

BETWEEN EUTHANASIA AND THERAPEUTIC OBSTINACY: PALLIATIVE CARE

Roberto Germán Zurriarán

¹ Roberto Germán Zurriarán, Universidad de La Rioja Street/ Magisterio 2, 1º dcha. 26004. Logroño SPAIN,

***Corresponding Author: Roberto Germán Zurriarán**, Universidad de La Rioja Street/ Magisterio 2, 1º dcha. 26004. Logroño SPAIN, Email: roberto.german@unirioja.es

Citation: Between euthanasia and therapeutic obstinacy: palliative care. Am J Pallia Med & Car. 2019; 1(3): 01-11.

Submitted: 06 December 2019; **Approved:** 09 December 2019; **Published:** 11 December 2019

Abstract

The article deals with three “medical” options about the end of a man’s life. The first two, respectively euthanasia and therapeutic obstinacy, are misunderstandings of human nature and dignity at the end of life and do not accept, in the end, that death is a human fact.

That is why, in this article, a third option is advocated: for the medical service of Palliative Care because comprehensively cares for terminally ill patients, with In order that they may lead a full life, within the context of the terminal illness.

Key Words

euthanasia, therapeutic obstinacy, palliative care.

INTRODUCTION

Death is part of human nature and therefore has to happen naturally. Accepting it means that we should prepare properly for the death of other people, but also for ours.

Unfortunately it is not so. If one wanted to “avoid” death as a natural occurrence, he would cease to be a person. Even so, there are two ways to “avoid it”: 1) with euthanasia; 2) with therapeutic obstinacy. These two options are misunderstandings of human nature and dignity at the end of life.

Death places us in the reality of what we are constitutively: limited, finite, weak, fragile beings. Disease and death are obvious signs of this vulnerability. In this sense, it is noticed that for every living being it is as natural to be born as to die.

1. Euthanasia

1.1. Definition

A definition of euthanasia that could be admitted by all (1) is one that defines it as: “Conduct (action or omission) intentionally aimed at ending the life of a person who has a serious and irreversible disease, for compassionate reasons

(this it is, in order to minimize suffering) and in a medical context”.

However, it should be noted that those who favor euthanasia do not usually use this term, but refer to it by putting other denominations “euphemistic”, such as “dignified death”, “help die”, “right to die”... The use of all of them is intended to decriminalize euthanasia, justifying it as a way of preventing the physical suffering of people.

1.2. Euthanasia and “Right to Die”

Another term that is usually used to refer to euthanasia and want to legalize it is the right of the patient to die with dignity (2). The human dignity of the patient would result in the right to freely choose the moment of death itself.

But, in this respect it is necessary to specify:

1) there is no “right to die.” If doctors acted forgetting their professional ethical commitment and putting their medical science at the service of obtaining an end contrary to the current legal system, their action would be unlawful, and of course, it would be against medical ethics. There is no right to commit an evil such as requesting that another take your life.

Cite this article: Between euthanasia and therapeutic obstinacy: palliative care. Am J Pallia Med & Car. 2019; 1(3): 01-11.

2) What exists is the right to life (3), which is, on the other hand, an inalienable and fundamental right, therefore, prior to a legislative concession, and as such, intrinsic to human dignity that is not based on majority determinations. Precisely, human life is the substrate of rights. The right to life derives directly from the dignity of the person.

If the dignity and the right to life are not recognized to every human being, regardless of their state of health, their usefulness ... the attention to incurable and terminal patients, that “collapses” certain health social services and that involves a great investment economic and personal, it would remain in the air.

Euthanasia is justified for the sake of freedom. But one can only speak of the “right to die”, if one starts from a concept of individualistic and solipsist freedom, that is, closed in itself. This conception would erect freedom itself as a source of law and, consequently, individual wishes would be the creators of rights. If a man does not wish to continue living, his will should be respected. From this mistaken conception of freedom the connection of this false “right to die” with the patient’s request or request is based.

Suppressing life means destroying the very roots of freedom. Therefore, it is a mistake to think that there is an all-powerful and egocentric individualist freedom beyond all rational limits. Indeed, freedom is only totally free and human if it translates into individual commitment to do good.

This non-existent right (4) is also defended for the sake of a false understanding of human autonomy. Remember that this is only possible if you have the budget of being alive and knowing that our life is a life given by and for others.

Precisely, individual and social responsibility consists in taking charge of the weak and fragile human life of those who no longer have the capacity to take care of themselves.

Therefore, autonomy does not mean accepting the decision as valid. Certainly, our society has endorsed human rights as basic pillars in such a way that it must protect citizens so that their actions in the field of these rights can be respected.

However, this protection also extends to protecting the individual even from himself, when he intends to violate his own human rights (5). That is why it can be understood that the requirement to treat people respecting their dignity may sometimes mean limiting their decisions that go against their dignity, even if they are carried out autonomously.

