

Arreta medikoei murrizketarik?

(Health care rationing?)

Martínez Urionabarrenetxea, Koldo

Arreta Trinkoak. Nafarroako Ospitalea. Irunlarrea, z/g.

31008 Pamplona/Iruña

BIBLID [1577-8533 (2004), 6; 131-139]

Jaso: 2003.02.18

Onartu: 2004.07.22

Badira osasun arretaren kostuaren gorakadaren errua zaharrei eransten dietenak. Bainan, zahartzaroz eta heriotzaz, ongizate komun eta indibidualaz, medikutzaren helburuetaz, eta belau-naldien arteko harremanetaz gizarteak erantzun amankomun bat ematen ez duen bitartean, arazoa bertan iraungo du. Aterabide bat, oinarritzko baldintza etikoak beteko dituen arretaren murrizketa. Adina izan daiteke murrizketarako tresnetatik bat, baina adin biografikoa eta ez, inolaz ere ez, adin biologikoa.

Giltza-Hitzak: Zahartzaroa. Osasun arreta. Murrizketa. Adin biografikoa. Inperatibo teknologikoa.

Hay quienes atribuyen la culpa del aumento del costo de la atención sanitaria a los mayores. Pero mientras la sociedad no dé una respuesta común sobre la vejez y la muerte, sobre el bienestar común e individual, sobre los fines de la medicina y sobre las relaciones entre generaciones, el problema continuará ahí. Una solución sería una limitación de la atención que cumpla con las condiciones éticas básicas. La edad puede ser un instrumento para la limitación, pero la edad biográfica, y no, en modo alguno, la edad biológica.

Palabras Claves: Vejez. Atención sanitaria. Limitación. Edad biográfica. Imperativo tecnológico.

Il y a des gens qui attribuent l'augmentation du coût de l'attention sanitaire aux personnes âgées. Mais, tant que la société ne donnera pas une réponse commune sur la vieillesse et la mort, sur le bien-être commun et individuel, sur les objectifs de la médecine et sur les relations entre générations, le problème persistera. Une solution serait une limitation de l'attention qui respecte les conditions éthiques de base. L'âge peut être un instrument pour la limitation, l'âge biographique, mais en aucune façon l'âge biologique.

Mots Clés: Vieillesse. Attention sanitaire. Limitation. Âge biographique. Impératif technologique.

Medikuntzak XX. mendeko azken 25 urteotan bere historia osoaren hondarean baino gehiago eboluzionatu duela baieztatu da¹. Medikuntzaren garapen honek, beste batzuren artean, garrantzi handiko aldaketa sakon bi eragin ditu:

- a) ezaguera berrien eta egundoko botere teknikoen lorpena, eta
- b) bizitzaz eta bere aukeretaz daukagun ulerkuntzaren eraldaketa.

Azken aldaketa hauk hiru faseetan eman dira:

1. MEDIKUNTZAZ DAUKAGUN KONTZEPZIOAREN ALDAKETA

Medikuntzak bere historia osoaren zehar ez du agindu eritasunaren eta heriotzaren gain. Eria lagundu besterik ez zuen ahal; ezin zuen inor sendatu.

Dudarik gabe, Kristo baino 400 urte lehenagoko mediku hipokratikoak izan ziren medikuntzaren muga etikoetaz arduratu ziren lehenak. Hipokratesi iratxe-kitzen zaion lan batean argi azaltzen da medikuntzaren helburua, hots, “*eri daudenen oinazeak guttiz zokoratzea eta beren eritasunen nekaldiak arintzea, eta eritasunaz menperaturik daudenak ez tratatzea, kasu hoietan medikuntzak botererik ez duela jakinik*”². Idazki hipokratikoek mediku batek “*zientziari zientziak ezin duena, edo naturari naturak naturalki ekoizten ez duena eskatuko balio bere jakineza erokeriarengandik hurbil*” egongo litzatekeela diote. Tradizio honen arabera, muga naturalak ezagutzen dituen eta jakituria hau zuhurtasunez erabiltzen duen medikuak soilik ekidin dezake gehiegizko konfidantzaren errakuntza. Greziarrek errakuntza honi *hybris* (neurrigabekeria) deitzen zioten eta “*terapien tarte naturala mespretxatzen zituztenek medikuntzaren aginpidea zikindu*” egiten zutela zioten³. Medikuntza honek bere eginbeharra Naturaren oreka propioa lortzeko giza naturarekin batera lan egitea zela uste zuen.

