

**ANUARIO DE DERECHO
ECLESIAÍSTICO DEL ESTADO**

**VOLUMEN XXVIII
2012**

**Vida humana, persona,
dignidad y eutanasia**



Nicolás Jouve de la Barreda

VIDA HUMANA, PERSONA, DIGNIDAD Y EUTANASIA

Nicolas Jouve De La Barreda
Universidad de Alcalá

Anuario del Derecho Eclesiástico del Estado, XXVIII (2012, pp. 297-333

Abstract: The lack of fundamentals with which the human existence or its dignity is being currently considered has contributed to a lessening in the protection of the human life, with practices that allow the manipulation of embryos, the abortion and the euthanasia. The underestimation of what the science says on the beginning of the life in new laws that affect the embryonic and fetal stages is at least surprising, especially if we talk about human life. This blindness is not probably trivial but likely obeys to ideological reasons. Currently, there is a tendency to impose an enhanced individualism and a social insensitivity in the elaboration of certain laws concerning the beginning and final of human life. These try to justify the gravity of censurable facts under the mask of different euphemisms: «therapeutic cloning», «voluntary interruption of the pregnancy», «worthy death». Thus, the «embryo» is transformed into a «conglomerate of cells», the «sex» is «genre», the «contraception» is «reproductive health», and so on. It is obvious that a human individual in existence is a being of the human species and consequently is a person. The human beings occupies a position and has a superior dignity to any other species, due to their corporal and spiritual indissoluble nature, their extraordinary capacities of conscience, reasoning and sense of transcendence, freedom and abilities for the communication and relation with the rest of the humans, other living beings and the environment. In spite of this, at the present moment in the developed countries, when declining the life, it is considered the elimination of the people who suffer or make suffer to those who surround them. The fact is tried to justify with the euphemism of “worthy death” in substitution of “euthanasia” or with the establishment of parameters to evaluate the “quality of life”. In this article the scientific principles that sustain the dignity of the human life are exposed in contrast with the arguments that are used for the implantation of laws of euthanasia.

Keywords: Human life, human being, dignity, embryo, person, abortion, euthanasia

Resumen: La falta de fundamento con la que se desestima la existencia humana o su dignidad ha conducido en la actualidad a una relajación y una desprotección de la vida humana, ante prácticas que permiten la instrumentalización de los embriones, el aborto o la eutanasia. La subestimación de lo que dice la ciencia sobre el comienzo de la vida en la elaboración de nuevas leyes que afectan a los embriones o fetos, resulta cuando menos sorprendente, especialmente si nos referimos a la vida humana. Esta ceguera, no es probablemente trivial, sino que verosímelmente obedece a razones ideológicas. Lo cierto es que se tiende a imponer un individualismo exacerbado y una insensibilidad social, que se plasma en la elaboración de leyes concernientes al inicio y final de la vida humana. Se trata de justificar la gravedad de unos hechos inhumanos y censurables mediante la utilización de diferentes eufemismos: «clonación terapéutica», «interrupción voluntaria del embarazo», «muerte digna». De este modo, el «embrión» se transforma en un «conglomerado de células», el «sexo» en «género», la «anticoncepción» en «salud reproductiva», etc. Es obvio que un individuo humano en existencia es un individuo de la especie humana y por tanto es una persona. Ha de añadirse además que la especie humana ocupa una posición que tiene una dignidad superior a la de cualquier otra especie, por su indisoluble naturaleza corpóreo-espiritual, sus extraordinarias capacidades de autoconciencia y razonamiento, sentido de trascendencia, libertad en el obrar, capacidad de comunicación y relación con el resto de las personas y

con su entorno. A pesar de ello, en los países desarrollados y en el momento actual, en una situación próxima a la muerte, se plantea la eliminación por métodos directos o indirectos de la persona que padece o hace padecer a las personas de las que depende. El hecho se pretende justificar con el eufemismo de «muerte digna» en sustitución de «eutanasia» o con el establecimiento de parámetros para evaluar la «calidad de vida». En este artículo se exponen los principios científicos que sustentan la dignidad de la vida humana en contraposición de los argumentos que se esgrimen para la implantación de leyes de eutanasia.

Palabras clave: Vida humana, ser humano, dignidad, embrión, persona, aborto, eutanasia

SUMARIO: *1. Introducción.- 2. La vida humana de principio a fin como base para entender el concepto de persona.- 3. Una aproximación biológica a los conceptos de persona y dignidad.- 4. La eutanasia una agresión a la dignidad de la vida humana.- 5. ¿En qué se sustancia la «calidad de vida»?.- 6. Un caso especialmente ominoso. El aborto eutanásico o eugenésico.- 7. El encarnizamiento terapéutico.- 8. Los cuidados paliativos.- 9. La bioética personalista y la muerte digna.- 10. La eutanasia y el suicidio asistido en las legislaciones de otros países.- 11. La eutanasia en España.- 12. Síntesis conclusiva.*

1. INTRODUCCIÓN

Parece evidente que para legitimar un hecho contrario a la vida humana, como lo es el aborto o la eutanasia, ha de considerarse antes la dimensión ética de los actos que a tal fin se realicen, para ello, es necesario conocer antes los datos científicos y racionalizar su significado. La realidad es que en los países occidentales se está procediendo en sentido contrario. Primero se legisla, muchas veces de espaldas a los datos de la ciencia o bajo determinadas premisas ideológicas y luego se tilda de contrario a la ética cualquier actitud que se oponga a la ley. Pero realmente, cuando se hace esto en relación con el establecimiento de leyes que atañen a la vida o a la salud humana ¿se tiene en cuenta el valor de la vida humana cuya existencia se va a legislar? Y, ¿no va en contra de la ética la eliminación deliberada de una vida humana? Para contestar a esta pregunta es preciso asentar antes los conceptos de vida y «dignidad» en el que se sustenta el valor del ser humano en todas sus dimensiones: biológica, filosófica y teológica. En el presente artículo nos referiremos especialmente a la primera de estas aproximaciones dado que, incluso teniendo mucho en común en su simple materialidad, el ser humano posee unas propiedades que lo diferencian y elevan sobre el resto de las criaturas vivientes. La concepción filosófica y teológica, fruto de la racionalidad y el inherente sentido de trascendencia del ser humano abundan en la especial singularidad y dignidad de cada vida humana.

2. LA VIDA HUMANA DE PRINCIPIO A FIN COMO BASE PARA ENTENDER EL CONCEPTO DE PERSONA

El concepto de persona es central en Bioética pues es la base en la que ha de sedimentarse la consideración de la dignidad y la protección del sujeto a quien se aplique. Hay que empezar señalando que el término persona no es un término biológico, si bien la ciencia, a través de la Genética, la Biología Celular, la Embriología, la Neurobiología y otras áreas de conocimiento, aporta una información muy valiosa que ha de contribuir a fundamentar los enfoques de carácter filosófico, teológico y jurídico. El

papel de la ciencia es importante para definir los términos del problema al aportar los elementos materiales del sujeto al que se refiere el término persona.

Dicho lo anterior, el primer concepto sobre el que los biólogos han aportado el conocimiento necesario para saber a qué nos referimos cuando hablamos de seres humanos, o de cualquier otra especie, es el término vida. La ciencia puede aportar un conocimiento muy valioso en lo que concierne a las propiedades de los seres vivos. Aunque no sea misión de la Biología responder a cuestiones relativas al sentido de la vida, sí lo es el estudio de las propiedades de los seres vivos, mediante el análisis experimental que nos permitirá saber cuándo estamos en presencia de un ser vivo.

Si bien en el análisis de las propiedades de los seres vivos intervienen distintas áreas de la Biología, la mejor aproximación la aporta el campo de la Genética, ya que esta rama de la Biología es la que centra el estudio del fenómeno biológico en torno a dos propiedades comunes a todos los seres vivos: su capacidad de reproducción y su capacidad de evolución a lo largo de las generaciones. Es interesante que nos fijemos en el hecho de que en esta aproximación hay dos perspectivas, una individual: el ser que vive en un momento determinado. y otra temporal, que trasciende al ser para referirse al hecho de que transmite sus propiedades a las generaciones posteriores. Además, esta transmisión puede ir acompañada de modificaciones, que es lo que explica la evolución. Como a nadie se le escapa, estas dos propiedades son antagónicas, porque antagónico es la «conservación» de algo que ya existe, por medio de la herencia (fenómeno genético) y la «variación» de lo que existe, por medio de la mutación (fenómeno evolutivo). Pero ambas son las propiedades esenciales de los seres vivos y las que los diferencian de los objetos inanimados, y ambas tienen su explicación formal en el comportamiento y características de unas moléculas a las que atribuimos el papel central de la vida, las moléculas de los ácidos nucleicos, y en especial del ADN¹.

De hecho, la genética centra su estudio en la molécula de ADN definida a veces como la «molécula de la vida», por su existencia en todos los seres vivientes y por su papel en la transmisión de la información de célula a célula, de padres a hijos, de unas poblaciones a otras y de unas especies a otras a lo largo del tiempo.

Para la biología no existen dudas. La fecundación es un acontecimiento único con un significado biológico tangible que marca el inicio de la vida humana. El cigoto es la primera manifestación corporal de un ser humano. El cigoto recibe genes paternos y maternos, transportados por los gametos en forma de moléculas de ADN. De este modo se genera una información genética nueva y singular, determinante de la vida del nuevo ser, en la que quedan establecidos el sexo y los rasgos biológicos del nuevo individuo que se conservarán a lo largo de la vida. El cigoto supone el inicio en espacio y tiempo de una nueva vida humana², es ya un sujeto humano, es decir una persona. Tras ello, el desarrollo de la vida humana, a través de las etapas embrionarias y fetales, es un proceso en continuidad. El término embrión humano se refiere a las primeras etapas del desarrollo y de la diferenciación desde la fecundación a la octava semana del embarazo. Alcanzado este punto pasa a llamarse feto. Un ser real que existe y vive. Cualquier individuo humano en existencia es un individuo de la especie humana y por tanto es una persona. Los conocimientos de la genética son necesarios para cimentar sin ambigüedad que la vida, como el individuo, es única y que la condición de persona es atribuible ya a partir de la fecundación y se

¹ ADN es la abreviatura utilizada en castellano del ácido desoxirribonucleico (DNA en inglés). Se trata de una larga molécula compuesta por una doble cadena de unidades alternas de azúcar y fosfato. Ensamblada con cada unidad de azúcar hay una de cuatro posibles bases nitrogenadas que se reconocen químicamente dos a dos: adenina con timina y guanina con citosina. La larga molécula se halla empaquetada formando una doble hélice que puede abrirse como una cremallera, de forma que cada uno de los dos filamentos del ADN sirva de molde para la síntesis del filamento complementario. Esto es lo que ocurre cuando los cromosomas se replican durante la división celular. El genoma está formado por una o múltiples piezas de ADN. En el hombre hay 23 pares de cromosomas que contienen unos 21.000 genes.

² La Embriología describe los cambios morfogenéticos por los que va pasando el embrión. Las sucesivas morfologías: cigoto, mórula temprana, mórula tardía, blastocisto y gástrula, no representan un cambio cualitativo en el embrión. Se trata del mismo ser vivo que se encuentra en plena fase de crecimiento organizado, de acuerdo con unas instrucciones que le son propias y que estaban dispuestas para su cumplimiento en el ADN desde la constitución del cigoto.

ha de mantener en cualquier etapa de su vida hasta la muerte. El hilo conductor de la vida es la información genética, constante a lo largo de la vida, distintivo de su identidad por ser distinta para cada individuo y sello invariable de cada ser humano.