If euthanasia were accepted and legalized, where would the autonomy of the doctor, his professional identity and his free decision be? Where would the *lex artis* of the doctor always be called to sustain life and cure or alleviate pain, and never to give death “not even moved by the pressing requests of anyone” (Hippocratic Oath) ?, What place would dialogue and trust between the doctor and the patient occupy, if the particular opinion of the doctor and the *lex artis* of his profession were subject to the wishes of the sick?

Martínez Otero adds other questions of what would happen if the doctor had to fulfill the wishes of the patient or his relatives (6). These questions allow us to glimpse an uncertain horizon for the medical profession and for the doctor-patient relationship.

These questions and statements, which this author asks himself, raise us, among other things, that, if euthanasia is legalized, for the sake of a supposed right to patient autonomy there would only be the same for some citizens, others would lack that right. , that is, the autonomy of the doctor would disappear.

It seems to me that those in favor of euthanasia make an exacerbation of the patient’s autonomy, whose only limitation would be, in any case, that of the legal system without mentioning the *lex artis* of the doctor. This cannot be reduced to a technician who must execute the patient’s own wishes or a legal representative of the same.

Therefore, if the autonomy of the patient is not properly and correctly understood, the doctor becomes, in euthanasic action, the only person responsible for the medical act, relegating the medical staff to a mechanical executor.

If the medical commitment to preserve life is weakened, the “doctors” would also be dedicated to causing death, then the very nature of the medicine and the doctor’s own identity would undergo a profound transformation.

The “doctor” would adopt the role of an amoral technician, who can both end a human life and save it.

If euthanasia were admitted legally, the relationship of trust would be broken, that is, there would be a fear that doctors could make a decision about my life. Thus, euthanasia tragically breaks that relationship, in which the two wills (that of the doctor and that of the patient), through dialogue and respect contribute to the improvement of the patient.

Given these arguments, it can be affirmed that euthanasia is an anti-medical practice, since the end of the health professions is the healing and suppression, as far as possible, of pain, and not causing death.

It has already been said above: we are not an island, nor do we live alone. The actions of others affect us and what each of us does is a guideline for others. His life, and therefore also his death, affects everyone (7).

In short, death is not a right, because it implies the annulment of human life, that is, of being. The right to a „dignified death“ is a contradiction, a euphemism of the word euthanasia to foster a supposed right to kill oneself. If there is a right to life, there can be no duty to kill (8).

1.3. Euthanasia and Patient Request

Euthanasia is also linked to the request or request of the patient.

Those in favor of euthanasia do not usually use the expression „kill with dignity“, but use another, which could be labeled as „more acceptable“: „help“ to those who ask.

Directly link the patient’s request to the concept of human dignity. Invoking (the defenders of euthanasia) the term of human dignity expresses the demand for recognition of the right to a dignified death, (non-existent right (9) that is defended for the sake of a false understanding of human autonomy, that is, not there is the right to take one’s life), which is part of the field of personal privacy.

The euthanasia supporters argue that the decision is in that area and that others must respect it and act according to what one has decided about oneself.

This petition, which those who are against euthanasia call it „requested euthanasia,“ seems to have become an essential element in its philosophical, political and legal justification.

But when euthanasia is requested and linked to the concept of human dignity, is the dignity of the other essential person (whether or not a healthcare professional) to carry out euthanasia being considered?

Do not forget that you cannot kill another person because they have lost their physical health, or for nothing, even if you ask them to, because, otherwise, it would be inciting to kill, which is the same as implicitly saying that human life is worth living if there are a number of conditions.

You cannot ask another person to “help” us or participate in that death, even with medical “help,” because another person is being asked to commit a wrong. Therefore, no one can force anyone to commit evil.

Life, like freedom, is a good of humanity, so they cannot be eliminated even at your own request. No one can ask for death, as no one can voluntarily surrender as a slave (10).

The purported “permission” of euthanasia avoids the key and central issue of this matter: euthanasia involves killing the terminally ill, the elderly, the quadriplegic ... requested by himself, his relatives, or a patient representative.

In fact, article 28.1 of the Code of Ethics and Medical Deontology of the Spanish Collegiate Medical Organization states that:

“The doctor will never intentionally attempt the death of a patient, either by choice, or when the patient or his relatives request it, or by any other requirement. Euthanasia or “homicide for compassion” is contrary to medical ethics”.

On the other hand, many of the people who request to advance their end consider it meaningless to continue living suffering from a serious illness, bedridden all day, or sitting in a wheelchair. Of course, they need others to carry out their intentions.

E. Montero wonders about the true content of the petition. When a patient asks to help him die what he is requesting is that they take away his suffering, give him human warmth, listen to him, accompany him in his last days of life, comfort him and give him more affection (11).