Idea hau argi azaldu zuen Platonek zera idatzi zuenean:

“...zeren eta beren konstituzio txarragatik Naturak markatzen duen bizitzaren ohiko mugara heltzeko aukerarik ez dutenak ez dira sendatuak behar izan... Eritasunen menpe daudenei bizitza hedatzea ez dator bat beren interesekin ezta ere interes publikoarekin, medikuntza ez baita beraientzat egina, eta ez litzaeke lagundu behar Midas baino aberatsagoak izango balira ere”⁴.

Idea hauek horrela jarraitu zuten mendeetan zehar. Egoera XVIII. mendean aldatzen hasi zen higiegi eta elikaduraren hobakuntzaz. XIX. mendean metodo zientifikoa aplikatzen hasten da eta honen ondorioz, lehen ikerketa mediko sistematikoak egiten ere.

1. GRACIA D. *Bioética Clínica*. Santa Fé de Bogotá, Colombia: El Búho, 1998.

2. *Tratados hipocráticos*, ed. C. García Gual (Madrid: Gredos, 1983), Vol. 1, cap. 3.

3. REISER, S.J. “Critical Care in a Historical Context”, in *Ethics and Critical Care Medicine*, ed. C. Moskop & Loretta Kopelman (Dordrecht: Kluwer, 1985).

4. PLATÓN. *República*, III, 407d-408b.

AMA amerikar medikuen erakundeak, 1847 urtean sendagileen praktikarako erizpide zehatzak definitu zituen, medikuntza zientziaren mundura hurbilduz eta teorikoki bederen AMAko partaideak beste osagile batzuegandik bereiztuz.

Orduko zientziaren asmo propioa zen Natura norberaren desioen menpe jarzea medikuntza zientifikoaren helburu bihurtu zen ere. Eta, hipokratikoen helburua eritasunagatik galdutako oreka naturala birlortzen laguntzea bazen ere, XIX. mendeko medikuek eritasuna gainditzeko organismo arrotzak isladatu eta suntsitu behar zirela uste zuten. Hauek, beraz, medikuntza neurrigabetzat jotzea erraz uler daiteke. Argi eta garbi definitu zuen Claude Bernardek 1865 urtean muga oro ukatzen duen medikua. Horrela zioen:

“Ideia zientifikoaren atzetik doan zientzia gizona da fisiologoa; honek ez du animalien negarra entzuten, ez du darion odola ikusten, bere ideia soilik ikusten du eta bera zuzentzen saiatzen den organismoek aurkezten dizkieten arazoak somatzen ditu soilik”⁵.

Zentzu berean mintzo zen XVIII. mendeko matematikari eta filosofo zen Condorcet:

“Praktika medikoaren hobakuntzak... klimak, elikadurak edo lan baldintzek probokaturiko eritasun eredagarri eta kutsatzaileen amaiera ekarriko du. Beren azken kausak argitzen goazen neurrian, eritasun oro desagertu daitekeela itxarotea ere arrazonagarria da. Giza espeziearen hobakuntza honek muga gabeko aurrerapena ekar dezakeela pentsatzea zentzugabekeria al da? Eta orduan heriotza, aparteko, itzelezko istripuei lotuta soilik gertatuko dela pentsatzea zentzugabekeria al da?”⁶

Medikuntza egiazko sendapenak eskaintzen XX. mendearen hasieran hasi zen. Eta garrantzi guttiagorik ez duena, handigura zientifikoaz hornitu zen eta handigura hori gizarteratzen saiatu ere. Horrela medikuntza garaikidea berrikuntza teknologiko iraunkorraren eskenatoki, industria masibo eta probetxugarri, eta gai ekonomiko eta politikoen elementu klabe bihurtu zen.

2. OSASUNAZ DAUKAGUN KONTZEPZIOAREN ALDAKETA

Osasuna ez da geroztik “naturaren” konturik. Eritasuna natura gainditzeko oraindik gauza ez den zientziaren akats baten ondorio da. Eritasun guztiek, eritasun bakoitzak, arian-arian eraso mediko sistematikoa jasan dezakete. Beste eritasun batzuekin gertatu den bezalaxe, sendatuak edo kontrolatuak ez direla izango ez dago pentsatzerik. Horrela, osasun ona norbanakako mailatik, zientziaren eta politikaren esparrutik itxadon dezakegunaren arlora pasatu da.