Estos conceptos son generales en el conjunto de seres pluricelulares que poseen una organización biológica compleja y un sistema de reproducción sexual similar al humano. En todos ellos, lo que caracteriza individualmente la vida es el reconocimiento de una forma individual integral, no una u otra de sus partes componentes o uno u otro de sus estadios de desarrollo. En efecto, un ser vivo es un todo individual más o menos complejo, integrado por diferentes partes u órganos y que puede pasar por diferentes etapas, cada una de las cuales constituye un momento en la historia de sí mismo. Esta forma integral se define con el término «organismo». Cada organismo puede ser más o menos complejo en su organización física en un momento dado e irá variando de menor a mayor complejidad a lo largo del tiempo. Puede estar compuesta por un número mayor o menor de células, tejidos, órganos o sistemas y pasar por diferentes etapas en su aspecto morfológico, lo que llamamos «fenotipo», pero partiendo de la integridad espacial de sus partes lo que lo caracteriza es su existencia individual a lo largo del tiempo.

La vida de un ser humano es generacionalmente única, tiene un inicio y un final. En todo el ciclo se conserva el «genotipo» -determinado por la información del ADN- y varía el «fenotipo». Esto significa que en la vida hay un proceso, mediante el que van aflorando capacidades que ya estaban determinadas desde el principio, pero que surgen cuando entra en funcionamiento la parte del genoma de la que dependen. Pero el alcance de una capacidad funcional que no existía anteriormente, como el sistema inmunológico, el lenguaje, el razonamiento, la conciencia de sí mismo, la madurez sexual, etc., no supone un argumento para considerar uno u otro de estos momentos como el inicio de la vida. A esto se refería Salvador Luria al señalar que: «*la vida difiere de todos los demás fenómenos naturales en un rasgo fundamental: tiene un programa*»³. El inicio de la vida lo marca la fusión de las células gaméticas para constituir el cigoto, por ser la primera realidad corpórea poseedora de la información genética del individuo que se mantendrá a lo largo de la vida. Al final del ciclo, está la «muerte», determinada por la pérdida irreversible de la capacidad de mantener las funciones vitales, entendiéndose por tales la homeostasis o equilibrio metabólico interno⁴.

Dicho lo anterior podemos tratar de unir los datos que conocemos sobre la realidad biológica de la vida humana con el concepto filosófico de persona. En filosofía hablar de persona significa destacar el carácter único e irrepetible propio de cada vida humana, lo cual coincide plenamente con los datos de la ciencia, que nos demuestra la singularidad, irrepetibilidad e identidad genética, determinada en las moléculas del ADN de cada individuo⁵. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término persona como «*el individuo de la especie humana*» y, por biología, sabemos que lo que mejor identifica a un individuo como perteneciente a una especie concreta es su acervo genético. Este se refiere a la información contenida en las moléculas de ADN, que se configuran de forma singular para cada individuo humano en la fecundación⁶, al quedar constituidas las instrucciones específicas, el programa de que nos hablaba Salvador Luria, de las que depende la naturaleza biológica y la pertenencia a una especie determinada. A lo que la Real Academia de la Lengua se refiere en la

³ S.E. Luria, *La vida, experimento inacabado*. Alianza Editorial, Madrid 1975.

⁴ Hasta no hace mucho, la muerte se asociaba al cese de la actividad cardíaca y de la respiración. Actualmente, gracias a los avances tecnológicos y al mejor conocimiento de la actividad del cerebro, la muerte se asocia a la pérdida de actividad funcional del cerebro, detectable mediante un electroencefalograma.

⁵ Un ser pluricelular y complejo, compuesto de partes diferenciadas organizadas, como es el ser humano, obedece en su desarrollo ontológico a un diseño. Debe existir un programa de desarrollo y un centro coordinador y organizador del mismo. El programa está cifrado en los genes en forma de las secuencias de información del ADN. El centro coordinador es el genoma individual ya que su información es la responsable de que se sucedan de forma armónica las sucesivas fases en la novedad biológica que es cada ser humano.

⁶ Fecundación (=Concepción) es la fusión de dos gametos con n cromosomas en los organismos con reproducción sexual, cada uno procedente de un parental: masculino y femenino. De este modo se reconstruye el nivel de 2n cromosomas. En el caso del hombre, hablamos de espermatozoides y ovocélulas, que son las células gaméticas procedentes de los tejidos germinales de los parentales masculino y femenino, respectivamente. La fusión de las células gaméticas da lugar a la formación del cigoto.

definición de persona es a un ente que posee un acervo genético de la especie *Homo sapiens*, es decir ADN humano.

El conjunto de cualidades propias de la especie humana, adquiridas a lo largo de cientos de miles de años de evolución, constituye nuestra señal de identidad como individuos pertenecientes a una especie biológica, *Homo sapiens*⁷. La unidad de la especie exige la misma consideración y respeto y el reconocimiento de la misma condición para todos sus miembros, pero solo para sus miembros. No tiene sentido atribuir humanidad ni condición de persona a seres de otras especies, con las que existen barreras insalvables de intercambio genético y cultural. Por otro lado, ningún ser humano debe ser excluido de la calificación de persona, pues su estructura biológica le capacita, al menos potencialmente para existir y vivir como un ser humano, de forma consciente.

Por ello, la pretensión de excluir del concepto de persona a individuos humanos por razones étnicas, de sexo, edad o cualquier otra categoría que se quisiera aplicar, o la segregación de individuos particulares por razón de sus facultades físicas o mentales, como proponen quienes defienden corrientes dualistas o utilitaristas, es caer en un grave error, no solo de carácter ideológico, sino fundamentalmente biológico. El ser humano no es un ente abstracto, una idea, sino una realidad que existe y tiene una corporeidad desde la fecundación hasta la muerte. Cualquier individuo humano en existencia es un individuo de la especie humana y por tanto es una persona.

3. UNA APROXIMACIÓN BIOLÓGICA A LOS CONCEPTOS DE PERSONA Y DIGNIDAD

Determinadas corrientes de pensamiento asocian la condición de ser humano a la manifestación de sus capacidades mentales. Pero éstas son paulatinamente adquiridas como consecuencia del desarrollo gradual del sistema nervioso, que a su vez depende de la información genética presente ya en el embrión desde el estado de una célula. Por ello, es importante considerar los datos de la Neurobiología, una rama de la ciencia que se encarga del estudio biológico del sistema nervioso, en conexión con la Genética del Desarrollo. Esta especialidad nos demuestra que el sistema nervioso, al igual que el resto de los sistemas del complejo organismo humano, depende de la información genética constituida en el momento de la fecundación, y tendrá su manifestación en el ser en crecimiento de acuerdo con un programa que regula la expresión de los genes en el momento y lugar del organismo en que toque hacerlo. Habrán de transcurrir al menos tres semanas desde la fecundación para que empiece a organizarse el sistema nervioso central, del que dependerán las capacidades motrices, las facultades intelectuales y como consecuencia el comportamiento humano⁸.

El funcionamiento del sistema nervioso queda patente desde casi el inicio del desarrollo embrionario al constatarse que ya a la quinta semana de la fecundación se ha diferenciado el cerebro y se han formado los hemisferios cerebrales y al observarse que en el embrión, ya hacia la séptima semana, hay movimientos en las piernas y reflejos de sobresalto. Después, el desarrollo del sistema nervioso se irá completando gradualmente a lo largo de la etapa postembrionaria y fetal. Tras el nacimiento se irán desplegando progresivamente las funciones neuronales, dotando al individuo humano

⁷ El concepto moderno de especie se debe a los importantes genetistas y evolucionistas Theodosius Dobzhansky y Ernst Mayr, según los cuales la especie es un grupo natural (o población) de individuos que pueden cruzarse entre sí, pero que están aislados reproductivamente de otros grupos afines.

⁸ El desarrollo del sistema nervioso comienza tras la gastrulación, con la fase de inducción a partir del ectodermo, que es la capa celular externa del embrión. Tiene su primera manifestación en la formación de la llamada placa neural, una lámina plana de células ectodérmicas situada en la superficie dorsal del embrión. Esta placa se pliega dando lugar a una oquedad interna que constituye el tubo neural. La inducción termina en la sexta semana con la formación del tubo neural. Con posterioridad este tubo se compartimentaliza para dar lugar a las distintas partes del sistema nervioso central. Todo transcurre siguiendo las directrices de unos genes reguladores que determinan el inicio de cada etapa del desarrollo. Entre el segundo y cuarto mes de gestación se produce una intensa proliferación celular en la zona más profunda del tubo neural. La parte más caudal del tubo neural dará lugar a la médula espinal y la anterior al cerebro. El segmento anterior va a dar lugar al tallo cerebral, con ocho segmentaciones, de las que se derivará el cerebelo y las diferentes partes del tronco cerebral. La parte más cefálica da lugar a las distintas partes del encéfalo hasta llegar a los hemisferios cerebrales.

de la capacidad de pensar y relacionarse con el medio en el que vive. De esta forma, la capacidad intelectual del recién nacido va aumentando de forma gradual desde el nacimiento, como consecuencia de la información procedente de su entorno en interacción con su propia constitución neurobiológica, que le permitirá procesar los estímulos recibidos, establecer relaciones entre ellos y reaccionar de forma «personal», de modo que poco a poco las acciones razonadas, libremente adoptadas, se van sobreponiendo a las instintivas y reflejas.

Las capacidades mentales, como el conjunto de las características o cualidades originales que definen la personalidad de cada individuo, serán el producto de un largo proceso, que se irá determinando a lo largo de la vida y bajo el influjo del ambiente, entendiendo por tal todo el conjunto de influencias externas derivadas de la educación y relación con el mundo que cada uno vive. Decía David Hume (1711-1766), una de las figuras más importantes de la Ilustración y de la filosofía occidental, que «*la mente es una pizarra vacía en la que la experiencia va grabando sus signos*»⁹.

Lo que es cierto es que en el ser humano conviven dos dimensiones de distinta naturaleza aunque inseparables, una material y otra espiritual. Precisamente esta es la principal de las diferencias entre el hombre y el resto de seres vivos. Al contemplar nuestra propia especie, nos damos cuenta de que nos diferenciamos de todas las restantes formas de vida en la peculiaridad de nuestra realidad corpóreo-espiritual. Lo que es evidente es que cada individuo de la especie humana tiene la capacidad singular de percibir el entorno en que vive y de reaccionar frente a él de forma flexible y personal, y esto se logra mediante la combinación de los elementos materiales de nuestro organismo, la componente biológica de nuestro ser, y la componente espiritual que establece relaciones entre los estímulos recibidos en cada momento con experiencias anteriores y lo traduce en ideas que a su vez determinan las acciones libremente adoptadas. Destacar la espiritualidad inherente al ser humano es subrayar que la persona es un ser racional y la racionalidad es la diferencia específica que en mayor grado distingue a los hombres de los demás individuos sustanciales. La racionalidad (del latín *ratio*, del griego *logos*) indica todas las capacidades superiores del hombre: inteligencia, amor, moralidad y libertad. El ser humano, como ente biológico está inmerso en la naturaleza, con la que guarda relación por su origen evolutivo –materialidad-, pero como ser racional es superior al resto de los seres de la naturaleza –espiritualidad-, al vivir su existencia de forma consciente y ser dueño de sus actos. Cada persona, en virtud de su capacidad de razonar, discernir y tomar sus propias decisiones, es un ente que obra en libertad. El ser humano, lejos de las respuestas automáticas o instintivas que caracterizan a los animales, es un ser racional que puede elegir una respuesta entre diferentes opciones posibles. Corresponde por tanto considerar al ser humano en general, y a cada persona en particular, como el ente de mayor valor y dignidad de la naturaleza. Cada ser humano es un fin en sí mismo y por ello es digno de vivir su propia vida. Por su propia naturaleza nadie tiene derecho a decidir sobre quien es digno de vivir o no.