Should euthanasia be admitted at the request of the patient, it would have terrible consequences at the social level (12). Advocating for euthanasia would be a claudication of society.

Then, euthanasia is not a purely private and individual matter. Accepting euthanasia would be unconsciously betting on the failure of society.

In short, a promoted and permitted euthanasia would create distrust of citizens, their families and hospitals.

No one has the right to cause the death of another, to annihilate him so that he ceases to be, even if the “sick” asks for it. And no one (the “sick”) can have the right to require another person to commit an evil.

2. Therapeutic Obstinacy

Being against euthanasia does not mean being in favor of prolonging the agony of the patient. Likewise, being in favor of death happening naturally does not mean being against the administration of a medication that mitigates or alleviates pain.

Therapeutic obstinacy consists in the establishment of treatments with the intention of preventing death, even though there is no hope of cure (13). Basically, it generates unnecessary suffering for the patient.

The doctor, who helps the patient in the trance of his death, has to avoid this form of “over-action” known as therapeutic cruelty or incarnation, therapeutic obstinacy, “dysthanasia” (it comes from the Greek words *dis* and *thanatos* that mean etymologically prolong the death), that is, the use of all disproportionate or extraordinary measures to keep life going out at all costs.

If the treatments tried by the doctor are applied, which are ineffective, they will end up being a serious damage in terms of anguish or tension for him or his relatives. In this case, the patient can request the suspension of said treatments with all legitimate legitimacy (14).

The terminal illness produces those who suffer from it, their family and society from excessive expenses. But this does not mean that it is against therapeutic obstinacy by criteria exclusively of an economic nature. Only a conception of life based on utilitarianism can see these patients not as human beings, but as sources of expenses that do not contribute income;

not as patients, but as absurd overload of meaningless work.

Therefore, reflection on therapeutic obstinacy requires setting limits, because two imperatives conflict: the technician (do everything possible) and the ethical one (not everything that can be done must be done). But not doing everything technically possible is very different to conclude that nothing needs to be done. Quite the opposite; Now they begin a series of very specific care that must be given to the patient and his family.

In this context, the limitation of therapeutic effort (LET) is in accordance with professional health ethics (15). According to the analysis of the individual case of each patient, the limitation of therapeutic effort is a decision that is taken, for a specific case, once we have weighted the clinical information, the personal and social situation and the socioeconomic and health factors.

Therefore, when a treatment qualified by the medical team is suspended as futile or disproportionate and without therapeutic expectations, it does not imply euthanasia, neither active nor passive, but it is a correct bioethical action.

In this regard, article 28.2, the aforementioned Code explicitly states the following:

“In case of incurable and terminal illness, the doctor should limit himself to alleviating physical and moral pain, maintaining as much as possible the quality of a life that is running out, and avoiding undertaking or continuing therapeutic actions without hope, useless or stubborn. He will assist the sick until the end, with the respect that human dignity deserves”.

Therefore, euthanasia and therapeutic obstinacy constitute a medical malpractice and a deontological failure. Neither one extreme nor the other: nor euthanasia understood as the right to die with dignity in a way that implies the duty, on the part of the doctor, to kill “with dignity”, or therapeutic obstinacy, that is, to try to prevent one from dying “when It is your moment.” Both options are not consistent with the deal due to a human being.

However, being against therapeutic obstinacy also does not translate into interrupting the basic care that is due to the patient in similar cases.

Indeed, the will of the patient or his family has a limit: they cannot force the doctor to apply treatments not indicated (such as a contraindicated sedation), but neither can the doctor withdraw food and hydration to the patient when care is being provided, that they are basic.

3. Palliative Care

3.1. Definition

The World Health Organization (O.M.S) defined Palliative Care in 2002:

“As the approach that improves the quality of life of patients and family members who face the problems associated with life-threatening diseases, through the prevention and relief of suffering through the early identification and impeccable evaluation and treatment of pain and other physical, psychological and spiritual problems”.

The Palliative Care medical service treats the terminally ill in an integral and individualized way with the objective of providing physical, psychological, social, spiritual and religious well-being (not only the absence of physical illness) and their families (16).

In order to provide comprehensive care of these dimensions, close cooperation of multidisciplinary teams is required, which can include health professionals, social workers, occupational therapists, psychologists, ethics experts, spiritual advisors, lawyers and volunteers.

Under this definition, disease and pain, as an expression of the limitation of human beings, are not purely physical matters. Therefore, a medicine that fights exclusively against physical illness is not enough, but a medicine that treats the disease from human reality in all its integrity is required: this is what the medical area of Palliative Care is dedicated to.

Therefore, among Euthanasia, Therapeutic Obstinacy and Palliative Care, the latter are the most humane way to die, because they establish principles and values in the health system focused on the needs and demands of the sick and their families.