5. BERNARD, C. *The Study of Experimental Medicine*. New York: Dover, 1865.

6. CONDORCET, J.M. *A Sketch for the Historical Picture of the Progress of the Human Mind*. London: Weinfeld and Nicholson, 1955.

3. BIZITZAZ DAUKAGUN KONTZEPZIOAREN ALDAKETA

Osasunaz daukagun kontzepzioaren aldaketatik azken aldaketa honetara pausu labur bat besterik ez dago. Pentsa dezagun une batez azken urteotan eginiko aurre-rapenetaz (kontrazepzio eraginkorra, aborto seguruak, lagundutako birsorkuntza, genomaren dezifrapena, ingeniartza genetikoak, erreanimazio kardiopulmonarra, bizi-laguntza tratamenduak, eta beste hainbeste) eta, bai indibidualki, bai sozialki, bizitza kontrolatzeko dugun ahalmenaren pertzepzio soziala nola aldatu duten.

Bada hala ere medikuntza garaikidea maldan behera doala dioenik. Hau defendatzeko ondoko lau faktoreek aipatzen dira: mediku desilusionatu eta erreen kopuru handia, osasunez ongi baina kezkatuak diren biztanleen kopuru itzela, medikuntza alternatiboen herri-harrera galanta, eta sanital arretaren koste geroz eta handiagoak⁷. Azken hauei loturik, arrazoez ala arrazoirik gabe, maiz entzuten den kexa da, gaur osasungintzan erabiltzen diren errekurtsoetatik zatirik handiena zaharregiana doala, eta zati horretik parterik garrantzitsuena hil-zorian daudenengana

Nere ustez, kexa hau sakonagoak eta kezkarriagoak diren beste arazo batzuen sintoma da, hots, zahartzaroa eta heriotza, ongizate komun eta indibidualaren arteko harremanak, medikuntzaren helburuak, eta lehengo, oraingo eta biharko belaunaldien arteko harremanak nola ulertzen ditugun. Eta arazo hauei erantzun egin behar diegu, eta ez indibidualki baizik eta batez ere propioki gizarte bezala, globalki esango nuke nik, beren dimentsioak horrela esijitzen baitu.

Norberarekiko autoestima zentzurik gabeko eta giza balorerik eta esangurarik gabeko zahartzaroa, giza kondizio toleragarria al da? Nere ustez, duintasunez zahartzea galazpen progresiboa onartzea da; bizitza amaierarantz doala onartzea da; norberarekiko, eta alde aurretik joan diren eta geroago etorriko diren besteekiko harremanetan norberak betetzen duen lekuaren zentzu sakona lortzeko azken eragina egitea da, zeren eta horrela soilik lortu ahalko du zahartzaroak egiazko zentzu eta balore soziala.

Medikuntzaren helburuak zeintzu diren ere aztertu behar ditugu orokorki. Eta zaharrekiko dituen helburuak konkretuki. Zeren zein da medikuntzaren egiazko helburua, bizitzaren mugagabeko luzapena ala medikuntzari dagokion esparruan, zahartzaroak dituen arazoei erantzun arrazonagarriki asebetegarriak ematea?⁸ Zeren nahiz eta batzuek, beren tartean Human Genome Sciences delakoaren zuzendaria den Walter Haseltinek –Condorcet berpiztua!– heriotza, ezabazten joan behar dugun eritasun aurrikusgarrien multzo bat dela baitezatzten duten arren⁹, zahartzaro luzago eta osasuntsuago batek ez digula heriotzarekiko erabateko erantzuna emango eta ez gaituela heriotzaren zartadatik askatuko ere ez genukeela inoiz ahanzi behar uste dut nik. Euskaldunok historian zehar hain-

7. LE FANU, J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Little, Brown, 1999.

8. ERIKSON, E.H. *The Life Cycle Completed: A Review*. New York: WW Norton, 1982.

9. CALLAHAN, D. "Death and the research imperative". *N Engl J Med* 2000; 342. pp. 654-656.

bat aldiz entzun dugu “*Domuit vascones!*” leloa... eta hemen gaude. Eta izango. Ba, heriotzarekin, gauza bera.