Todo esto se traduce en el hecho de que cada persona, cada individuo de la especie humana, es consciente de vivir su propia vida, algo que no ocurre en ninguna otra especie de la naturaleza. El no distinguir entre materia y espíritu lleva a confundir el cerebro con la mente y como consecuencia a asociar comportamientos automáticos, casi instintivos, que son dominantes en las restantes especies animales, con manifestaciones del espíritu, como la capacidad de razonamiento, la autoconciencia y el sentido innato de trascendencia, común a todos los seres humanos.

La presencia del espíritu se manifiesta también a través de una propiedad exclusivamente humana que potencia de forma extraordinaria su capacidad de comunicación. Los humanos somos capaces de

⁹ D. Hume. *An Enquiry Concerning Human Understanding*. Harvard Classics Volume 37, P.F. Collier & Son. 1910

comunicarnos por medio de un lenguaje articulado. Este, se caracteriza por la capacidad de una transmisión oral y elaborada de ideas. Hablar significa capacidad de generar mensajes de un contenido potencialmente infinito, que se transmiten por medio de sonidos emanados del tracto superior de la laringe. Esto, solo es posible gracias a un lenguaje de doble articulación. Es decir una comunicación por medio de palabras entendidas como sonidos, de modo tal que las palabras tienen una doble función sonidos con significado y son ideas convertidas en sonidos. Es necesario señalar que el significado lo aporta el enlace de palabras sucesivas, lo que implica una construcción de la mente y una voluntad comunicativa. Por ello conviene añadir que en el lenguaje humano, a diferencia de cualquier otro modo de comunicación en la escala animal, están implicados no solo los órganos anatómicos de la garganta y la boca, sino también el cerebro, especialmente las áreas prefrontales y temporales, siendo la región temporal izquierda donde se sitúa el centro nervioso coordinador del lenguaje.

La espiritualidad de los seres humanos se revela igualmente a través de su presencia dominadora de la naturaleza y del entorno en el que vive. El ser humano ha aprendido a utilizar y modelar su entorno natural, creando ambientes más eficaces y bellos y haciendo más poderosa su propia existencia. Como consecuencia de ello, a la evolución biológica, que se rige por los mismos mecanismos de todas las especies, en el caso humano se añade una evolución cultural, que no tiene que ver con los genes sino con la transmisión de experiencias, la educación, la expresión artística y el aprendizaje. A lo largo de la vida acumulamos, transmitimos e intercambiamos experiencias que pasan a las generaciones siguientes. Algo que ninguna otra especie es capaz de hacer.

Se puede concluir por tanto que desde un punto de vista estrictamente biológico, la especie humana es única, precisamente por la capacidad de razonar, que lleva al hombre a plantearse su origen y su destino, modelar su entorno, modificar el ambiente a su beneficio y explotar a las demás especies biológicas. Es además única en la capacidad para analizar las consecuencias de sus actos y, en función de ello actuar libre y voluntariamente. Es la única especie capaz de transmitir y a la vez recibir ideas, fruto de sus dos cualidades más importantes: el razonamiento y la comunicación por medio del lenguaje.

Todas estas características especiales de los seres humanos evidencian la atribución de un grado de especial dignidad, entendiendo por «dignidad» un concepto que realza el valor especial de un ente. La filosofía destaca el hecho de que cada persona es un ser dotado de «dignidad» ya que es sujeto de su propio existir y obrar y no un miembro más de una especie biológica. La biología refuerza esta idea y apoya la consideración de su especial dignidad frente a los restantes seres vivientes. Cada individuo humano es genéticamente singular y partiendo de esta singularidad cada ser humano es digno por ser capaz de organizar su propia vida y de vivirla consciente y libremente.

Kant describe a la persona por la posesión de una dimensión especial que le confiere una proyección diferente de los objetos de la naturaleza: el mundo de la ley moral de la que dimana la dignidad. La humanidad misma, decía Kant, es digna porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre –ni siquiera por sí mismo– como un medio, sino siempre como un fin, y en ello precisamente estriba su dignidad. Los seres racionales son personas en tanto que constituyen un fin en sí mismos, son algo que no se debe emplear como un mero medio, porque poseen libertad y son distintos de las demás criaturas naturales por su rango y dignidad¹⁰. De acuerdo con Kant, la persona no tiene precio –no es un objeto, una cosa–, sino que tiene valor en sí misma, es decir posee dignidad.

El juicio filosófico más completo del carácter personal desde la concepción y el comienzo de la vida, acorde a la ciencia actual, se debe a Xavier Zubiri (1889-1983)^{11, 12}. Para Zubiri *«toda facultad es potencia, pero no toda potencia es facultad. La inteligencia no es facultad por sí sola, sino que necesita*

¹⁰ I. Kant. *Antropología en sentido pragmático*. Alianza, Madrid, 1991.

¹¹ X. Zubiri. *Sobre el Hombre*. Alianza, Madrid 1986

¹² X. Zubiri. *Estructura dinámica de la realidad*. Alianza, Madrid 1989

estar facultada por las estructuras físico-biológicas que posibilitan y constituyen sistémicamente la inteligencia». Expresado de otro modo, la existencia precede a la inteligencia: «se puede sentir sin inteligir, pero no inteligir sin sentir»... Zubiri afirma que «en el sistema germinal, además de sus notas físico-químicas, están ya todas sus notas psíquicas, inteligencia, sentimiento, voluntad, etc.». Y esto está en perfecta sintonía con lo que nos ha demostrado la Genética en las últimas décadas, si consideramos que el sistema germinal se refiere al cigoto, que posee un genoma individual que contiene ya de forma codificada en el ADN las notas físico-químicas a las que se refiere Zubiri. Los avances de la Genética, la Biología Celular y el resto de las disciplinas biológicas relacionadas, permiten hoy afirmar que el cigoto es la primera realidad del nuevo ser, dotado de suficiencia constitucional. La autoconciencia y el resto de las características del ser humano hasta la configuración de la personalidad, van aflorando de forma gradual en el ambiente familiar, cultural o social en el que se desarrolle, pero siempre partiendo de unos determinantes genéticos establecidos desde la fecundación. Esto lo expresa de forma magistral María Dolores Vila-Coro cuando señala que «el hombre nace hombre, pero aprende a ser humano»¹³ en tanto asume su *filum* histórico o cultural.

Señala también Vila-Coro que el uso del término *persona* desvinculado de *individuo de la especie humana*, ha dado lugar a que no se defina con propiedad lo que es persona¹⁴, y añade que la mejor definición es la que propuso Boecio: «sustancia individual de naturaleza racional»¹⁵. En la misma línea, Juan Antonio Martínez Camino¹⁶ señala que: «la persona no es fundamentalmente un yo pensante (*res cogitans*) con un cierto tipo de relación accidental y de dominio sobre la materia (*res extensa*),... la persona es cuerpo y espíritu indisociablemente». Ramón Lucas, abunda en esta misma idea en su obra «La Bioética para todos», al señalar que: «La persona siempre es la unidad sustancial, compuesta por el organismo material y el alma espiritual»¹⁷.

Según la concepción tradicional cristiana en el hombre existen dos componentes en una única realidad. El cuerpo y el alma, forman un único ser. En la interpretación de Santo Tomás, el alma, poseedora de un *esse* propio, haría partícipe del mismo al cuerpo formando con él un solo ser. Ante las dificultades que plantea el tema de la unión del alma y el cuerpo, el teólogo Ratzinger, hoy Papa Benedicto XVI, postulaba que esta unión ha de ser hipostática, una unión de un único yo con un reparto de papeles entre materiales y espirituales. El alma es creada por Dios y se une desde el principio al embrión producido por la unión de los gametos.

La instrucción *Dignitas Personae* publicada a finales de 2008 por la Congregación para la Doctrina de la fe, señala que «si bien la Instrucción *Donum vitae* (su predecesora), no definió que el embrión es una persona, lo hizo para no pronunciarse explícitamente sobre una cuestión de índole filosófica. Sin embargo, puso de relieve que existe un nexo intrínseco entre la dimensión ontológica y el valor específico de todo ser humano. Aunque la presencia de un alma espiritual no se puede reconocer a partir de la observación de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de la ciencia sobre el embrión humano ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana?»¹⁸. El papa Benedicto XVI el 27 de noviembre de 2010, en la homilía sobre la vida humana naciente, recordaba con el antiguo autor cristiano Tertuliano que: «Es ya un hombre aquel que lo será (*Apologético*, IX, 8); no hay ninguna razón para no considerarlo persona desde la concepción».

Para un biólogo, un científico, resulta incomprensible la propuesta de exclusión de individuos de

¹³ M.D. Vila-Coro, *Introducción a la Biojurídica*. Servicio de Publicaciones, Fac. de Derecho, Univ. Complutense de Madrid, Madrid 1995.

¹⁴ M.D Vila-Coro *La vida humana en la encrucijada. Pensar la Bioética* Ediciones Encuentro, Madrid. 312 págs. (2010)

¹⁵ Boecio. *De persona Christi et duabus naturis*. C.3. PL64, 1343

¹⁶ J.A. Martínez Camino. *Biotecnología y antropología teológica*. En Jouve, N, Gerez, G., Y Saz, J. M. (coord.) *Genoma Humano y Clonación: perspectivas e interrogantes sobre el hombre*. Alcalá de Henares, Aula Abierta, 21, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares 2003.

¹⁷ R. Lucas, R. *Bioética para todos*. Trillas, México DF, 2003

¹⁸ Congregación para la doctrina de la Fe. Instrucción *Donum Vitae*. I, 1: AAS 80 (1988), 78-79.

nuestra especie de personas que temporalmente pueden perder la conciencia de sí mismos o la percepción de su realidad personal, o por razones de estado de desarrollo, ya que, por muy incipiente, dependiente o precaria que sea su existencia, no es necesario que la racionalidad o cualquier otra propiedad del ser humano esté presente en acto, es suficiente con que esté presente en potencia. Un embrión, un feto, un discapacitado mental, un ser humano que duerme o está en coma como consecuencia de un accidente, es un ser humano y por tanto una persona. Es erróneo considerar que ser persona es tener plenas capacidades mentales. Como muy bien señala María Dolores Vila-Coro: «*un individuo no es persona porque se manifiesten sus capacidades, sino al contrario, éstas se manifiestan porque es persona: el obrar sigue al ser; todos los seres actúan según su naturaleza*»¹⁹.

4. LA EUTANASIA UNA AGRESIÓN A LA DIGNIDAD DE LA VIDA HUMANA

Todos los seres vivos son seres mortales. Sabemos que toda vida humana transcurre sin solución de continuidad desde la fecundación y constitución del cigoto hasta la muerte natural y hemos visto que una vida humana, por su propia pertenencia a la especie *Homo sapiens*, está revestida de una dignidad especial.

Si el hombre es digno por su propia naturaleza y esta dignidad atañe por igual a todas las personas, con independencia del estado de desarrollo, edad o salud, cualquier acción encaminada a acabar con una vida humana supone un atentado a la persona a la que se trata de privar de su principal derecho, el derecho a vivir. Atendiendo a su sentido etimológico, eutanasia quiere decir «buena muerte», del griego *eu* (bueno) y *thánatos* (muerte) y se refiere a las acciones encaminadas a acabar con la vida de una persona causada por otra, en principio un profesional de la medicina, a veces sin que medie una petición libre y expresa de quien va a morir, considerando que eso le es un bien. Se hace bajo la suposición de que la muerte es preferible a una vida en sufrimiento. La Asociación Médica Mundial definió la Eutanasia en 1987 como: «*el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente*» y, en enero de 2002, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)²⁰, definió la «eutanasia» como la «*conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico... que puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión*».