3.2. Palliative Care: ethical solution according to human dignity

The option more in line with the dignity of the human being, which everyone says they want to safeguard, is in palliative medicine, because this “new” medical area is based on

respect for human dignity in care.

This medical service considers the patient as a human being until the moment of death, hence their participation in decision making through a close and sincere relationship with the care team.

But for there to be a real decision-making process, communication with the family is essential, which is a fundamental therapeutic instrument, but it is also essential that there be communication between the members of the health team.

For all these reasons, Palliative Care is the best way to help the patient die, not “helping” him to end it. In a nutshell, palliative medicine is not intended to cause death or delay it, but rather constitutes the assistance option compatible with dying with dignity in a humanized context. To alleviate is to mitigate suffering, reaffirming the importance of life, but accepting that death is a human reality.

The option for Palliative Care is precisely what the doctor can ethically do as a doctor.

Also, doctors and their team have the “opportunity” to present their more human face in front of the patient who lives in a dramatic situation close to death.

Hence, the responsibility of the Palliative Care medical team is greater, never forgetting that they are attending to a human being and not a thing. In order to carry out this responsibility, it is necessary that this medical team, as necessary ethical attitudes, of purely existential admiration before that weakened human being who demands respectful protection and care (17); and spend time listening to the terminally ill.

These two attitudes must be present in all the members that make up the health team of Palliative Medicine.

Conclusions

1. Dying is constitutive of human nature. But there are two realities that falsify it: euthanasia and therapeutic obstinacy. Two erroneous options that do not accept the human reality of death (the first advancing it and the other delaying it).

From the philosophical and ethical point of view of medicine itself, both are rejected, because they threaten human dignity at the end of life and good clinical practice.

Cite this article: Between euthanasia and therapeutic obstinacy: palliative care. Am J Pallia Med & Car. 2019; 1(3): 01-11.

2. It is a mistake to consider euthanasia, as an exclusively individual right, because its social dimension and its impact on the protection of the common good are lost.

3. It is also a mistake to deny the reality of the impending situation of death or to flee from the inevitable, stubbornly seeking every possible intervention, no matter how disproportionate it may be.

4. However, Palliative Care rescues the human in the terminal patient. These respond, fully, to the inevitable human situation of dying, and manifest, at the same time, our humanity.

ENTRE LA EUTANASIA Y LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA: LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Resumen

El artículo trata sobre tres opciones “médicas” sobre el final de la vida del hombre. Las dos primeras, la eutanasia y la obstinación terapéutica, respectivamente, son comprensiones erróneas de la naturaleza y dignidad humanas al final de la vida y no aceptan, en el fondo, que la muerte sea un hecho humano.

Por eso, se aboga en este artículo por una tercera opción: por los Cuidados Paliativos porque atiende integralmente a los enfermos en fase terminal, con el fin de que puedan llevar una vida plena, dentro del contexto de la enfermedad terminal.

Palabras clave: eutanasia, obstinación terapéutica, cuidados paliativos.

Introducción

La muerte forma parte de la naturaleza humana y por ello tiene que acontecer de forma natural. Aceptarla supone que deberíamos prepararnos apropiadamente para la muerte de las otras personas, pero también, para la nuestra.

Lamentablemente no es así. Si se quisiera “evitar” la muerte como un hecho natural, se dejaría de ser persona. Aun así, hay dos formas de “evitarla”: 1) con la eutanasia; 2) con la obstinación terapéutica. Estas dos opciones son comprensiones erróneas de la naturaleza y dignidad humanas al final de la vida.

La muerte nos sitúa en la realidad de lo que constitutivamente somos: seres limitados, finitos, débiles, frágiles. La enfermedad y la muerte son signos evidentes de esta vulnerabilidad. En este sentido, se advierte que para

todo ser vivo es tan natural nacer como morir.

1. La Eutanasia

1.1. Definición

Una definición de eutanasia que podría ser admitida por todos (1) es aquella que la define como: “Conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas (esto es, con el fin de minimizar el sufrimiento) y en un contexto médico”.

Sin embargo, hay que señalar que los que están a favor de la eutanasia no suelen utilizar este término, sino que se refieren a ella poniéndole otras denominaciones “eufemísticas”, como “muerte digna”, “ayudar a morir”, “derecho a morir” ...El uso de todas ellas tiene como finalidad despenalizar la eutanasia, justificándola como manera de impedir el sufrimiento físico de las personas.

1.2. Eutanasia y “Derecho a Morir”

Otro término que se suele utilizar para referirse a la eutanasia y querer legalizarla es el derecho del enfermo a morir con dignidad (2). La dignidad humana del enfermo se traduciría en el derecho a elegir libremente el momento de la propia muerte.