Zahartzaroa al da sanital arretaren kostea gehien igotzen duen kondizioa? Ba, ez dirudi adinaren, morbiditatearen eta sanital arretaren kostearen arteko harremana hain zuzena denik. Aldaketa demografikoak badu, noski, bere eragina, bainan kontutan hartzekoak dira ere beste hainbat faktore. Beste batzuen artean, inflazio orokorra bera eta teknologiaren garapen amaigabeak. Medikuntzan “berria”, beti garestiago ohi da eta maneiuz konplexuago, eta honek arreta garestiagotu egiten du¹⁰. Ikerketa batek 80 urtetik gorakoen taldearen sanital arretaren kostea gazteago diren zaharrena baino merkeagoa dela frogatu du¹¹. Eta badirudi kostea gehien igotzen duena zahartzaroa bera baino, bizitzaren amaiera dela (zein adinetan ematen den funsgabea delarik), eta pertsona baten sanital gastuaren %25-40a bere bizitzaren azken bi urteetan gertatzen dela¹², nahiz eta kontrako daturik aipatzen duen ikerketarik badiren ere¹³.

Dena dela, sanital arreta mugatu –murriztu– egin behar dela defendatzen duten hainbat abots entzun ahal da. Oraindik gutti, egia da. Nik neuk, arreta medikoen mugapen sozial eta politikoa aipatzen dudanean, potentzialki onuragarriak izan arren, dauzkagun errekurtsioak mugatuak direlako sanital politikaz mugatu behar diren neurrien murrizketaz ari naizela argitu nahi dut. Mota honetako edozein mugapenak, demokrazia deliberatiboak esijitzen dituen oinarritzko baldintza minimoak bete beharko lituzke, arrazonagarritasunaren erantzukizunaz burutua izan dadin¹⁴⁻¹⁶:

1. Bere beharra frogatua behar du izan;
2. Guztion ongizaterako zuzendua behar du izan;
3. Guztientzat sanital arreta maila minimo bat eta bizi kalitate minimo bat segurtatu behar ditu;
4. Guztiei aplikatu behar zaie, bainan ez denei neurri berean, lehentasun etikoa emango behar baitzaie gizartean kaltetuenei;
5. Prozesu ireki, zabal, plural, eta deliberaziozko baten ondorio behar du izan;

10. GREENBERG, I.; CULTICE, J.M. “Forecasting the need for physicians in the United States: the health resources and services administration’s physician requirements model”. *Health Serv Res* 1997; 31. pp. 723-737.

11. PERLS, T.T.; WOOD, E.R. “Acute care costs of the oldest old: they cost less, their care intensity is less and and they go to nonteaching hospitals”. *Arch Intern Med* 1996; 156. pp. 754-760.

12. WEEL, C. van; MICHELS, J. “Dying, not old age, to blame for costs of health care”. *Lancet* 1997; 350. pp. 1159-1160.

13. COHEN, G.; BINSTOCK, R.; LYNN, J.; LUBITZ, J.; NEVELOFF-DUBLER, N.; PELLEGRINO, E. et al. *Seven deadly myths: uncovering the facts about the high cost of the last year of life*. Alliance for Aging Research, Washington, DC, May 1997.

14. GUTMANN, A.; THOMPSON, D. *Democracy and disagreement*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

15. DANIELS, N.; SABIN, E. “Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers”. *Phil Pub Affairs* 1997; 26. pp. 303-350.

16. DANIELS, N.; SABIN, E. “The ethics of accountability and the reform of managed care organizations”. *Health Affairs* 1998; 17. pp. 50-69.

6. Ez du bidegabeko diskriminaziorik sortuko; eta
7. Ondorio kaltegarrien kontrol eta jarraipen eraginkorra beharko du.

Baldintza guzti hauk beteko balira, agian, medikuntza ez litzateke erabili behar bizitzaren amaigabeko luzapena lortzeko, baizik eta batez ere “bizi tarte natural” bat lortzeko, eta sufrimedua ezabatzeko¹⁷. Eta “bizi tarte natural” aipatzen dudanean, norberaren bizi ahalbideak globalki beteak izan diren gunea aipatu nahi dut, bere ondoren heriotza gertakizun triste bat bai, bainan garai berean, erlatiboki onargarria gerta daitekeelarik.