La eutanasia, más que por una solución piadosa ante el dolor de un paciente, se justifica muchas veces por otro tipo de razones que van desde el deseo del propio paciente a no seguir viviendo, o de los familiares de no ser testigos de un proceso de agonía indeterminado en el tiempo, o a motivos utilitaristas, medios económicos, evitación de gastos innecesarios y costosos para la sociedad, etc. En la casuística de la eutanasia caben muchas situaciones. Cabe la eliminación de unas personas, por no cumplir un deseo de comodidad o bienestar en un momento dado, o la eliminación de los concebidos no nacidos portadores de enfermedades, aunque no las hayan manifestado todavía y aunque se desconozca su gravedad, o de los recién nacidos malformados, los minusválidos graves, los impedidos, los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes y los enfermos terminales. En cualquier caso todas estas actuaciones son contrarias a la ética, ya que contradicen la imagen de la dignidad de la persona al admitir una decisión contraria a la vida, adoptada por otras personas.

Se suele distinguir entre eutanasia «activa y pasiva» como equivalentes a la diferencia entre «matar y dejar morir», es decir, entre iniciar unas acciones que conduzcan a la muerte de un paciente o permitir

¹⁹ M.D. Vila-Coro. *La vida humana en la encrucijada. Pensar la Bioética* Ediciones Encuentro, Madrid. 312 págs. (2010)

²⁰: R. Altisent Trota y col. (2002). Comité de Ética de la SECPAL «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Medicina Paliativa* Vol. 9: N.º 1; 37-40, 2002

su muerte por la privación de los cuidados necesarios. Sin embargo, para la SECPAL la distinción activa-pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Señala la SECPAL que *«Por un lado tenemos lo que se puede denominar como «permitir la muerte» (evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos); y por otro lado tenemos la eutanasia por omisión. Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto «permitir la muerte» frente al de «eutanasia por omisión», pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias (...). Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia»*

Un ejemplo de eutanasia activa sería la administración de una inyección letal para acabar con la vida del paciente. Es igualmente un acto de eutanasia activa el llamado aborto eugenésico que se practica para eliminar la vida de un feto al que se le han detectado anomalías cromosómicas o genéticas. Un ejemplo de eutanasia pasiva sería el hecho de retirar los cuidados para mantener la vida del paciente, como la no hidratación o la retirada de una máquina de respiración, no alimentar o negar una operación de apendicitis a un niño con síndrome de Down, etc.

La distinción entre eutanasia activa y pasiva, ha supuesto una preocupación mantenida por las Asociaciones de Médicos de distintas partes del mundo, y una necesidad a la hora de establecer el límite de lo éticamente aceptable. Por su parte, la Asociación Médica Mundial ha declarado en repetidas ocasiones que la eutanasia, es contraria a la ética. La Organización Médica Colegial española, que ha revisado recientemente el Código de Deontología Médica²¹, mantiene este mismo criterio y habla de la improcedencia de la eutanasia como acto médico al señalar en el Artículo 36 .1, que: *«el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida»*, y en el Artículo 36.3, que: *«el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste»*.

De este modo, la eliminación sin más de un paciente que no lo ha solicitado por sí mismo se convierte en un «homicidio», sí fuese voluntad del paciente quitarse la vida con la ayuda de otra persona, se calificaría de «suicidio asistido» y si es la propia persona la que voluntariamente se quita vida, estaríamos ante un «suicidio». De todas estas acciones la última queda en la responsabilidad del propio sujeto que se suicida sin implicar a terceras personas. Parece claro que ni el homicidio ni el suicidio asistido caben en un contexto médico, de acuerdo con el citado Código de Deontología Médica. El suicidio es el único caso que responde a un hecho genuino de autodeterminación, pues no pasa la responsabilidad a terceras personas y menos se exige a profesionales de la medicina a practicar algo que iría en contra de su deontología. Es sin duda un hecho grave pero solo involucra a quien lo practica.

Ignacio Sánchez-Cámara, señala que *«cuando se piensa que hay derecho a todo y se eclipsan los deberes... no es extraño que se defienda un extravagante derecho a morir. Con independencia de la debida distinción entre la moral y el derecho, existen fuertes razones para oponerse a la legalización de la eutanasia. La principal es la obligación de la sociedad de respetar y defender, en todos los casos, la vida humana»²²*.

²¹ Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Colegio Oficial de Médicos. Julio 2011, Madrid.

²² I. Sánchez Cámara. *El objetivo de la moral no consiste en promover la «buena muerte», sino en proponer la vida buena*. La Gaceta de los Negocios, 18.3.2007.

En este contexto, convertir la eutanasia en un derecho del paciente y solicitar a un médico que provoque su muerte por muy humanitaria que se pretenda, no solo es un absurdo sino lo diametralmente contrario a su deontología profesional. Nadie tiene derecho a decidir sobre la propia vida o la de otra persona, pero si hubiese que decidir sobre este hecho, los últimos en practicarlo deberían ser los médicos y por extensión el resto de los asistentes sanitarios.

5. ¿EN QUÉ SE SUSTANCIA LA «CALIDAD DE VIDA»?

Sin duda uno de los problemas más delicados y complejos de la práctica de la Medicina es el de la toma de decisiones por parte del médico en el proceso final de la vida humana ¿cómo determinar la expectativa de supervivencia del paciente?, ¿qué tratamiento seguir?, ¿cómo paliar el dolor? En las sociedades postmodernas actuales se trata de imponer criterios «técnicos» ó «utilitaristas» sobre los «éticos» para referirse al valor de la vida humana. Resulta cuando menos extraño que se hable de «calidad de vida», aunque sea en términos clínicos, tras el reconocimiento de que el ser humano posee la máxima dignidad entre los seres vivientes. Más extraño es utilizar este concepto de modo que, en función de unos parámetros físicos o fisiológicos, se deduzca qué vidas son más o menos dignas de ser vividas. Sin embargo, en la práctica, sin duda en contradicción con la *lex artis* médica, se llega a promover la aplicación de fórmulas matemáticas para justificar la calificación de vidas sin valor, que ya no merecen ser mantenidas y que sirven para justificar la omisión de ayuda terapéutica o incluso la provocación directa y activa de la muerte.

La SECPAL advierte que «*es fundamental no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable*» y los códigos penales de muchos países no penalizan la eutanasia pasiva pero sí la activa, considerando toda colaboración a precipitar la muerte de un paciente como una inducción al suicidio (en el Código Penal español, artículo 143²³) o como una forma de homicidio.

La realidad es que actualmente, no existe ningún método infalible que permita predecir que paciente en estado vegetativo o incluso en un proceso de enfermedad grave se recuperará y cuál no podrá lograrlo. En este sentido hay que apostar por una medicina que busque la calidad de la vida pero sometiendo siempre la calidad a la vida y no la vida a la calidad. La vida humana no tiene valor porque tiene calidad sino que tiene calidad porque es vida humana.

Por ello, resulta impropio referirse a la muerte digna, con la única referencia a eliminar el dolor o no prolongar el estado morbosos. La dignidad de la muerte es inherente a cada uno por su propia condición de persona pues es el propio moribundo el que posee dignidad, independientemente de su estado de salud. Cuando se sostiene el derecho a una muerte digna, la reflexión que debemos hacer es si se puede calificar de digna una muerte provocada, o en la se deja al enfermo la decisión de acabar con su vida. Desde una posición individualista, liberal radical, quizá sí, pero desde una concepción antropológica mínimamente interdependiente, en ningún modo. La vida personal es algo subjetivo y desde el punto de vista de una bioética personalista es siempre digna de ser vivida por sí misma. Pero además, las acciones sobre una vida importan a la sociedad en su conjunto, pues lo que se admita en un caso tendrá un reflejo en el conjunto de la sociedad, sometiendo al conjunto de la sociedad a situaciones como las que se adopten en un momento dado.

²³ Artículo 143. 1. «El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años».

6. UN CASO ESPECIALMENTE OMINOSO. EL ABORTO EUTANÁSICO O EUGENÉSICO

Dentro del contexto de la llamada «cultura de la muerte» hay un apartado especialmente doloroso, que es el de la invitación al aborto cuando se detectan posibles patologías en el feto, lo que se ha denominado «aborto eugenésico» o «aborto eutanásico». El conocimiento de la información de los genes humanos por medio del Proyecto Genoma Humano y el avance en las técnicas de manejo de secuencias de ADN para hacer diagnóstico genético, han puesto en las manos de los médicos y biólogos la capacidad de detectar en muestras celulares del feto, alteraciones génicas o cromosómicas. Dado que la dotación cromosómica y la información del ADN del genoma individual se constituye en el momento de la concepción y se mantiene de forma invariable en todas las células del individuo a lo largo de la vida –salvo mutaciones somáticas localizadas–, el diagnóstico molecular o cromosómico se puede hacer en cualquier momento, incluso desde mucho antes de que se manifieste el carácter o la patología en cuestión. Las tecnologías del diagnóstico genético han avanzado mucho, especialmente tras la irrupción de la amplificación del ADN con la denominada Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR)²⁴, la secuenciación²⁵, la posibilidad de cultivar las células *in vitro*²⁶, el análisis cromosómico con bandas y la hibridación *in situ*²⁷. Es decir, hoy es posible practicar un diagnóstico genético en embriones (preimplantatorio), en el feto (prenatal) o tras el nacimiento (postnatal) para una serie de potenciales patologías y cromosopatías. Para el «diagnóstico genético prenatal», existen métodos «no invasores», mediante el análisis de marcadores bioquímicos y moleculares de procedencia fetal en el plasma sanguíneo de la madre; o «invasores», que recurren a una amniocentesis, una intervención para la extracción de células en el líquido amniótico o en las vellosidades coriónicas, de procedencia fetal. Es importante significar que la mera detección de una variación cromosómica o de un alelo alterado de un gen, no nos revelará en muchas ocasiones el grado de expresividad y gravedad que alcanzaría una patología, muy dependiente de factores epistáticos y fisiológicos internos del paciente. También es importante indicar que los métodos invasores conllevan un cierto riesgo para la vida del feto.

De acuerdo con José María Pardo Sáenz, sacerdote, médico y doctor en teología, un diagnóstico genético temprano, durante la gestación, ante la presencia de anomalías múltiples y una presumible prognosis letal, supone una invitación al aborto como «tratamiento de elección» para la discapacidad fetal. En lugar de diagnóstico prenatal debería llamarse «diagnóstico premortal», «violencia prenatal» u «operación de búsqueda y eliminación de los discapacitados»²⁸.

¿Para qué se desea conocer el sexo, la dotación cromosómica o hacer un diagnóstico de la presencia de ciertos genes? En el lado positivo, estaría la aplicación de terapias incluso in útero o los tratamientos farmacológicos correctores de una patología, cuando ello fuese posible. La razón habitual es usualmente distinta y quienes defienden esta práctica eugenésica lo justifican de diferente manera:

- El diagnóstico como avance de la ciencia y de la técnica.
- La búsqueda hedonista de la perfección.
- Compasión del niño, al considerar que una discapacidad mermará su «calidad de vida».
- El niño como producto y no como un fin en sí mismo.

²⁴ La PCR es una técnica de biología molecular desarrolladas en 1986 por Kary Mullis, cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de una única copia de ese fragmento, que se utiliza como molde para sintetizar de forma controlada millones de replicas en un tiempo reducido.

²⁵ La secuenciación consiste en la lectura de las bases nucleotídicas del ADN, que son las que determinan la información de los genes. Actualmente existe técnicas muy precisas y potentes secuenciadores que permiten extraer la secuencia de tramos de ADN en poco tiempo.

²⁶ El cultivo de células humanas en medios extracorpóreos, de modo que se mantienen vivas y en proliferación, facilita su utilización para extraer el ADN o cromosomas necesarios para el diagnóstico.

