

Colegio de médicos de Québec. [¿Hacia la muerte a la carta?](#) 10 de mayo de 2017

Apenas un año después de la entrada en vigor de la *Ley sobre los cuidados al final de la vida* en Québec, el Ministro de Sanidad y de los Servicios Sociales acaba de anunciar una reflexión para evaluar la oportunidad de ampliar el alcance de la **ayuda médica a morir (AMM)**; parece en efecto que ya hemos llegado al punto en que queremos ampliar los criterios de accesibilidad.

Recordemos que en Québec el debate se abrió en noviembre 2009, como continuación a la publicación de la reflexión del Colegio de Médicos de Québec. La lógica de los cuidados, apoyada en la búsqueda del cuidado más apropiado a cada paciente, fue la motivación fundamental de la reflexión que llevó a la ley que autorizó la AMM y entró en vigor el 10 de diciembre de 2015. En esta lógica de los cuidados, el legislador quebequense buscó conciliar una lógica de derechos que confirmase que el paciente tenía algo que decir sobre cómo deseaba vivir sus últimos momentos. En consecuencia, la ley le da derecho a unos cuidados de calidad al final de la vida: cuidados paliativos que incluyen la sedación paliativa y, excepcionalmente, en caso de no encontrar alivio con los cuidados usuales, la ayuda médica a morir. La ley estableció también un régimen de directrices médicas anticipadas (DMA) que obligan al médico a respetar las voluntades expresadas por el paciente sobre cinco cuidados específicos¹, en caso de perder la capacidad de expresarse y de encontrarse en una de las dos situaciones clínicas definidas². La ley excluye la AMM de las DMA.

En un poco más de un año, más de 400 pacientes han recibido la AMM en Québec. Este período ha sido, para toda la sociedad quebequense, un período de aprendizaje durante el cual hemos entendido colectivamente que existían criterios de acceso a la AMM y que, cuando estos criterios no se cumplían, las solicitudes de AMM estaban rechazadas. Esta constatación, a pesar de su obviedad, fue brutal para algunos.

Algunos pacientes, en una etapa precoz o intermedia de enfermedades evolutivas tuvieron que enfrentarse a un rechazo. Pacientes discapacitados pero no al final de sus vidas han tenido que decidir morir por ayuno. Y finalmente, más recientemente, una paciente aquejada de demencia, incapaz de expresar su voluntad, habría sido matada por compasión por su cónyuge.

Desde la entrada en vigor de la Ley y particularmente desde el debate sobre el proyecto de ley federal que tuvo lugar después de la sentencia Carter del tribunal Supremo de Canadá, algunas personas evocan “un nuevo derecho constitucional”: el de conseguir la AMM a petición, e incluso de “solicitarla de manera preventiva”, poco tiempo después de recibir un diagnóstico de enfermedad severa o mortal e incluso antes de padecer la incapacidad o las limitaciones temidas. Para algunos, se trata de tener el control sobre su muerte así como de poder elegir el momento y la manera de morir. Se había reservado la AMM para los pacientes en estado de sufrimiento, pero se puede observar la emergencia de un discurso que reclama una forma de muerte a la carta. ¿Es realmente lo que desea nuestra sociedad?

Todos sabemos que por lo menos tres cuestiones no han encontrado respuesta después de la entrada en vigor de las leyes actuales: ¿qué pasa con las personas inaptas, los menores y los que padecen enfermedades mentales? Estos casos no son sencillos. Tal vez haya que aceptar que en estos casos no hay respuestas. La cuestión de las personas inaptas, que estudiará un comité de expertos que creará el ministro el año próximo, es seguramente la más compleja de todas. Se está pensando permitir que las personas todavía aptas emitan unas directrices anticipadas solicitando una AMM aplicable cuando lleguen a un estado de inaptitud. Habría que asegurarse de que la persona determine con claridad la condición médica en la cual desearía recibir la AMM. No es sencillo cuando uno goza todavía de buena salud. Por razones evidentes, esta posibilidad no podría tener el

1 Reanimación cardio-respiratoria, asistencia respiratoria, diálisis, hidratación e alimentación.

2 Final de vida y enfermedad grave e incurable o deterioro severo e irreversible de las funciones cognitivas.

carácter vinculante que poseen las DMA. ¿Cuál sería entonces el protocolo a seguir? ¿Quién determinaría el momento? Medicalmente hablando, las otras condiciones previstas por la ley para las personas aptas deberían también cumplirse, en particular la existencia de sufrimiento, que sin embargo no está siempre presente en todas las etapas de la demencia. Habría que determinar también quién sufriría más del paciente o de su entorno. ¿Qué hacer si, en el momento de la intervención, el paciente, que no sabe lo que le van a hacer, se resiste a las inyecciones? Y finalmente, que se haría con todos los pacientes hoy demenciados y sufrientes que no han podido expresar sus voluntades a tiempo? ¿Qué se diría a todos los que, invocando el principio de equidad, reclamarían hacerles morir por compasión en nombre de una “calidad de vida” subjetiva y tan difícil de evaluar?

Se ve perfectamente, con la situación de las personas inaptas, que ampliar el acceso a la AMM plantea numerosas preguntas que merecerían un debate colectivo y que van más allá de los marcos jurídicos actuales, incluso de la sentencia Carter. ¿Por qué y hasta dónde instaurar nuevos criterios cuando, sean cuales sean los criterios de admisión a la AMM, siempre habrá excluidos? Si hemos podido observar una cosa a lo largo de los últimos años, es el discurso paradójico que reclama criterios para evitar los abusos y al mismo tiempo pide al médico que actúe como si no hubiese ninguno. Se vive mal con la exclusión y las paradojas, particularmente los líderes de opinión y los cronistas mediáticos que denuncian los rechazos a la AMM y valoran la muerte a la carta “para respetar las elecciones de cada uno”.

Para ellos, ¿qué pasa con la lógica de los cuidados y el “continuum de los cuidados” que fundamentaban la *Ley sobre los cuidados al final de la vida*? Si el objetivo es la eutanasia a la demanda fundamentada en derecho, ¿se sigue hablando de ayuda médica a morir? ¿o simplemente de ayuda a morir? Entonces, ¿qué tiene que ver con esto la profesión médica?

Recordemos que, sin lógica de los cuidados, la intervención del médico no es necesaria. Si la voluntad popular se limita a respetar la voluntad expresada directamente o no por la persona, la sociedad tendrá que considerar lucidamente otras opciones que las que necesitan la participación del médico, y transformar la ayuda médica a morir en una ayuda a morir legalmente autorizada. Podría tomar la forma de un suicidio asistido, gestionado por una empresa privada que trataría directamente con la persona, como en Suiza... ¿Pero es éste realmente el camino que desea seguir la sociedad quebequense?

Lo que impresiona, después del primer año de aplicación de esta ley reconocida como siendo el origen de un “avance importante”, es la rapidez con la cual la opinión pública parece haber considerado que el avance es insuficiente. ¿Estamos realmente en este punto, cuando no hemos todavía asimilado completamente ni la aplicación de los actuales dispositivos ni sus consecuencias?

Debemos tomar el tiempo de reflexionar antes de ir más lejos. No hay urgencia para morir.

Yves Robert, M.D.
Secretario
Colegio de Médicos de Québec