Nahiz eta zaharrengan mekanismo homeostasiko ugari konprometiturik izan, jeneralean aldi berean trata daitezke, eta alterazio bakoitzaren hobakuntza txikiek globalki egundoko onurak ekoizten dituzte. Arrazoi hauengatik prebentzioa eta tratamendua zaharrengan gazteengan baino eraginkorragoak gerta daitezke¹⁸⁻²³.

Hala eta guztiz ere, adinaren erabilera errekurtsoen murrizketa sozialerako tresna guztiz baliogarria izan daiteke^{24,25}. Mugapen horretarako ziur aski ez da erizpide hobea adina baino²⁸, batzuek defendatzen duten “behar medikuarren” erizpidea askoz abstraktoagoa, anbiguoagoa eta elastikoegia delako. Erizpide unibertuala da, edonork ulertzen duena, eta zaharrentzat beraientzat balia-

17. CALLAHAN, D. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1987.

18. GURWITZ, J.H.; GOLDBERT, R.J.; CHEN, Z.; GORE, J.M.; ALPERT, J.S. “Beta-blocker therapy in acute myocardial infarction: evidence for underutilization in the elderly”. *Am J Med* 1992; 93. pp. 605-610.

19. KRUMHOLZ, H.M.; PASTERNAK, R.C.; WEINSTEIN, M.C.; et al. Cost effectiveness of thrombolytic therapy with streptokinase in elderly patients with suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 327. pp. 7-13.

20. BUTLER, J.C.; BREIMAN, R.F.; CAMPBELL, J.F.; LIPMAN, H.B.; BROOM, C.V.; FACKLAM, R.R. “Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy: an evaluation of current recommendations”. *JAMA* 1993; 270. pp. 1826-1831.

21. MULROW, C.D.; CORNELL, J.A.; HERRERA, C.R.; KADRI, A.; FARNETT, L.; AGUILAR, C. “Hypertension in the elderly: implications and generalizability of randomized trials”. *JAMA* 1994; 272. pp. 1932-1938.

22. GOVAERT, T.M.E.; THIJS, C.T.; MASUREL, N. “The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial”. *JAMA* 1994; 272. pp. 1661-1665.

23. SIVENIUS, J.; RIEKKINEN, P.J. Sr.; LAAKSO, M. “Antiplatelet treatment in elderly people with transient ischaemic attacks or ischaemic strokes”. *BMJ* 1995; 310. pp. 25-26.

24. MOODY, H.R. “Is It Right to Allocate Health Care Resources on Grounds of Age?”, in *Bioethics and Human Rights*, ed. El Bandman & B Bandman, (Boston: Little Brown, 1978).

25. BROCK, D. “Justice, healthcare, and the elderly”. *Phil Pub Affairs* 1989; 18. pp. 297-312.

26. KAMM, F.M. *Morality, mortality*. Vol. 1: Death and whom to save from it. Oxford: Oxford University Press, 1993.

27. WILLIAMS, A. “Intergenerational equity: An exploration of the “fair innings” argument”. *Health Econ* 1997; 6. pp. 117-132.

28. PICKERING, F.L. “Poverty, Age Discrimination, and Health Care”, in *Poverty, Justice, and the Law*, ed. GR Lucas, (Lanham, MD: University Press of America, 1986).

garri izan daitekeena zahartzaroaren hedapen mugagabeen baino bere kalitatearen idealaz konbinatzen bada.

Adinaren erizpidearen kontra zera aipatu da: koste-onura erizpideez lotzen bada, zaharrentzat kaltegarri izan daitekeela, hauek produktiboki beste sektore batzuekin konparatuko balira beti galtzaile aterako liratekeelako²⁹; adinak, erizpide bezala, pertsonen norbanakako aniztasuna eta balioa mehatxupean jar ditzakeelako³⁰; adina, sexoa edo karga genetikoa bezala, pertsonen kontrola ez dezaketen kategoria bat dela eta zuzengabea litzatekeelako zerbait merezi dezaketen ala ez erabakitzeke erbiltzea³¹; zaharren abandonu sozialaren zentzu sinbolikoa izan dezakeelako³²; eta gainera, paziente konkretorearen ongizatearen bilakeraren tradizio mediko etiko osoaren kontra doalako³³.