²⁷ La Citogenética médica ha avanzado mucho en los últimos años merced a la incorporación de técnicas que permiten estudiar con gran detalle el número y la estructura cromosómica. Las bandas y la hibridación *in situ* son técnicas de citogenética molecular que desvelan detalles de la presencia, ausencia o modificaciones de determinadas regiones cromosómicas.

²⁸ J. M. Pardo Sáenz. *El no nacido como paciente*. EUNSA, Pamplona, 2011

- Para evitar roturas familiares.
- Motivos económicos, para evitar costosos tratamientos a la familia
- Las dificultades o problemas sociales derivadas de un hijo discapacitado, para él y la familia.

En España desde la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 12/2010), está autorizado el aborto eutanásico sin límite temporal durante el embarazo, en las circunstancias de detección de una malformación o enfermedad grave en el feto. La Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) hizo una Declaración relativa a esta autorización atribuyendo a un Comité Clínico el papel de certificar cuando un feto padece una enfermedad tan extremadamente grave e incurable que se podría justificar la práctica legal de un aborto a partir de la decimocuarta semana de gestación. Sin embargo, la Asociación de Bioética de España (AEBI) critica esta declaración de la SEGO al aducir que *«puede convertirse en una cooperación necesaria desde la Ginecología y Obstetricia al proyecto eugenésico programado desde la ley»*. En este sentido, el informe de la AEBI señala que *«no corresponde a la Medicina, menos aún a un Comité Clínico, decidir qué es la vida humana ni el nivel de calidad de vida que es necesario alcanzar para poder conservarla»* y recuerda el mandato del Código de Ética y Deontología Médica en vigor, según el cual *«al ser humano embrio-fetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas»* que a los demás pacientes. ¿Cómo calificar a una sociedad que prefiere el aborto y hacer desaparecer una vida no nacida defectuosa?, ¿no estaríamos ante un caso de «homofobia»?

En un estudio realizado en el año 2000 en Gran Bretaña se comprobó que tras el uso masivo del diagnóstico prenatal se habían producido una serie de abortos por defectos físicos que alcanzaba a un 43% de los bebés con fisura palatina (paladar hendido) y al 64% de bebés con pie zambo, a pesar de que su pronóstico es excelente mediante cirugía y tratamiento posterior al nacimiento. En un artículo publicado a finales de 2009 en la revista *British Medical Journal* titulado *«Con los nuevos tests prenatales ¿desaparecerán los niños Down?»* se concluía que el diagnóstico prenatal no cura nada, y que el «aborto eugenésico» no previene ni cura absolutamente nada, sino que hace desaparecer a un niño presente, aunque no nacido, con el agravante de tratarse de un bebé indefenso y afectado por una discapacidad, malformación o enfermedad, en ocasiones con buen pronóstico.

Sirva para terminar este apartado dedicado a la eutanasia prenatal el convencimiento de que las técnicas del diagnóstico prenatal no son infalibles y por lo tanto en muchos casos no se puede predecir con exactitud cómo afectaría una patología a un bebé no nacido en el futuro. Muchas veces la decisión por parte de los progenitores de dejar nacer o proceder al aborto se toma sin saber con certeza cómo afectaría la pretendida patología al niño tras el nacimiento. En bastantes ocasiones, concebidos no nacidos en estado fetal, que habían sido diagnosticados como portadores de deficiencias genéticas de mal pronóstico, nacieron sin la patología anunciada o con un grado de manifestación perfectamente compatible con una vida normal y feliz para sí mismos y sus progenitores, que a pesar de las recomendaciones desearon seguir adelante con el embarazo.

7. EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Situándonos de nuevo en el caso de los enfermos graves sometidos a una atención médica, que exige una serie de tratamientos y cuidados exhaustivos para su mantenimiento, puede llegar a plantearse la idoneidad de éstos, especialmente cuando no se observa la mejoría del paciente. Podríamos encontrarnos en la situación opuesta a la eutanasia. En este sentido se encuentra el llamado «encarnizamiento terapéutico» que la SECPAL define como *«aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un*

sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información». Básicamente consiste en la administración de un tratamiento desproporcionado al obstinarse en suministrar a un enfermo cuidados inútiles o ineficaces para la curación, aumentando las penalidades del curso de la enfermedad, ignorando el equilibrio entre el riesgo y el beneficio de los tratamientos administrados.

Si bien es cierto que la finalidad de la terapia médica es la cura o la mejoría del paciente, mediante la administración de la medicación necesaria, existen momentos en que es aceptable su suspensión o incluso no iniciarla, cuando es previsible que sea inútil y además le cause excesivas molestias. A este respecto señala la Organización Médica Colegial en el Artículo 36.2 del recientemente revisado Código de Deontología Médica²⁹ que: *«el médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables»*. Este es un punto delicado y difícil pues si bien es correcto lo que se significa en la primera parte del artículo, la decisión responsable del médico debe sobreponerse a una voluntad del paciente o a la opinión de las personas a él vinculadas, mientras exista la certeza de la irreversibilidad de un proceso terminal, que como hemos indicado es difícil de evaluar en muchos casos.

De cualquier forma y aun estando de acuerdo con el imperativo deontológico de *«intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible»*, también existe la obligación de valorar la eficacia y necesidad de los medios terapéuticos, de modo que éstos deben corresponderse de forma proporcionada a las expectativas de mejoría. Pueden darse casos concretos de personas conscientes de su situación, en las que es difícil para el médico impedir el dolor y para los familiares aliviarlo. Estas son situaciones difíciles de abordar también desde un punto de vista ético. Ante este escenario, sí la muerte se considera inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. La renuncia a unos medios desproporcionados no equivale a la eutanasia, sino el reconocimiento de un hecho inevitable que debe compartirse con el enfermo y su entorno familiar. Esta es una actuación perfectamente ética y profesional, y la asunción de lo inevitable, sin recurrir a tratamientos inútiles no puede considerarse como eutanasia. Es lo que hoy se califica como *«limitación del esfuerzo terapéutico»*. Desde luego, siempre será importante examinar con sinceridad la intención: preguntarnos si lo que buscamos es *«permitir morir»* y asumir el curso natural de la enfermedad. Tras este reconocimiento la opción a seguir debe ser la del apoyo al paciente mediante los llamados *«cuidados paliativos»*.

En este contexto hay un capítulo que se debe considerar de importancia y que sin embargo se ignora en las leyes que rigen en los países en que se abre paso un pretendido derecho a la autodeterminación en el proceso de la muerte. Se trata de la obligatoriedad de establecer unos cuidados mínimos, de modo que cuando se entra en un proceso de muerte inevitable en un contexto hospitalario, se mantengan los cuidados necesarios para que el proceso de la muerte se deba realmente al propio curso de la enfermedad causante de la misma, sin añadir otros factores que precipitasen el óbito. En un proceso irreversible no hay que alargar la vida innecesariamente, pero hay que dejar que la muerte se produzca de forma natural y sin causar sufrimiento al paciente.

Entre los cuidados mínimos se incluye la alimentación e hidratación, la higiene y el suministro de medicamentos que alivien el dolor y en su caso la respiración asistida. Estos cuidados constituyen las atenciones básicas para todo enfermo que, aun en el caso de que necesitase medios artificiales para ser

²⁹ Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Colegio Oficial de Médicos. Julio 2011, Madrid.

suministrados, no le suponen un sufrimiento adicional. Aquí podríamos recordar el caso de Eluana Englaro la joven italiana que pasó 17 años en estado vegetativo, a la que se le aplicaba una sonda que le llegaba al estómago. En su caso no estaba justificada la suspensión de la alimentación, pues continuar los cuidados mínimos no constituía encarnizamiento terapéutico ni se trataba de una enferma terminal³⁰. Lo que aconteció en la clínica de Udine, en que pasó sus últimos días Eluana, fue un acto de eutanasia en tanto en cuanto se suspendió un cuidado con la finalidad de provocar la muerte. Eluana no falleció por su estado sino por la negativa a suministrarle agua y alimentos. La muerte se produjo a los pocos días de la retirada de la alimentación. Hubo intención de provocar la muerte y este fue el resultado, fue por tanto un caso de eutanasia. Merece la misma calificación el reciente caso de Ramona Estévez, una anciana de 91 años en coma en una clínica de Huelva, en Andalucía, a la que a mediados de Agosto de 2011 se le retiró la sonda naso-gástrica y por tanto la alimentación y la hidratación con la finalidad de acelerar su muerte, aun cuando ésta se suponía en un proceso irreversible. En este caso, se procedió a petición de los familiares incluso en contra de la praxis y el deseo de los médicos. La anciana murió de inanición 14 días más tarde. En casos como estos, en los que con todas las dificultades de pronosticar la duración de la vida, se tiene certeza de que la muerte es un proceso natural inevitable y no hay ni conciencia ni dolor, ¿no es acaso más traumática la muerte por inanición?, ¿es esto muerte digna o desamparo?

8. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En la actualidad en los centros sanitarios de cierta entidad existen unidades especiales de «cuidados paliativos», en los que participan profesionales de diversas especialidades que constituyen un equipo para hacer un seguimiento integral del paciente, mediante el suministro de los cuidados médicos, psicológicos y espirituales, bajo la óptica de que la muerte es un proceso natural y el fin irremediable de la vida humana. Se trata de ofrecer un soporte médico justo al enfermo y atender a su entorno familiar, eludiendo la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico y proporcionándoles todo lo que sea humanamente posible en las dimensiones física, psíquica y espiritual. Entre los cuidados médicos se atiende especialmente el suministro de los cuidados mínimos, sin pérdida de conciencia o acortamiento de la vida. En el aspecto psicológico se considera fundamental la comunicación del médico con el paciente y la familia sobre el proceso de la enfermedad y, en su caso, se añade el apoyo de un especialista. Finalmente en el aspecto espiritual ha de atenderse la voluntad del enfermo proporcionándole la presencia de quien el desee le conforte en el tránsito hacia una muerte inevitable de forma natural y en paz consigo mismo, de acuerdo con sus creencias religiosas.

Los servicios de cuidados paliativos implican un cuidado especial del entorno familiar del enfermo, hasta el punto que se considera a este y a su familia conjuntamente, como la unidad a tratar. De algún modo la experiencia indica que la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo. Es particularmente significativo sobre la importancia de los cuidados médicos, psicológicos y espirituales, lo que señala la Guía de la SECPAL acerca de los últimos días de un enfermo terminal: *«No debemos olvidar que el enfermo, aunque obnubilado, somnoliento o desorientado también tiene percepciones, por lo que hemos de hablar con él y preguntarle sobre su confort o problemas (¿descansa bien?, ¿tiene alguna duda?, ¿qué cosas le preocupan?) y cuidar mucho la comunicación no verbal (tacto) dando instrucciones a la familia en este sentido. Se debe instruir a la familia para que eviten comentarios inapropiados en presencia del paciente. Hay que interesarse por las necesidades espirituales del enfermo y su familia por si podemos facilitarlas (contactar con el sacerdote, etc.)».*

³⁰ Esto es un punto esencial del Documento de la Academia Pontificia de la Vida y la Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos, que señala que “Al paciente en estado vegetativo de ningún modo se le puede considerar un enfermo terminal, dado que su condición puede prolongarse de forma estable incluso durante períodos de tiempo muy largos”.

Los cuidados paliativos tienen por misión aplicar las curas y tratamientos adecuados para aliviar los síntomas que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear sedantes o analgésicos en la dosis adecuada, aunque de ello se pudiera derivar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está considerado como moralmente aceptable en la praxis médica, siempre que medie un consentimiento explícito, implícito o delegado. Es una actuación perfectamente ética y profesional, y distinta de la eutanasia, si se utilizan las dosis adecuadas y la intención no es provocar la muerte. La Organización Médica Colegial aprobó en febrero de 2009 una Declaración sobre «Ética de la sedación en la agonía», que entre otros puntos señala que *«la frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica»*. El nuevo Código de Deontología de la Organización Médica Colegial española recoge esta práctica, de la que en su artículo 36.5 indica: *«La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado»*³¹.

