

Eutanasia en el anciano: las cosas lo más claras posibles

Dr. H. Kessel

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Sr. Editor:

He leído con detenimiento el documento que establece la posición de la SEGG «ante la eutanasia»¹, y aunque estoy seguro de que obedece a la necesidad de sumar una opinión técnica sobre el asunto, en un momento en que tal vez la sociedad esté planteándose muchas dudas, y que está lleno de buenas intenciones, considero a título personal y quizá desde mi ignorancia, que presenta varios problemas fundamentales de concepto, que pueden añadir confusión.

El título ya genera al menos dudas. El uso de la palabra «ante» impone consideraciones obviamente más que semánticas. Tratándose de una sociedad científica con gran número de miembros que se desenvuelven en diferentes ámbitos profesionales y, por supuesto filosóficos, quizá hubiera sido más acertado emplear la palabra «sobre».

El señalamiento que vincula la demanda de eutanasia con asistencia sanitaria adecuada es en mi opinión erróneo e infundado. Con independencia de que no he encontrado ningún estudio que vincule la asistencia a la solicitud de eutanasia por los ciudadanos, es obligatorio al hablar del asunto hacer referencia a los sitios donde la eutanasia o el suicidio asistido (no confundamos los términos) son legales. La Oregon Hospice Association ha reportado que en el año 2000 ha mejorado la calidad de los cuidados de los pacientes moribundos en comparación con 1993, porque más pacientes han sido admitidos en sus instituciones², pero en ningún caso se relaciona este hallazgo con las solicitudes de eutanasia o suicidio asistido. La eutanasia como fenómeno social, que no técnico, ya es rara en sí misma, si tenemos en cuenta los informes de Sullivan que cifran las muertes por estos procedimientos en 1 de cada 1.000 en el estado de Oregón, desde 1998 a 2001³.

Tampoco se puede asociar este asunto con la edad avanzada, ni con la población anciana. En cuanto a edad media, de los 3 estudios realizados en los Países Bajos de 1990 a 1996 encuentran una media de los

solicitantes de 62,3 a 65,9 años con una desviación estándar entre 13 y 14⁴.

Y lo que sí me parece un desatino, es exponer que «el ejercicio de dicha libertad requeriría 2 condiciones básicas previas». El ejercicio de la libertad del individuo requiere solamente de la existencia de una democracia y de un marco legal, y lo demás lo pone el individuo.

Desconozco si este documento ha sido elaborado por un grupo de expertos, o por alguna persona encargada, pero arrogarse la opinión de toda una sociedad científica me parece arriesgado y, cuando menos, irrespetuoso. Si la Sociedad se quiere pronunciar propondría una reunión de consenso, una mesa redonda de un congreso (quizá haría falta para muchas cosas), lo colgaría en la web, pero con un foro de debate y no como un documento, o al menos informaría a los socios para que dieran su opinión, porque en este caso, como miembro de ésta, no me siento identificado con estos planteamientos.

Si es necesario reivindicar la asistencia geriátrica en España, hagámoslo bien, juntos y en el contexto adecuado, no mezclando, desde nuestra posición profesional, asuntos que incumben a la decisión del individuo con problemas asistenciales y políticos, aunque estas cuestiones puedan influir. No creo que la asistencia geriátrica, que en España no es un problema de abandono sino de insuficiencia, desconocimiento, falta de voluntad política, y tal vez de acuerdo y unidad entre nosotros, genere el deseo de morir en nuestros pacientes.

La información para la toma de decisiones al final de la vida es importante, y la formación, y los recursos, y la legislación, y las regulaciones, y las garantías, y la educación, y definir qué papel desempeñará cada uno; pero, por encima de esto, siempre estará la decisión del individuo. Sobre todo esto, quizá habría que haberse pronunciado por consenso, mucho más allá de lo expresado en el escueto, fundamental y obvio artículo 3, porque la demanda de eutanasia en la población, Sr. Editor, es un fenómeno demasiado complejo como para asociarlo con el desarrollo de la asistencia geriátrica en España.

Por otra parte, no se hace alusión al resto de las partes implicadas, a favor ni en contra, discusión en la que quizá sí tengamos mucho que decir desde el punto de vista profesional y arbitral. Tampoco se especifica la disposición de la SEGG a participar en posibles debates, como los generados en los congresos de bioética, donde los geriatras escaseamos.

La intención ha sido buena, pero en cuestiones como éstas, tal vez haya que recaudar más opiniones de los expertos, los miembros, y enriquecer los argumentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Posicionamiento de la SEGG ante la eutanasia. ¿Eutanasia en el anciano? Primero una asistencia geriátrica adecuada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:60.*
2. *Hedberg K, Hopkins D, Southwick K. Legalized physician assisted suicide in Oregon. N Engl J Med. 2002;346:450-2.*
3. *Steinbrook R. Physician-assisted suicide in Oregon. An uncertain future. N Engl J Med. 2002;346:460-4.*
4. *Groenewoud JH, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipse B, Willems D, Van der Maas P, Van der Wall G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. N Engl J Med. 2000;342:551-6.*