Posicionamiento de la SEGG ante la eutanasia. Contrarréplica

Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Sr. Editor:

Agradecemos a Kessel¹ y a Álvarez-Fernández² su contribución al debate de la eutanasia. Tras la atenta lectura de sus cartas desearíamos hacer algunas consideraciones.

El 4 de noviembre de 2003 se celebró en el Colegio de Médicos de Madrid una jornada científica sobre «Ética del morir y personas mayores: hacia una asistencia de calidad». Fue organizada por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), a través de su Grupo de Trabajo de Ética y Legislación. Los ponentes fueron expertos de gran prestigio, entre otros, A. Maroto, D. Gracia, J. Sánchez-Caro, J.C. Bermejo y F. Torralba. La asistencia y la participación fueron importantes, y acudieron socios de la SEGG de diferentes partes de España.

Hace algunos meses surgió de forma llamativa el debate sobre la eutanasia en España, en el que opinaron numerosas personas, instituciones, etc. Desde la junta directiva de la SEGG consideramos que también deberíamos aportar alguna referencia al respecto, al margen de la opinión personal de cada uno de sus socios. Teniendo muy en cuenta lo expuesto y mayoritariamente aceptado en los debates de la jornada científica antes señalada, a lo que más adelante se hará alguna referencia, acordamos un «posicionamiento» que se publicó en nuestra gaceta y en esta revista³. En ningún momento se pretendió que fuera un «documento técnico», cuyas características, pretensiones y metodología son bien conocidas por todos. Se trata, como en dicho posicionamiento se recoge, de unas «consideraciones» que creemos que son fundamentales para incluir en este debate. Es comprensible que si cada vez que la junta directiva tiene que opinar sobre un tema de actualidad tuviera que consultar previamente a todos los socios, su operatividad sería bastante pobre; mucho menos aún si se pretendiera unanimidad en el posicionamiento, algo imposible en una sociedad científica como la nuestra, tan amplia, multidisciplinaria y alejada, afortunadamente, del pensamiento único. Y más difícil aún en un tema como la eutanasia con sensibilidades y opiniones tan variadas.

Coinciden ambos autores en señalar que no está clara la relación entre la calidad de la asistencia recibida al final de la vida y la demanda de eutanasia. Es cierto que los

pocos estudios existentes sobre los pacientes terminales ante la eutanasia presentan limitaciones metodológicas importantes (definiciones empleadas, distinción entre las opciones teóricas y reales, selección de muestras representativas, datos de cuestionarios y entrevistas, consideraciones éticas y culturales del país, etc.), lo que limita el valor de sus conclusiones⁴, pero algunos datos sí que apuntan en ese sentido. Así, en uno de los estudios sobre el suicidio asistido en el estado de Oregón (Estados Unidos), donde la eutanasia está prohibida, las solicitudes estaban influidas en un 38% de los casos por la sensación de ser una carga para los demás, y en el 21% por un dolor mal controlado⁵. Volviendo a la jornada antes señalada sobre «Ética en el morir...», Diego Gracia Guillén señaló que «ante la posibilidad de que un paciente diga que quiere morir, los servicios asistenciales deben mejorar la atención a los enfermos. Muchas veces, cuando un paciente comenta su deseo de morir quiere decir que quiere vivir de otra manera. Es fundamental que los pacientes tengan el debido cuidado y si éste no se da ésa es la gran tarea de nuestra sociedad [...] El debate de la eutanasia será un debate marginal y el gran debate es el cuidado a los pacientes terminales. Por ello, la eutanasia deberá verse siempre como una excepción y ése es el consenso al que se está llegando»⁶.

Afirma Kessel¹ que «no se puede asociar este asunto con la edad avanzada, ni con la población anciana» apoyado en datos de los Países Bajos. Estamos de acuerdo, pero los datos holandeses, donde está legalizada la eutanasia y el suicidio asistido, nosotros los interpretamos de forma diferente. Así, el porcentaje de pacientes que recibió eutanasia sobre el total de muertes fue aumentando desde el 1,7% en 1990, al 2,4% en 1995 y al 2,6% en 2001, y la proporción de muertes sin consentimiento del paciente se mantuvo en torno al 0,7%, lo que supone alrededor de 1.000 enfermos al año. El perfil del paciente que recibe eutanasia es oncológico y menor de 65 años (se achaca al escaso desarrollo de programas de cuidados paliativos), y las cifras de muertes por eutanasia en los mayores de 80 años es baja, en probable relación con el amplio desarrollo de la geriatría holandesa y su papel en la atención al final de la vida, centrada en la autonomía del paciente y en la atención adecuada dentro de un concepto de muerte paliativa⁷.