9. LA BIOÉTICA PERSONALISTA Y LA MUERTE DIGNA

El origen del término «Bioética» ha sido atribuido al pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, que usó el término *Bio-Ethik* en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales ya en 1927. Pero el despertar de la bioética como una rama indispensable de la actividad de la ciencia y la medicina tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XX.

Desde principios del siglo XX, superados los episodios de esclavitud, que otorgaba derecho de propiedad sobre otras personas, y la eugenesia social, que propugnaba la eliminación o esterilización de personas clasificadas como portadoras de «genes indeseados», empezó a madurar una conciencia social ética en relación con la igualdad de los seres humanos que se trasladó al ejercicio de la profesión médica. De este modo, surgieron sucesivamente unas iniciativas que trataban de enmendar una situación que podía escaparse del marco ético propio de las acciones humanas. En las décadas de los sesenta y setenta se había promovido un debate y se había intensificado la reflexión sobre los límites de la ciencia y sus aplicaciones. Los abusos médicos desarrollados en la Alemania nazi durante la segunda guerra mundial y otra serie de hechos similares en otros países, habían despertado una inquietud sobre los límites a los que deben llegar los experimentos con pacientes humanos en las ciencias de la salud. Conviene recordar que Hitler, a principios de la segunda guerra mundial, dictó un decreto por el que sustituía la palabra asesinato por «el derecho a una muerte sin dolor», y que entre diciembre de 1939 y agosto de 1941 fueron asesinados más de 150.000 alemanes por monóxido de carbono, en instituciones que tenían las mismas ficticias apariencias que las tristemente conocidas de los campos de concentración de Auschwitz.

Entre las manifestaciones de la necesidad de restablecer un marco de referencia moral en la práctica médica, la investigación científica y el respeto a la vida humana, en general se encuentran las siguientes: la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, de 1949, la Declaración de Göttingen de científicos alemanes en contra de las armas nucleares de 1957, la Declaración de Helsinki de la Organización Médica Mundial, de 1964, el grito de Asilomar de científicos de renombre en contra de la libre investigación en materia de ingeniería genética: *-«no todo lo que técnicamente es posible ha de ser*

³¹ Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Colegio Oficial de Médicos. Julio 2011, Madrid.

éticamente aceptable»- de 1975 y el informe Belmont del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU., de 1979, en el que se asentaron los principios básicos orientadores que deberían tenerse en cuenta en la práctica médica: la «autonomía» del paciente, la «beneficencia», la «no maleficencia» y la «justicia». Toda esta serie de iniciativas, basadas en las malas experiencias y en el mal entendimiento del respeto debido a los pacientes, fueron trazando el camino para el resurgir de la nueva disciplina, la «bioética».

En su sentido más actual el término bioética se le atribuye al bioquímico, médico oncólogo y humanista americano de origen holandés Van Rensselaer Potter³² de Madison (Wisconsin), que lo utilizó por primera vez en 1970. La propia palabra es el resultado de la contracción de los términos que definen dos disciplinas claramente distintas, una científica, la biología (*bios*) y otra relacionada con la filosofía y los valores humanos, la ética (*ethos*). De este modo, etimológicamente Bioética significa «ética de la vida», lo que revela claramente que su campo de actuación es multidisciplinar. La Bioética se convertiría en una plataforma común sobre la cual expertos de diversas disciplinas como la medicina, la biología, la filosofía, el derecho, la teología y las ciencias sociales colaboran para resolver problemas comunes en los ámbitos de la salud pública, las aplicaciones biotecnológicas y proponen el desarrollo de un marco legislativo aceptado por todos.

La bioética como disciplina actual tiene sus raíces en el ámbito de la Medicina, y desde un principio ha adquirido una carta de naturaleza de gran relevancia en las ciencias biomédicas. Su papel inicial fue orientado como el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana. Según esta concepción la bioética trataría de analizar las implicaciones que para la salud humana tienen los descubrimientos biológicos, a cuyas aplicaciones trata de dar un sentido moral, mediante un discernimiento entre lo que se debe y lo que no se debe hacer. Su papel sería el de dar solución a los conflictos de valores en relación con un comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y de la muerte. En este mismo sentido se pronunció Warren T. Reich, profesor de Ética y Religión de la Universidad de Georgetown (EE.UU.), que definió la Bioética como «*el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales*»³³.

Elio Sgreccia, Presidente de honor de la Academia Pontificia para la Vida, concreta más el papel de la bioética al definirla como «*la reflexión sistemática sobre cualquier intervención del hombre sobre los seres vivos. Una reflexión destinada a un arduo y específico fin: identificar los valores y las reglas que guíen las acciones humanas y la intervención de la ciencia y de la tecnología sobre la vida misma y la biosfera*»³⁴. Como vemos, es ésta una definición que se escapa de las actividades científicas aplicadas a la medicina y se dirige a un ámbito más amplio, haciendo alusión al conjunto de los seres y de la biosfera.

Otro importante autor, Roberto Andorno³⁵, jurista de origen argentino y Profesor de Ética Biomédica en la Universidad de Zurich, extiende el ámbito de actuación de la bioética al señalar que: «*la experimentación con animales... la creación de especies vegetales y animales genéticamente modificadas, dan lugar a interrogantes morales propios que merecen ser encarados y no sólo porque puedan incidir en la salud o condiciones de vida de los seres humanos. Por este motivo, la noción de "bioética", tomada en sentido amplio, como la ética de nuestro trato con todos los seres vivos puede incluir también estos temas*».

³² V.R. Potter «Bioethics, the science of survival», en *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 (1970), pp. 127-153.

³³ W.T. Reich, «The word "bioethics": the struggle over its earliest meaning», en *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5 (1995), pp.19-34.

³⁴ E. Sgreccia, *Manuale di Bioética*, Vita e Pensiero. Milan. 1994.

³⁵ R. Andorno. *Una aproximación a la Bioética. Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y penal*, Oscar Garay (dir.), Editorial La Ley, Buenos Aires, 2002, p. 413-438.

Concretando la Bioética en lo que concierne a las acciones sobre el ser humano, es evidente que existe una íntima relación entre esta nueva disciplina y la antropología. La visión que se tenga del hombre es fundamental para la búsqueda de las soluciones éticas adecuadas a cada intervención técnica sobre el ser humano. Señala Vila-Coro que *«la Bioética, en su sentido de “ética de la vida”, a partir de un sólido fundamento antropológico nos propone una reflexión sobre el sentido profundo del valor y la dignidad de la persona, desde presupuestos racionales a la luz de los valores morales. En la determinación bioética están involucradas, independientemente de las ciencias biológicas, el derecho, la sociología, la antropología y las restantes disciplinas comprendidas en la cultura humanística»*

Las dos cuestiones previas a tener en cuenta en lo que se refiere a la vida humana como foco de atención de la bioética se refieren precisamente a las dos disciplinas que la integran, la biología y ética. Tal como hemos señalado, el ser personal se halla ligado esencialmente al ser humano, y en consecuencia incluye todas las etapas de la vida, desde la concepción del embrión hasta la muerte. Antoine Suárez³⁶, afirma que desarrollo significa tránsito de la posibilidad a la realidad, de la potencia al acto, y que mediante el desarrollo lo posible se transforma, pero la realidad es la misma desde el primer instante. Parece obvio que si la Biología ha demostrado que el inicio de la vida humana tiene lugar en la fecundación y que la identidad genética es inmutable a lo largo de la vida, debe reconocerse el valor de esta vida desde su inicio y en cualquier momento de su existencia. Por ello, el embrión resulta básicamente equiparable al feto en gestación, el recién nacido y al adulto, de los que lo único que los diferencia es un factor temporal, algo que no debe convertirse en un factor determinante para establecer diferentes categorías en un mismo ser, caracterizado por un *continuum* genético y por tanto biológico. Dicho de otro modo, la vida humana siempre, desde la concepción, en todas las fases de su desarrollo embrionario, fetal y adulto hasta la muerte, debería ser considerada con el mismo grado de respeto y debería estar sujeta a los mismos derechos.

Aunque han ido apareciendo diversas corrientes dentro de la bioética, lejos de los enfoques materialistas y dualistas, que renuncian a la especial dignidad del ser humano en todas sus etapas, interesa destacar una bioética antropológico-personalista. Según este enfoque el objetivo principal es la tutela del derecho a la vida, a una vida propiamente humana que permita la activación de toda la energía para obtener la plena realización de la persona y contribuir al proceso de humanización del hombre. La bioética personalista tiene en cuenta la doble dimensión corporal y espiritual del hombre de forma integral, que, según vimos al principio, es lo que confiere al hombre su especial dignidad, naturalmente extensible a todas las fases de su vida. Este es un punto de enfrentamiento con las corrientes de pensamiento que no conceden un valor equivalente a la vida humana en determinadas etapas o circunstancias.

La bioética personalista se fundamenta en la dignidad del ser humano desde la perspectiva de que toda vida humana es personal, en coincidencia con el humanismo cristiano y, en lo que atañe a la praxis médica, se rige por los criterios del Juramento Hipocrático, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la deontología médica, definida en España por el Código de Ética de la Organización Médica Colegial³⁷.

El principio de la inviolabilidad de la vida humana no presenta ninguna duda teológica para la doctrina de la Iglesia Católica. Dicho precepto se fundamenta en la Revelación tanto en el Antiguo³⁸ como en el Nuevo Testamento³⁹. El Magisterio de la Iglesia ha defendido siempre esta inviolabilidad, asentada tanto en principios de derecho natural como en los del derecho divino positivo, rechazando la

³⁶ J. Huarte. A. Suarez «On the status of parthenotes. Defining the developmental potentiality of a Human Embryo». En *The National Catholic Bioethics Quarterly* (2004). pp. 755-770.

³⁷ Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Colegio Oficial de Médicos. Julio 2011, Madrid.

³⁸ Ex 20,13; Dt 5,17

³⁹ Mt 5,21-22; Jn 3,11-15

eutanasia y el suicidio asistido con una unanimidad de siglos, sin que nunca haya habido discrepancia en estos principios. Como manifestación reciente sobre esto podemos recordar el magisterio de Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium Vitae* con las siguientes palabras: «De acuerdo con el Magisterio de mis predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal»⁴⁰

10. LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN LAS LEGISLACIONES DE OTROS PAÍSES

A pesar de los principios morales y éticos indicados hasta aquí, en las sociedades de los países más desarrollados parece debilitarse el sentido de la especial dignidad de la vida humana, habiendo surgido iniciativas legislativas a favor de la eutanasia, muchas veces disimuladas bajo el eufemismo de «muerte digna». En EE.UU, matar a un paciente se considera un crimen en 50 estados, con la única excepción de Oregón, que en 1994 aprobó una ley de «suicidio asistido». Los primeros países que despenalizaron la práctica de la eutanasia fueron Australia (1996), Colombia (1997), China (1998), Holanda (2000), Bélgica (2002) y Suiza (2005). La eutanasia es considerado un delito en Gran Bretaña, aunque la Corte Suprema decidió a finales de 2008 que los responsables sanitarios deben tener en cuenta el deseo «explicito» de un paciente de no prolongar su vida si está gravemente enfermo. También el Colegio Médico británico estableció normas más abiertas y hay un creciente movimiento en favor de la «muerte dulce». En Suiza está permitido por ley el suicidio asistido, sólo en casos de personas conscientes y con una enfermedad incurable o mortal a corto plazo. Esto se traduce en ofrecer la ayuda exterior necesaria para facilitar la muerte de quien claramente quiere acabar con su vida pero no tiene medios para hacerlo. En Alemania, el parlamento sigue siendo mayoritariamente reacio a la legalización de la eutanasia por los recuerdos que despierta la era del nazismo. Una asociación fundada en Zúrich en 1998, bajo el amparo de la Ley Suiza, con el sarcástico nombre de «Dignitas», tiene por divisa «Vivir dignamente, morir dignamente». A este lugar acuden los alemanes que desean poner fin a sus días con la administración de pentobarbital sódico, un barbitúrico fuerte que permite al paciente dormir profundamente y morir sin sentir dolor. Los principales pacientes que acuden a la clínica *Dignitas* de Zurich son enfermos de cáncer, casos terminales de Parkinson y esclerosis múltiple. El Gobierno suizo está estudiando un plan de acción contra este «turismo de la muerte», señalando que podría cerrar la clínica de la asociación Dignitas ante la excesiva demanda de estos servicios. Finalmente Italia se mantiene legislativamente contraria a la práctica de la eutanasia. Recordemos de nuevo el caso de Eluana Englaro. Tan sólo un día después de la muerte de esta joven el senado italiano aprobó, con 164 votos a favor, 100 en contra y una abstención, una moción que obligaba a alimentar e hidratar a las personas que no puedan hacerlo por sí mismas.