Nere ustez, aldiz, errekurtsoren adjudikaziorako, adina erizpide gisa erabiltzeak gu guztiok berdin tratatzen gaitu, eta danok eta bakoitzak, produktiboak garen ala ez kontutan hartu gabe, geure bizi tarte naturala lortu behar dugula defendatzen du. Ez du abandonu soziala onartzen, aldiz, zaharren zainketa hobea egitea bilatzen du, ez beren bizitza hedatzea. Ez da kalkulu deshumanizatzaileetan funtsaturiko erizpidea; gune batetik harantz denok errekurtsoren geure parte proportzionala iadanik erabilia izan dugula aldarrikatzen baitu, eta honek ez du ez zaharrak degradatzen ezta beren bizien balioa gutxitzen. Belaualdiak pasatu egiten direla eta heriotza denoi heldu behar zaigula errekonozitzeko era bat besterik ez da. Adina konpartitzen dutela baieztatzeagatik ez ditu ezta ere zaharren arteko ezberdintasunak ahazten. Gizartea da devaluatzen dituenak ez badie adin horretan beren biziei zentzua lortzeko aukerarik ematen.

Erizpide honekin argi eta garbi arbuatzen dena heriotza eta zahartzaroa gaindituak edo ignoratuak izan daitezkeelaren ideia da, eta zaharretaz eta zaharrentzat beren balio propioagatik eta beren kontribuzioengatik ezer esan ez daitezkeelarena.

Arretaren murrizketa ere, banan banan, mediku baten eta bere pazientearen arteko harreman klinikoa erabaki daiteke. Bainan gai honi heldu baino lehen, beharrezkotzat jotzen dut kontzeptu pare bat argitzea. Guztiz ezberdinak dira adina "erizpide mediko" bezala, hots, adina pazientearen beste edozein ezaugarri

29. AVORN, J.L. "Benefit and Cost Analysis in Geriatric Care: Turning Age Discrimination into Health Policy", *NEJM* 1984; 310. pp. 1294-1301.

30. HABER, C. *Beyond Sixty-Five: The Dilemma of Old Age in America's Past*. New York: Cambridge University Press, 1983.

31. "Life-Sustaining Technologies and the Elderly: Ethical Issues", US Congress, Office of Technology Assessment, Biological Applications Program, *Life-Sustaining Technologies and the Elderly* (Washington, DC: OTA, July 1987).

32. CHILDRESS, J.F. "Ensuring Care, Respect, and Fairness for the Elderly", *Hastings Cent Rep* 1984; 14. pp. 27-31.

33. SIEGLER, M. "Should Age be a Criterion in Health Care?", *Hastings Cent Rep* 1984; 14. pp. 24-27.

fisiko gisa tratatzea, eta adina “erizpide biografiko” bezala, hots, pertsona baten historia eta biografiaren garrantzia, bere egoera ez organo multzo bat bezala baikik eta “pertsona” bezala kontutan hartzea.

Adina “erizpide mediko” bezala batez ere tratamenduen pronostikoarekiko erabiltzen da. Bainan alde bi dituen mekanismo problematikoa da. Alde batetik, zaila izaten da adina zahartzaroz aldi berean ematen diren beste kondizio batzuetatik bereiztea. Eta bestetik, zaila izaten da ere zaharren, talde bezala, ezaugarri jeneralak eta edozein zaharraren ezaugarri indibidualetatik bereiztea. Ipar Ameriketako Teknologia Analisisirako Bulegoa den OTAK, argi aipatzen duenez, adina zirkulo bizioso bat bihur daiteke eta ez du tratamenduen ondorioetaz inolako konklusiorik ateratzen uzten:

1. Adinaren gehitzea beharpen fisikoaren posibilitate handiagoaz, komorbiditatearen gehitzeaz, erreserba fisiologiko txikiagoaz eta alterazio kognitiboaz lotzen da. Klinikoki, defizit hauen probabilitatea nabariro gehitzen da 85 urtetik gora; baina

2. Adin kronologikoa bizi laguntza teknika askoren, hots, dialisia, elikadura artifiziala, erresuzitazioa, bentilazio mekanikoa, antibiotikoak, etab., eraginkortasunaren adierazle txarra izaten da; eta bitartean,

3. Eraginkortasun hau gutxitua egon daiteke zaharrengan orokorrean; nahiz eta

4. Arreta eta kontseilu mediku arretatsuago batek eraginkortasun hori hobeko zezakeen; nahiz eta,

5. Edozein kasuan, oso gutxi dakigu tratamenduen erresultatuen diferentzietan zer nolako eragina duen adinak berak eta zer nolakoa zaharren eritasunen larritasun edo prebalentzia gehituek; bainan

6. Klasifikapen sistema batzuetan, hots, Arreta Intentsiboen Unitateetan sartzeko erabiliak izaten direnetan, adin kronologikoa erraz neurtuak izan ez daitezkeen adinari loturik doazen faktoreen indikatzaile bezala erabili ohi da.