Pero, a este respecto hay que puntualizar:

1) no existe un “derecho a morir”. Si los médicos actuaran olvidando su compromiso ético profesional y poniendo su ciencia médica al servicio de la obtención de un fin contrario al actual ordenamiento jurídico, su actuación sería antijurídica, y por supuesto, estaría en contra de la ética médica. No existe un derecho para cometer un mal como es solicitar que otro te quite la vida.

2) Lo que existe es el derecho a la vida (3), que es, por otra parte, un derecho irrenunciable y fundamental, por lo tanto, anterior a una concesión legislativa, y como tal, intrínseco a la dignidad humana que no se basa en determinaciones de las mayorías. Precisamente, la vida humana es el sustrato de los derechos. El derecho a la vida se deriva directamente de la dignidad de la persona.

Si la dignidad y el derecho a la vida no se reconocen a todo ser humano, independientemente de su estado de salud, de su utilidad... la atención a enfermos incurables y terminales, que “colapsa” determinados servicios

sociales sanitarios y que supone una gran inversión económica y de personal, quedaría en el aire.

La eutanasia se justifica en aras de la libertad. Pero solo se puede hablar de “derecho a morir”, si se parte de un concepto de libertad individualista y solipsista, esto es, cerrado en sí mismo. Esta concepción erigiría la propia libertad en fuente del derecho y, en consecuencia, los deseos individuales serían los creadores de derechos. Si un hombre no desea continuar viviendo, habría que respetar su voluntad. Desde esta equivocada concepción de libertad se fundamenta la vinculación de ese falso “derecho a morir” con la solicitud o petición del paciente.

Suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad. Por lo tanto, es un error pensar que existe una libertad individualista todopoderosa y egocéntrica fuera de todo límite racional. En efecto, la libertad sólo es totalmente libre y humana si se traduce en el compromiso individual para hacer el bien.

Este inexistente derecho (4) también se defiende en aras de una falsa comprensión de la autonomía humana. Hay que recordar que esta sólo es posible si se cuenta con el presupuesto de estar vivos y de saber que nuestra vida es una vida dada por y para otros.

Justamente, la responsabilidad individual y social consiste en hacerse cargo de la vida humana débil y frágil de quien ya no tiene capacidad de cuidar de sí mismo.

Por tanto, la autonomía no significa aceptar como válida la decisión. Ciertamente, nuestra sociedad ha hecho suyos como pilares básicos los derechos humanos de tal forma que debe proteger a los ciudadanos para que puedan ser respetadas sus actuaciones en el ámbito de estos derechos.

Ahora bien, esta protección se extiende también a proteger al individuo incluso frente a sí mismo, cuando pretenda vulnerar sus propios derechos humanos (5). Por eso puede entenderse que la exigencia de tratar a las personas respetando su dignidad, podrá significar, en ocasiones, limitar sus decisiones que vayan en contra de su dignidad, aunque se lleven a cabo autónomamente.

Si se aceptara y legalizara la eutanasia, ¿dónde quedaría la autonomía del médico, su identidad profesional y su libre decisión?, ¿Dónde quedaría la *lex artis* del médico llamada siempre a sostener la vida y a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (Juramento Hipocrático)?, ¿Qué lugar ocuparía el diálogo y la confianza entre el médico y el paciente, si se supedita la opinión particular del médico y la *lex artis* de su profesión a los deseos del enfermo?

Martínez Otero añade otros interrogantes de lo que pasaría si el médico tuviese que cumplir los deseos del enfermo o sus familiares (6). Estos interrogantes permiten vislumbrar un horizonte incierto para la profesión médica y para la relación médico-paciente.

Estos interrogantes y afirmaciones, que este autor se hace, nos plantean, entre otras cosas, que, si se legaliza la eutanasia, en aras de un supuesto derecho a la autonomía del paciente sólo existiría el mismo para algunos ciudadanos, otros carecerían de ese derecho, es decir, la autonomía del médico desaparecería.

Me parece que los que están a favor de la eutanasia hacen una exacerbación de la autonomía del paciente, cuya única limitación sería, en todo caso, la del ordenamiento jurídico sin hacer mención de la *lex artis* del médico. No se puede reducir a éste a un técnico que debe ejecutar los propios deseos del enfermo o de un representante legal del mismo.

Por eso, si no se entiende debida y correctamente la autonomía del paciente se convierte al médico, en la acción eutanásica, en el único responsable del acto médico, relegando al personal sanitario a un ejecutor mecánico.

Si se debilita el compromiso médico de preservar la vida, los “médicos” se dedicarían también a provocar la muerte, entonces la naturaleza misma de la medicina y la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. El “médico” adoptaría el papel de un técnico amoral, que tanto puede poner fin a una vida humana como salvarla.