Holanda y Bélgica, cuyas legislaciones son prácticamente idénticas, fueron los primeros países en aprobar una legislación que permite la eutanasia en el continente europeo. La Ley holandesa fue pionera en Europa y en cierto modo se ha convertido en referente de la legislación sobre la eutanasia y el suicidio asistido con asistencia médica para otros países, por lo que merece la pena detenerse en el análisis de sus características y en la situación generada tras diez años de su aprobación. Lo realmente singular de la reforma legislativa holandesa en esta materia es que inicialmente se propuso con la finalidad de despenalizar 28 casos de presunto delito de eutanasia y terminó convirtiéndose en una ley que legalizaba el suicidio asistido y la propia eutanasia. La ley holandesa fue aprobada por el

⁴⁰ Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium vitae*, n° 65

Parlamento el 28 de noviembre de 2000 y prohíbe su aplicación en personas menores de 17 años. Se trata de una ley muy precisa y para su aplicación se deben cumplir una serie de requisitos: el paciente debe tener más de 18 años y estar en plenas facultades mentales; es preciso contar con una solicitud voluntaria del paciente; el médico debe estar seguro de que el paciente no tiene posibilidades de recuperación y de que su sufrimiento es insoportable; se debe contar con una segunda opinión médica que certifique que el doctor del paciente ha cumplido con los requisitos de la eutanasia; la terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada. La ley holandesa de eutanasia hoy, comprende en su aplicación no solo a los enfermos en estado terminal, sino a las personas con enfermedades psíquicas, a las que se encuentran en estado de coma y a los recién nacidos con malformaciones o enfermedades graves. Se ha pasado de un pretendido derecho personal a disponer de la propia vida a un derecho de la sociedad a disponer de cada vida personal. Una evolución parecida, por cierto, a la seguida con el aborto en España, que también pasaría de su despenalización en determinados supuestos de la Ley de 1985, a convertir el aborto en un derecho en la reforma de 2010.

Respecto a la situación tras diez años de eutanasia en Holanda tal vez sirvan los datos de una encuesta de opinión llevada a cabo entre médicos holandeses por el Instituto Eén Vandaag y publicada en Agosto de 2011. Esta encuesta, a la que respondieron 800 médicos, muestra que existe una amplia aceptación de la práctica de la eutanasia y una amplia disponibilidad de los médicos holandeses de ofrecer la eutanasia a las personas bajo su cuidado. Los datos señalan que el 86.5 % de los médicos holandeses cooperarían, como cuestión de principio, con una petición de eutanasia, mientras que solamente un 7.9% no cooperarían con ello. Sin embargo, de forma significativa, la misma encuesta revela que el 80.3% de los médicos encuestados dijeron que se sienten cada vez más presionados para practicar la eutanasia por parte de los familiares del paciente o de la sociedad en general. Cerca de la mitad -el 51.3%- de los médicos dijeron que piden la presencia de un panel de médicos especialistas mientras se lleva a cabo la eutanasia en un paciente. En cuanto a las personas que piden la eutanasia como un derecho, porque están cansados de vivir, el 64.5% de los médicos encuestados dijeron que no los asistirían. Estos datos revelan una menor avenencia de los médicos a los casos de «suicidio asistido» que a la «eutanasia» propiamente dicha, pero también revelan el riesgo de una práctica mayoritariamente forzada por presiones ajenas al paciente.

Sí como hemos dicho ni la eutanasia ni el suicidio asistido se pueden considerar dentro del código deontológico de los médicos ni es acorde con la *lex artis* ¿qué salida queda para las personas cansadas de vivir? Este es un punto importante para las personas no creyentes, que son las que con más ardor defiende la autodeterminación en el proceso final de la vida. La encuesta entre los médicos holandeses también dedica un apartado a este punto y señala que el 36.5% de los médicos favorecen la introducción de «la píldora Drion». Se trata de un fármaco que por su efecto letal también se podría definir como la «píldora del último día», que a juicio de los citados médicos deberían guardar las personas que la desearan ingerir bajo su propia responsabilidad. Sin embargo, una mayoría de los médicos holandeses encuestados no recetarían este fármaco. Lo que todo esto parece demostrar es que en salvaguarda de su autonomía moral por razones de conciencia, en ningún caso los médicos holandeses quieren asumir la responsabilidad de algo contrario a su deontología.

11. LA EUTANASIA EN ESPAÑA

Desde la óptica de una bioética personalista el aspecto más crítico de la eutanasia es el de la eliminación de vidas humanas en su etapa más débil e indefensa. Como señala José Ramón Recuero en

su reciente obra *«En defensa de la vida humana»*⁴¹: *«de hecho, la eutanasia ya se ha introducido en España mediante leyes autonómicas»*, en clara referencia a la Ley andaluza 2/2010⁴² y la Ley de Aragón 10/2011⁴³. Son leyes que pretenden no ser reguladoras de la eutanasia, desde la perspectiva errónea de que solo consideran eutanasia la acción directa de acabar con la vida de un paciente, es decir la eutanasia activa, pero que en el fondo son leyes de eutanasia pasiva. Reiteramos de nuevo que de acuerdo con la SECPAL la distinción entre activa y pasiva es irrelevante y que eutanasia es todo lo que suponga una acción voluntaria para acabar con la vida del paciente, lo que se determina por la intención y el resultado. El caso de Ramona Estévez, comentado anteriormente, pasará a los anales de la historia negra de la Medicina en España como el primer caso de eutanasia políticamente autorizado. En la exposición de motivos de la Ley andaluza de *«Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte»* se niega la intención de regular la eutanasia, pero es de hecho una ley que promueve la eutanasia «pasiva» al permitir la retirada de los cuidados mínimos, que es lo que se hizo, a petición de la familia, por orden de la Consejería de Salud, con la intención de precipitar la muerte de Ramona Estévez, como así sucedió a los 14 días de la retirada de la alimentación e hidratación.

En la misma línea, el partido gobernante en España promovió ya desde finales de 2010, una *«Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida»*, bajo el supuesto erróneo de que los procesos terminales, degenerativos e irreversibles son comprometedores de la dignidad personal de quienes los sufren. Este proyecto de ley llegó a ser aprobado en Consejo de Ministros en la primavera de 2011, aunque su tramitación parlamentaria quedó en suspenso por el adelanto de las elecciones generales. El borrador del Proyecto de Ley fue divulgado y discutido por amplios sectores de la sociedad que vieron con preocupación una ley de características similares a la andaluza. De hecho, ante casos como el de Ramona Estévez, se extiende el temor de que una Ley como la anunciada se derive hacia situaciones semejantes a las que se están viviendo en los países bajos.

Lo que se pretende con estas leyes es regular sobre algo que dada la actual legislación y la existencia de las unidades de cuidados paliativos, rigurosamente acordes en su actuación con el Código de Ética médica, parece innecesario. Sin embargo, es este un tema que al igual que en el del aborto prima la obstinación ideológica y política a los argumentos científicos, médicos o deontológicos. La única voz que se ha tenido en cuenta para elaborar y justificar la nueva ley es la de la *«Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente»*, una organización que fue legalizada en España en diciembre de 1984 inspirada, entre otras en la ley holandesa de eutanasia y en la *«Voluntary Euthanasia Society»*, de Londres. La Asociación española promueve el discutible derecho de *«toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla, y defender el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a, llegado el momento, morir pacíficamente y sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso»*. En su opinión toda persona debe anticipar de forma consciente su voluntad en un documento conocido genéricamente como *«Testamento Vital»* en el que, quien lo firma, expresa la voluntad sobre las atenciones médicas que desea o no desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo con las indicaciones y razonamientos que considere pertinentes. Entre otras afirmaciones, se sentencia que el derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas, llegando a afirmar que el Estado debe proteger la vida, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias.

Aunque la Ley no ha sido tramitada, no ha de desestimarse la posibilidad de que vuelva a surgir en el futuro. Los argumentos que esgrimió el Ministerio de Sanidad son los mismos de la Asociación

⁴¹ J.R. Recuero. *En defensa de la vida humana*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 2011.

⁴² Ley 2/2010 del Parlamento Andaluz, de 8 de Abril, de *derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*.

⁴³ Ley de Aragón 10/2011, de 24 de Marzo, de *derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte*.

Federal del Derecho a Morir Dignamente, *«hacer esto con pleno respeto a la voluntad de los pacientes y sus familiares»*. La nueva ley impulsaría además el testamento vital *«como un instrumento que garantice el cumplimiento de las preferencias de los pacientes»* por parte de los servicios de salud. De seguir adelante la citada Ley se asentaría el principio de autodeterminación, según el cual cada individuo puede decidir libremente sobre su vida, independientemente de las circunstancias de la enfermedad que ponga en riesgo su vida. Estaríamos ante una Ley radicalmente individualista y alejada del valor real de la vida humana en sí misma. Señala el Diputado español Eugenio Nasarre que: *«Lo que resulta interesante observar es la gran similitud de los argumentos en que se basan quienes postulan hoy la legalización de la eutanasia con los que sostuvieron Hitler y los nazis, cuando la incluyeron junto con la eugenesia como parte esencial de su proyecto ideológico. Los actuales defensores de la eutanasia son, en este punto, herederos directos de las doctrinas nazis sobre la vida y la muerte de los seres humanos»*⁴⁴.

Un análisis del texto del Proyecto de Ley, nos lleva a la conclusión que de prosperar se abrirá la puerta de la eutanasia en España, ya que por un lado obliga al médico a cumplir la voluntad del paciente en materia del proceso final de su vida (artículo 15), y por otra se otorga al paciente el derecho a la sedación (artículo 11). De seguir adelante esta Ley, al establecer un derecho a la sedación del paciente, se allanaría el camino hacia una eutanasia encubierta. Es decir, el problema se trasladaría al terreno de una delimitación clara de los fines de la sedación, y aquí, al igual que en la eutanasia, habrá que pensar que lo que distingue una sedación adecuada de una sedación irregular es la «intención» y el «resultado». Una sedación para paliar el dolor es correcta, una sedación con la intención de precipitar el desenlace sería un acto de eutanasia.