Adina “erizpide biografiko” bezala historiari, narratibari, pertsona bat bera izatea egiten duten gertakari guztien multzoari lotzen zaizkio. Zeren eta, pertsona baten adina –adin biologikoa– soilik baldin badakigu, garrantzizko ezer al dakigu pertsona horretaz? Dударik gabe, ez. Adina pertsona batez daukagun ulerpen orokorraren atal bat da, bainan ez da inolaz ere historia osoa. Adinari loturiko seinale askok pertsona horretaz hainbat gauza esango diguten arren, adina ez da dena. Badu bere garrantzia, noski. Judizio mediko oso eta egoki baten beharrezko atal bat izateaz gain, adina –adin biografikoa– pazienteak bere historia propioaz duen jarreraren atal baliagarri eta argitzailea da. Eta garrantzitsuena, nere ustez, hori da, pertsona bakoitza, pertsona bera.

Eta gainera, alternatiba sinplea da: adin biografikoa, hots, pertsonaren historia, desioak eta baloreak kontuan hartzen ditugu eta horrela bere osotasun per-

tsional eta historikoa errespetatu egiten dugu ala mantsuki inperatibo teknologikoaren esklabutasun idolatraren menpe erortzen gara, pertsonaren duintasunaren eta bizi eta heriotz kalitatearen balioak alde batera utziz.

Biziaren azken unean hainbat eta hainbat erabaki har daiteke eta hartu behar da. Tratamentuaz “bukatu arte” jarrai dezakegu, ahalegin terapeutikoa muga dezakegu, edota suizidio lagundua edo eutanasia bera eska dezakegu. Nahiz eta analisi etiko batzuek, heriotza aurrera dezaketen ekintzen artean zeintzu diren onargarriak eta zeintzu ez esateko, “efektu bikoitzaren” eta intentzioaren doktrinak eta laguntza aktibo eta pasiboaren arteko ezberdintasuna erabiltzen dituzten arren³⁴⁻³⁷, nere ustez, ekintza hauen moralitatea erabakitzeko pazientearen zentralitatearen argudioari duen garrantzia ematen diona da jarrearik etikoena eta onraduena³⁸.

Profesionalen arteko kontsentsu teoriko zabalak praxi profesionala ontzat ematen du paziente konpetentearen eskubidea defendatzen duena, oinazea burrukatzen duena, heriotza atzeratzen eta bizitza artifiziaiki prolongatzen ez dituen, eta bizitza biologikoa hedatzen duten tratamenduak pazientearentzat ez direla beti onargarriak sinisten duena. Beti pazientearen borondateaz kontatuz, harreman klinikoan edo testamentu bitalaren bitartez jakinerazi digulako. Testamentu bitalak, berriki onarturiko legeek soluzionatzen ez dituzten hainbat arazo etiko planteiatzen dituen arren³⁹. Bainan etikaren eta legearen arteko konfliktua ez da inoiz guztiz konponduko. Beti izango ahal dugu hor zertan lan egin eta sakondu. Kontzientzia moralak ez baitu inoiz atsedetik aurkitzen.

34. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Good care of the dying patient. *JAMA* 1996; 275. pp. 474-478.

35. The Hastings Center Report. *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying: a report*. Briarcliff Manor, NY: Hastings Center, 1987.

36. American Board of Internal Medicine End of Life Patient Care Project Committee. *Caring for the Dying: Identification and Promotion of Physician Competency*. Philadelphia, Pa: American Board of Internal Medicine, 1996.

37. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1982.

38. MARTÍNEZ, K. “Eutanasia y Cuidados Paliativos: ¿Amistades Peligrosas?”. *Med Clin* 2001; 116. pp. 142-146.

39. MARTÍNEZ, K. “Reflexiones sobre el testamento vital”. *Atención Primaria* 2003; 31. pp. 52-4.