Si la eutanasia fuese admitida legalmente, la relación de confianza quedaría rota, esto es, existiría el miedo a que los médicos pudieran tomar una decisión sobre mi vida. De este modo, la eutanasia rompe de manera

trágica esa relación, en la que las dos voluntades (la del médico y la del paciente), a través del diálogo y del respeto contribuyen a lograr la mejoría del enfermo.

Dados estos argumentos se puede afirmar que la eutanasia es una práctica anti-médica, pues el fin de las profesiones sanitarias es la curación y la supresión, hasta donde es posible, del dolor, y no causar la muerte.

Ya se ha dicho más arriba: no somos una isla, ni vivimos solos. Las acciones de los demás nos afecta y lo que hace cada uno de nosotros es pauta para otros. Su vida, y por lo tanto también su muerte, afecta a todos (7).

En definitiva, la muerte no es un derecho, porque supone anulación de la vida humana, es decir, del ser. El derecho a una “muerte digna” es un contrasentido, un eufemismo de la palabra eutanasia para fomentar un supuesto derecho a matarse. Si hay un derecho a la vida, no puede haber un deber de matar (8).

1.3. Eutanasia y Petición del paciente

La eutanasia viene unida también a la petición o solicitud del paciente.

Los que están a favor de la eutanasia tampoco suelen utilizar la expresión de “matar dignamente”, sino que utilizan otra, que se podría tildar como “más aceptable”: “ayudar” a quien lo pide.

Vinculan directamente la petición del paciente al concepto de dignidad humana. Invocando (los defensores de la eutanasia) el término de dignidad humana se expresa la demanda de reconocimiento al derecho a una muerte digna, (derecho inexistente (9) que se defiende en aras de una falsa comprensión de la autonomía humana, esto es, no existe el derecho a quitarse la vida), el cual se enmarca en el ámbito de la intimidad personal.

Los valedores de la eutanasia sostienen que la decisión se sitúa en ese ámbito y que los demás deben respetarla y actuar conforme a lo que uno ha decidido sobre sí mismo.

Esta petición, que los que están en contra de la eutanasia la denominan “eutanasia solicitada”, parece que se ha convertido en un elemento esencial en la justificación filosófica, política y jurídica de la misma.

Pero cuando se solicita la eutanasia y se vincula al concepto de dignidad humana, ¿acaso se está pensando en la dignidad de la otra

persona imprescindible (sea o no un profesional sanitario) para llevar a cabo una eutanasia?

No hay que dejar de lado que no se puede dar muerte a otra persona porque haya perdido la salud física, ni por nada, aunque te lo pida, porque, de lo contrario, sería incitar a matar, que es lo mismo que decir implícitamente que la vida humana merece la pena vivirse si se da una serie de condiciones.

No se puede pedir a otra persona que nos “ayude” o participe en esa muerte, aunque sea con “ayuda” médica, porque se está pidiendo que otra persona cometa un mal. Por tanto, nadie puede obligar a nadie a cometer un mal.

La vida, como la libertad, es un bien de la humanidad, por eso no pueden eliminarse ni siquiera a petición propia. Nadie puede pedir la muerte, como nadie puede entregarse como esclavo voluntariamente (10).

La pretendida “permisión” de la eutanasia elude la cuestión clave y central de este asunto: la eutanasia supone matar al enfermo terminal, al anciano, al tetraplégico.... lo pida el mismo, sus familiares, o un representante del paciente.

De hecho, el artículo 28.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española afirma que:

“El médico nunca procurará intencionadamente la muerte de un paciente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u “homicidio por compasión” es contraria a la ética médica”.

Por otra parte, muchas de las personas que solicitan adelantar su final consideran un sin sentido seguir viviendo aquejados por una enfermedad grave, postrados todo el día en una cama, o sentados en una silla de ruedas. Eso sí, necesitan de otros para llevar a cabo sus intenciones.

E. Montero se pregunta por el verdadero contenido de la petición. Cuando un enfermo pide que le ayuden a morir lo que está solicitando es que le quiten el sufrimiento, le den calor humano, le escuchen, le acompañen en sus últimos días de vida, le consuelen y le den más cariño (11).

En caso de que se admitiese la eutanasia por petición del paciente tendría consecuencias terribles a nivel social (12). Abogar por la

eutanasia sería una claudicación de la sociedad. Luego, la eutanasia no es un asunto meramente privado e individual. Aceptar la eutanasia sería apostar inconscientemente por el fracaso de la sociedad.

En definitiva, una eutanasia promovida y permitida crearía desconfianza en los ciudadanos, en sus familiares y en los hospitales.

Nadie tiene derecho a provocar la muerte de otro, a aniquilarlo para que deje de ser, aunque el “enfermo” lo pida. Y nadie (el “enfermo”) puede tener el derecho de exigirle a otra persona que cometa una maldad.

