- Nuland, S.B. (1998): *Cómo morimos*, Alianza Editorial, Madril.
- Olaizola, I. (2011): *Transformaciones en el proceso de morir: la eutanasia, una cuestión en debate en la sociedad vasca*,
<http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias_Sociales/OLAIZOLA%20EIZAGUIRRE.pdf>.
- , (2012). *Transformaciones en el proceso de morir: la eutanasia, una cuestión en debate en la sociedad vasca*, Utriusque Vasconiae, Donostia.
- Rachels, J. (1986): *The End of Life. Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, Oxford.
- Río del, S. eta Pérez Orozco, A. (2004): *Una visión feminista de la precarización desde los cuidados*, Comisión confederal contra la precarización de cgt., Madril.
- Valle del, T (koor.); Apaolaza, J.M.; Arbe, F.; Cucó, J.; Díez, C.; Esteban, M-L.; Etxeberria, F. eta Maquieira, V. (2002): *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*, Nancea, Madril.