También Kessel¹ califica de «desatino» que nuestro posicionamiento defienda que «la libertad de elección requerirá 2 condiciones básicas previas: información

objetiva, comprensible y completa, y opciones asistenciales posibles como alternativa a la eutanasia, muy especialmente una asistencia sanitaria y social adecuada a sus necesidades, tanto para la persona enferma como para su familia»³. Respetamos pero no compartimos su idea de la libertad; nos parece que la existencia de democracia y de un marco legal son condiciones necesarias pero no suficientes.

Ambos autores insinúan que quieren ver, desde perspectivas diferentes, una intencionalidad antieutanasia, o al menos de no proeutanasia, en el posicionamiento de la SEGG, y eso parece preocuparles. El uso de la palabra «ante» en vez de «sobre» que dice Kessel¹, no ha sido premeditado. Si es cosa del inconsciente no lo podemos saber. Sin duda nuestro posicionamiento pretende priorizar claramente en todas las posibles alternativas a la eutanasia y traduce un temor ante la posibilidad de un desarrollo asimétrico de las distintas opciones asistenciales. Sí, un gran temor si pensamos en la gran fragilidad que tiene gran parte de la población subsidiaria de la atención geriátrica. Afortunadamente no estamos solos en estos miedos que creemos fundados. Así, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos afirma que «el establecimiento de una norma pública permisiva para la eutanasia podría suponer trasladar un mensaje social a los pacientes más graves e incapacitados, que se pueden ver coaccionados, aunque sea silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido, al entender que suponen una carga inútil para sus familias y para la sociedad. Tanto más fuerte sería esta presión cuanto más comprometidas fueran las circunstancias de la enfermedad, o la precariedad de la atención médica y familiar, de tal modo que los pacientes más débiles o en peores circunstancias serían los más presionados a solicitar la eutanasia. Paradójicamente, una ley que se habría defendido para promover la autonomía de las personas se convertiría en una sutil pero eficaz arma de coacción social»⁸.

Quizá lo más sorprendente de las coincidencias de ambas cartas es su crítica por haber utilizado este debate de la eutanasia para hacer una reivindicación del desarrollo de la asistencia geriátrica, máxime cuando ambos autores trabajan en Andalucía, comunidad autónoma donde la geriátría es negada por sus responsables sanitarios, y está a la cola de España, lo que lleva a muchos de los socios andaluces de la SEGG a pedirnos más contundencia en su demanda. Nos cuesta entender el porqué de esta crítica, por supuesto tan respetable como cualquier otra. Creemos que cualquier situación o circunstancia que proceda es buena para persistir en esa reivindicación tan consustancial a la SEGG. Unirla al debate de la eutanasia nos parece de lo más pertinente, como creemos que se puede apreciar en el posicionamiento. Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación terminal, limitación del esfuerzo terapéutico... son conceptos pertenecientes a la asistencia al final de la vida (AFV). Es mucho lo que la asistencia geriátrica, en general, y la geriátría, en particular, puede hacer y decir en la AFV. En ello estamos en la SEGG: se está gestando ya un Grupo de Trabajo sobre AFV, y se está colaborando con otras sociedades científicas implicadas. De las diferentes aportaciones, colaboraciones y opiniones de los socios dependerán sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessel H. Eutanasia en el anciano: las cosas lo más claras posibles. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:254-5.
2. Álvarez-Fernández B. Posicionamiento de la SEGG ante la eutanasia. Réplica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:252-3.
3. Posicionamiento de la SEGG ante la eutanasia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:60.
4. Núñez-Olarte JM. Research on attitudes towards euthanasia in terminally ill patients. *EJPC.* 2003;10:68-71.
5. Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med.* 2002;347:582-7.
6. SEGG. Ética del morir y personas mayores: hacia una asistencia con calidad. *Gaceta de la SEGG.* 2003;2:5.
7. Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet.* 2003;362:395-9.
8. Altisent R, Porta J, Robedeles R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz D, et al. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Med Pal.* 2002;9:37-40.