Por otra parte, en el proyecto de *«Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida»* se elude mencionar la *lex artis* como marco de conducta de los profesionales de la medicina, y se sustituye por un criterio de buena práctica clínica, que se entiende como una subordinación a los deseos formulados por el paciente o sus familiares. Esto crea un problema al enfrentar el reconocimiento de la autonomía del paciente con el principio de beneficencia al que está obligado el médico. Como destaca el Profesor Andrés Ollero *«el médico aparece en todo el anteproyecto bajo sospecha, como dando por hecho que se empeñará en imponer criterios propios al enfermo por su bien, incurriendo así en un nefando paternalismo»*⁴⁵. ¿Dónde queda la responsabilidad de los médicos en el proceso final de la vida de sus pacientes si en la disposición final de la nueva ley se dice que el hecho de oponerse a los deseos de los pacientes, tal como la ley exige, «queda sometido al correspondiente régimen sancionador»? Y ¿dónde queda la *lex artis* y el código de deontología médica en los casos en que un médico, cumpliendo su obligación, desee actuar en conciencia?

Lo que subyace en el suspendido Proyecto de la ley española de «muerte digna», es una justificación del principio de autonomía personal, que como bien señala Andrés Ollero sirve para convertir la arbitrariedad subjetiva en exigencia de justicia objetiva. Curiosamente, lo que si se le concede al médico es la responsabilidad de determinar si el paciente se encuentra en una situación de «incapacidad de hecho», que le impida decidir por sí mismo en el proceso final de su vida. La combinación de esta responsabilidad del médico junto con el reconocimiento de un derecho a la sedación del paciente, puede amparar situaciones de eutanasia, ya que ante la Ley, un médico que aplique una sedación irregular con consecuencias de precipitación de un desenlace a un paciente que el mismo ha declarado incapacitado para decidir, tiene garantizada su seguridad jurídica, ¿no sería esto justo lo contrario a la *lex artis* de acuerdo con el Código de Deontología médica? y ¿no es esto

⁴⁴ E. Nasarre. *La eutanasia y el nazismo*. Publicado en ABC, 16/10/2007.

⁴⁵ A. Ollero. «Reflexiones sobre el anteproyecto de ley español sobre el final de la vida» Zenit, 11/06/2011

eutanasia? Sin ninguna duda lo es desde el punto de vista de la intención y el resultado. La experiencia nos revela lo que ha ocurrido en otros países que han invocado la idea de la autodeterminación para justificar el suicidio asistido y la eutanasia voluntaria. En este marco, algunos médicos han terminado practicando la muerte de pacientes y de recién nacidos, sin que el propio paciente o terceras personas hubieran intervenido para evitarlo. Sin embargo, en la actual situación sociológica y sanitaria española no hace falta una nueva Ley, bastaría con cumplir las materias ya reguladas por normas en vigor, como la Ley 41/2002, de la *Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

Un comunicado de la Asociación CíViCa⁴⁶, de profesionales e investigadores por la defensa de la vida, del 26 de mayo de 2011, reclama que no se consagre la autodeterminación del paciente o de sus familiares en criterio dominante, paternalista, en las decisiones clínicas, sometiendo a médicos y enfermeras a las decisiones discrecionales de las personas enfermas. La deontología de los profesionales sanitarios no les permite abdicar de sus responsabilidades y convertirse en complacientes ejecutores de los deseos de sus pacientes. La sedación paliativa es una intervención médica, sometida a la ética profesional de la medicina, que ha de ser indicada por motivos médicos y ha de administrarse conforme a la *lex artis* médica, en conformidad con los protocolos y normas de la buena práctica clínica. Sólo así se podría evitar que la sedación terminal se convirtiera en un rutinario procedimiento de practicar la eutanasia, como ha ocurrido ya en los Países Bajos.

Sin embargo hay aspectos de la práctica de los cuidados paliativos sobre los que, a pesar de su importancia, nada o muy poco se dice en el Proyecto de Ley estancado en su tramitación. Es cada vez más evidente la excelente prestación de los servicios de cuidados paliativos, que ya existen en los centros sanitarios de mayor entidad. Son unidades en las que participan equipos de profesionales para el seguimiento integral de los pacientes en el proceso final de la vida, mediante el suministro de los cuidados médicos, psicológicos y espirituales, y bajo la óptica de que la muerte es un proceso natural y el fin irremediable de la vida humana. Sin embargo, hay una evidente carencia de estos servicios que difícilmente llegan a todos los pacientes que potencialmente los necesitan. Es por tanto necesario potenciar los recursos, para que los cuidados paliativos lleguen a todos los pacientes que lo precisen, procurando satisfacer el derecho de los enfermos incurables y de los moribundos a disponer de una gama completa de cuidados paliativos. Es igualmente necesario atender la formación en cuidados paliativos de los profesionales sanitarios, para mejorar la calidad de los servicios asistenciales y la atención a los pacientes y sus familias en todos los aspectos: físicos, psicológicos y sociales.

Curiosamente un anteproyecto que tanta importancia da a la autodeterminación y a los derechos de los pacientes, convierte uno de los más importantes en el proceso final de la vida, como lo es el derecho al auxilio espiritual, en algo que simplemente podrán recibir los pacientes. Se elude así algo que la SECPAL por ejemplo establece como uno de los elementos básicos de la atención a los pacientes. En la Declaración de la Conferencia Episcopal Española con relación a la nueva Ley, hecha pública el 27 de junio de 2011 se denuncia el hecho de que en el proyecto de ley está mal tratado el derecho de libertad religiosa, que ni siquiera se menciona. En su lugar, según indican los prelados, el texto legal formula un nuevo derecho al acompañamiento dentro del cual incluye una asistencia espiritual o religiosa de la que se dice que los pacientes tendrán derecho a recibir si ellos se la procuran.

La dignidad es un valor intrínseco de todo ser humano, que se ha de reconocer siempre, desde la concepción hasta la muerte natural, con independencia del estado de desarrollo, edad, salud o grado de dependencia. El derecho a la vida es un derecho humano fundamental y anterior a cualquier otro

⁴⁶ CíViCa, Ciencia Vida y Cultura es una Asociación española (Nº Nacional: 593554), que se constituyó en Mayo de 2010 y que está integrada por expertos en los aspectos científicos, médicos, sociales, éticos y jurídicos para contribuir a crear un estado de opinión pública favorable a la dignidad del ser humano en todas las etapas de su desarrollo, desde la fecundación hasta la muerte natural.

derecho, por lo que en un sistema democrático, fundado en la afirmación de los derechos fundamentales, no se puede legitimar la negación del valor de la vida de un ser humano, sin entrar en una profunda contradicción con el bien del individuo y el bien común. Como bien señalan los obispos españoles, el objetivo de la legislación sobre el final de la vida ha de ser garantizar el cuidado del moribundo, en lugar de recurrir a falsos criterios de calidad de vida y de autonomía para, en realidad, desproteger su dignidad y su derecho a la vida. Reconocer un derecho a acabar con la propia vida, aun en las circunstancias de una enfermedad incurable, supone un atentado no solo contra la propia vida, sino contra la vida humana en general. Algo que afectaría a toda la sociedad. Tal vez el ejemplo más evidente es el de la legalización de la eutanasia en Holanda, país pionero en el establecimiento de una Ley de eutanasia.

Como recuerda el Obispo de Bilbao, Mario Içeta Gavicagogeascoa, Dr. en Medicina y Cirugía, la persona es siempre digna por su propia naturaleza, con independencia de la fase de la vida en la que se encuentra, o su estado de salud, y también en los compases finales de su existencia. Persona y dignidad son, en el fondo, conceptos redundantes. En cambio, el concepto de muerte digna es confuso y ambiguo. La eutanasia consiste en aquella acción u omisión que por su naturaleza e intención causa la muerte del paciente y en eso consiste precisamente su misma indignidad. La eutanasia busca la muerte del enfermo, bien mediante la instauración de un procedimiento que provoca la muerte, o bien mediante la omisión de un procedimiento adecuado y debido. Por otra parte, el Profesor Ignacio Sánchez Cámara, señala acertadamente que: *«La vida humana siempre es digna, incluida, por supuesto, la de los enfermos incurables o terminales. Incluso en cierto sentido es aún más merecedora de apoyo y defensa, pues es más débil. (...) Lo que hay que hacer es abandonar lo que bien podría calificarse como una «cultura de la muerte», y valerse del talento humano para combatir las enfermedades y paliar sus efectos. En este sentido mucho es lo que cabe esperar de la ciencia, y, más aún de la generosidad y solidaridad humanas»*⁴⁷.

Los obispos españoles en su declaración del 22 de junio de 2011 señalaban que *«La legalización de la eutanasia es inaceptable no sólo porque supondría la legitimación de un grave mal moral, sino también porque crearía una intolerable presión social sobre los ancianos, discapacitados o incapacitados y todos aquellos cuyas vidas pudieran ser consideradas como ‘de baja calidad’ y como cargas sociales; conduciría - como muestra la experiencia - a verdaderos homicidios, más allá de la supuesta voluntariedad de los pacientes, e introduciría en las familias y las instituciones sanitarias la desconfianza y el temor ante la depreciación y la mercantilización de la vida humana»*⁴⁸.

12.- SÍNTESIS CONCLUSIVA

El hombre está dotado de unas propiedades singulares y únicas en el conjunto de la naturaleza que apoyan la consideración de su especial dignidad frente a los restantes seres vivientes. El conjunto de las cualidades propias de la especie humana, adquiridas a lo largo de cientos de miles de años de evolución, constituye nuestra seña de identidad como individuos pertenecientes a una especie biológica, *Homo sapiens*. Cada ser humano, como ser racional es superior al resto de los seres de la naturaleza al ser la única especie cuyos miembros viven su existencia de forma consciente y son dueño de sus actos. La racionalidad, es la diferencia específica que en mayor grado distingue a los hombres de los demás individuos sustanciales. Por ello, ser persona significa ser «alguien» y no simplemente «algo». En

⁴⁷ I. Sánchez-Cámara. *El objetivo de la moral no consiste en promover la «buena muerte», sino en proponer la vida buena*. Publicado en La Gaceta de los Negocios, 18.3.2007

⁴⁸ CCXX Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española. Declaración con motivo del “Proyecto de Ley Reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”, 22 de junio de 2011

filosofía, hablar de persona es destacar el carácter único e irrepetible propio de cada ser humano, lo cual coincide plenamente con los datos de la ciencia, que nos habla de la identidad genética individual. La unidad de la especie exige la misma consideración y respeto para todos sus miembros, pero solo para sus miembros. El derecho a la vida es un derecho natural y tiene su base en la especial dignidad del hombre. La temporalidad de la existencia implica un proceso continuo, que empieza con la fecundación y termina con la muerte. El alcance de una capacidad funcional no supone un argumento para considerar una u otra de las facultades alcanzadas momentos clave para el inicio de la vida. Según esto, la vida humana siempre, desde la fecundación, en todas las fases de su desarrollo embrionario, fetal y adulto hasta la muerte, debe ser considerada con el mismo grado de respeto y debería estar sujeta a los mismos derechos. De acuerdo con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), con relación a la eutanasia, la distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, La clave reside en la intención que preside la conducta médica. En España, los servicios de Cuidados Paliativos atienden sobradamente todas las circunstancias a sus pacientes, en equipo, con los cuidados médicos, psicológicos y espirituales necesarios y con la participación activa de la familia, que se considera un factor esencial en el último momento de la vida. De acuerdo con el imperativo deontológico existe la obligación de valorar los medios terapéuticos, de modo que estos deben corresponderse de forma proporcionada a las expectativas de mejoría evitando el llamado «encarnizamiento terapéutico». En la actualidad en los centros sanitarios de cierta entidad existen unidades especiales de «cuidados paliativos», en los que participan profesionales de diversas especialidades que constituyen un equipo para hacer un seguimiento integral del paciente, mediante el suministro de los cuidados médicos, psicológicos y espirituales, y bajo la óptica de que la muerte es un proceso natural y el fin irremediable de la vida humana. Reconocer un derecho a acabar con la propia vida, aun en las circunstancias de una enfermedad incurable, supone un atentado no solo contra la propia vida, sino contra la vida humana en general, algo que afectaría a toda la sociedad.