2. La Obstinación Terapéutica

Estar en contra de la eutanasia no significa estar a favor de prolongar la agonía del enfermo. De igual forma, estar a favor de que la muerte suceda de forma natural no significa estar en contra de la administración de una medicación que mitigue o palie el dolor.

La obstinación terapéutica consiste en la instauración de tratamientos con la intención de evitar la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación (13). En el fondo, genera al enfermo sufrimientos innecesarios.

El médico, que auxilia al enfermo en el trance de su muerte, tiene que evitar esa forma de “sobreactuación” conocida como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica, “distanasia” (procede de las palabras griegas *dis* y *thanatos* que significan etimológicamente prolongar la muerte), es decir, el empleo de todas las medidas desproporcionadas o extraordinarias para mantener a toda costa la vida que se apaga.

Si se aplican los tratamientos intentados por el médico, que se muestran ineficaces, acabarán siendo un grave daño en términos de angustia o de tensión para él o para sus familiares. En este caso, el enfermo puede solicitar con toda legitimidad moral la suspensión de dichos tratamientos (14).

La enfermedad terminal produce a quien la padece, a su familia y a la sociedad unos gastos desmesurados. Pero esto no quiere decir que se esté en contra de la obstinación terapéutica por criterios exclusivamente de índole económica. Solo una concepción de la vida basada en el utilitarismo puede ver a estos enfermos no como seres humanos, sino como fuentes de gastos que no aportan ingresos; no como pacientes,

sino como sobrecarga absurda de trabajo sin sentido.

Por tanto, la reflexión sobre la obstinación terapéutica exige establecer unos límites, porque entran en conflicto dos imperativos: el técnico (hacer todo lo posible) y el ético (no todo lo que se puede hacer se debe hacer). Pero no hacer todo lo técnicamente posible es muy diferente a concluir que ya nada hay que hacer. Todo lo contrario; comienzan ahora una serie de cuidados bien concretos que hay que prestar al enfermo y a su familia.

En este contexto la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es acorde con la ética profesional sanitaria (15). Conforme al análisis del caso individual de cada paciente, la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión que se toma, para un caso concreto, una vez ponderadas la información clínica, la situación personal y social y los factores socioeconómicos y sanitarios.

Por consiguiente, cuando se suspende un tratamiento calificado por el equipo médico como fútil o desproporcionado y sin expectativas terapéuticas, no supone eutanasia, ni activa ni pasiva, sino que se trata de una acción bioética correcta.

[En este sentido, artículo 28.2, el mencionado Código explicita lo siguiente:](#)

“En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad humana.”

Por ello, la eutanasia y la obstinación terapéutica constituyen una mala práctica médica y una falta deontológica. Ni un extremo ni otro: ni la eutanasia entendida como el derecho a morir con dignidad de forma que implique el deber, por parte del médico, de matar “dignamente”, ni la obstinación terapéutica, esto es, intentar evitar que uno muera “cuando es su momento”. Ambas opciones no son acordes con el trato debido a un ser humano.

No obstante, estar en contra también de la obstinación terapéutica no se traduce en interrumpir los cuidados básicos que se deben al enfermo en casos semejantes.

En efecto, la voluntad del paciente o de su familia tienen un límite: no pueden obligar al médico a aplicar tratamientos no indicados (como una sedación contraindicada), pero tampoco el médico puede retirar la alimentación e hidratación al enfermo cuando se le estén facilitando cuidados que son básicos.

3. Los Cuidados Paliativos

3.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) definió los Cuidados Paliativos en el 2002:

“Como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”.

El servicio médico de Cuidados Paliativos atiende al enfermo terminal de manera integral e individualizada con el objetivo de proporcionarle bienestar físico, psicológico, social, espiritual y religioso (no sólo la ausencia de enfermedad física) y a sus familiares (16).

Para que se dé un cuidado integral de estas dimensiones se requiere la estrecha cooperación de equipos multidisciplinares, que pueden englobar a profesionales sanitarios, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, a expertos en ética, a asesores espirituales, a abogados y a voluntarios.

A tenor de esta definición, la enfermedad y el dolor, como expresión de la limitación de los seres humanos, no son asuntos puramente físicos. Por consiguiente, no es suficiente una medicina que luche exclusivamente contra la enfermedad física, sino que se precisa una medicina que trate la enfermedad desde la realidad humana en toda su integridad: y a esto es a lo que se dedica el área médica de los Cuidados Paliativos.

Por lo tanto, entre Eutanasia, Obstinación Terapéutica y Cuidados Paliativos, estos últimos son la forma más humana de morir, porque establecen principios y valores en el sistema sanitario centrados en las necesidades y demandas de los enfermos y sus familias.

3.2. Los Cuidados Paliativos: solución ética acorde de la dignidad humana

La opción más acorde con la dignidad del ser humano, que todos dicen querer salvaguardar, se encuentra en la medicina paliativa, porque esta “nueva” área médica se fundamenta en el respeto por la dignidad humana en la atención.

Este servicio médico considera al enfermo como un ser humano hasta el momento de la muerte, de ahí su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial.

Pero para que haya una verdadera toma de decisiones es imprescindible la comunicación con la familia, la cual es un instrumento terapéutico fundamental, pero también es indispensable que haya comunicación entre los miembros del equipo sanitario.

Por todos estos motivos, los Cuidados Paliativos son la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no “ayudándolo” a terminar con él. En pocas palabras, la medicina paliativa no pretende ni causar la muerte ni retrasarla, sino que constituye la opción asistencial compatible con morir dignamente en un contexto humanizado. Paliar es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad humana.

La opción por los Cuidados Paliativos es precisamente lo que éticamente el médico puede hacer como médico.

Así también, los médicos y su equipo tienen la “oportunidad” de presentar su rostro más humano frente al paciente que vive una dramática situación próxima a la muerte.

De ahí que la responsabilidad del equipo médico de Cuidados Paliativos sea mayor, nunca olvidando que están atendiendo a un ser humano y no a una cosa. Para llevar a cabo esa responsabilidad es necesario que ese equipo médico como actitudes éticas necesarias la de la admiración puramente existencial ante ese ser humano debilitado que reclama una protección y un cuidado respetuosos (17); y que dedique tiempo a escuchar al enfermo terminal.

Estas dos actitudes han de estar presentes en todos los miembros que integran el equipo sanitario de la Medicina Paliativa.

Conclusiones

1. Morir es constitutivo de la naturaleza humana. Pero hay dos realidades que la falsifican: la eutanasia y la obstinación terapéutica. Dos opciones erróneas que no aceptan la realidad humana de la muerte (la primera adelantándola y la otra retrasándola).

Desde el punto de vista filosófico y ético de la propia medicina, ambas son rechazadas, porque atentan contra la dignidad humana al final de la vida y la buena praxis clínica.

2. Es un error considerar la eutanasia, como un derecho exclusivamente individual, porque se pierde su dimensión social y su incidencia en la protección del bien común.

3. También es una equivocación negar la realidad de la situación inminente de la muerte o huir de lo inevitable buscando, obstinadamente, toda intervención posible, sin importar cuán desproporcionada sea.

4. Sin embargo, los Cuidados Paliativos rescata lo humano en el paciente terminal. Éstos responden, de forma plena, a la situación humana inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2002).

(2) Taboada, P. (2000). El Derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*, 1, 92.

(3) La Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Europeo de Roma y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, establece y reconoce en todo individuo el derecho a la vida como inherente a la persona humana.

(4) Marcos Del Cano, AM. (1999). *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*. Madrid: Marcial Pons.

(5) STC 120/1990, de 27 de junio (Fundamento Jurídico 7) y STC 137/1990, de 30 de julio (Fundamento Jurídico 5) en relación a la huelga de hambre de determinados presos del GRAPO.

(6) Martínez Otero, J. (2017). La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*, 94, 330.

(7) Associació Catalana D'estudis Bioètics. (2006). Razones del «sí» a la vida y del «no» a la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 60, 251.

(8) Sánchez Cámara, I. (2018). El sentido de la vida que se acaba. Disponible en: [http:// www.abc.es/opinion](http://www.abc.es/opinion).

(9) Marcos Del Cano, A. M., *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons, Madrid, 1999.

(10) Rodríguez, E. (2000). La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica. *Ars Médica*, 2, 45-57.

(11) Montero, E. (1999). ¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía. *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, 2, 1722-1729; Requena, P. (2017) ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Granada: Comares.

(12) Martínez Otero, J. (2017). La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*, 94, 336 .

(13) La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la obstinación terapéutica como aquella práctica médica con pretensión diagnóstica o terapéutica que no beneficia realmente al enfermo y le provoca un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información. Comité de Ética de SECPAL. (2002). *Medicina paliativa*, 9: (1), 37-40.

También en la Declaración OMC-SECPAL (2015) afirma: “La obstinación terapéutica consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica”.

(14) Código Deontológico Médico, art. 36. Organización Médica Colegial de España.

(15) Echevarría, I. (2010) ¿Eutanasia o limitación legítima del esfuerzo terapéutico? Observatorio de Bioética del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia. *Cuadernos de bioética*, 2, 248-255.

(16) Pascual López, A. Centeno Cortés, C. Gómez Sancho, M. Naval Vicuña, M. (2009) *Manual de Medicina Paliativa*. Pamplona: Eunsa.

(17) García Sánchez, E. (2012). El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuadernos de Bioética*, 77, 135-149.