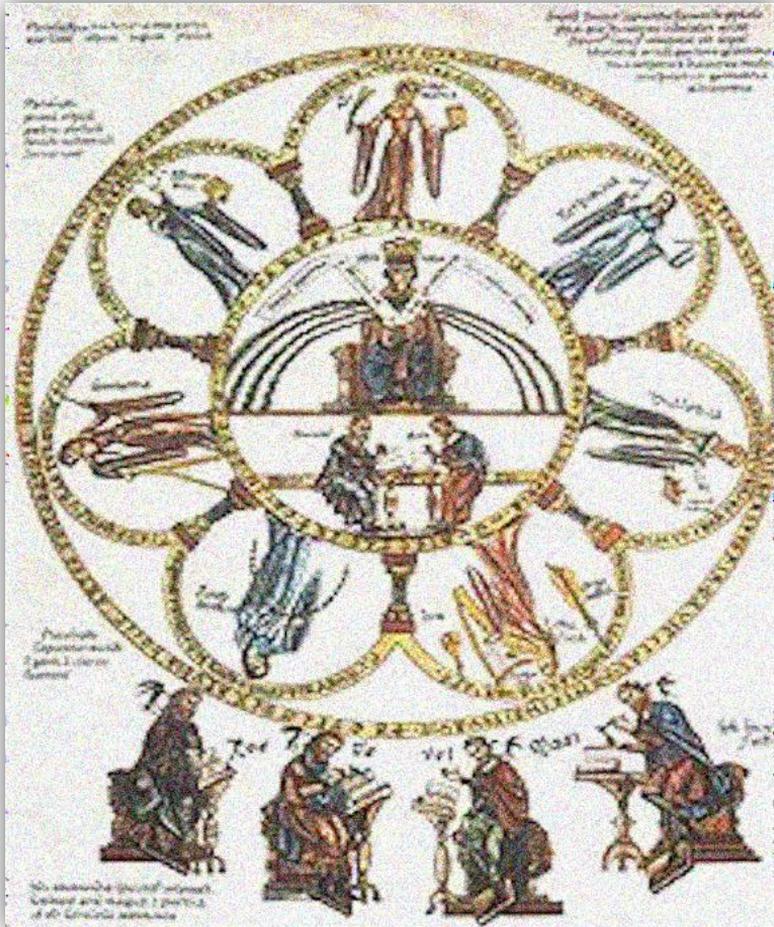


Roberto ANDORNO

# Principios bioéticos, dignidad y autonomía



**Roberto Andorno** Doctor en Derecho por las Universidades de Buenos Aires (1990) y Paris-Est (1994). Ex-miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (1998-2005). Es actualmente investigador en temas de bioética y derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad de Zurich, Suiza

**SUMARIO:** 1. Los principios de la bioética. 2. Autonomía del paciente y consentimiento informado. 3. La dignidad de la persona como principio eminente de la bioética. 4. La dignidad humana, paradigma de la bioética internacional. 5. La dignidad de la persona enferma. 6. El cuerpo humano participa de la dignidad de la persona. 7. Conclusiones

## 1. Los principios de la bioética

La bioética es en su "núcleo duro" una *parte de la ética*, y en tal sentido constituye una reflexión acerca de la moralidad del obrar biomédico en las circunstancias actuales<sup>1</sup>. Resulta difícil concebir una disciplina esencialmente valorativa como es la bioética sin la referencia a ciertos principios que ayuden, tanto en la elaboración de conclusiones generales (en el caso de las bioéticas teórica y normativa), como en la toma de decisiones concretas (en el caso de la bioética clínica). Debe tenerse en cuenta que la nueva disciplina no supone la mera *descripción* neutra de ciertos hechos científicos y de los problemas que plantean, sino la exigencia ineludible de emitir un *juicio* acerca de esos hechos. Para ello, parece necesario contar con algún tipo de marco referencial valorativo. Evidentemente, la cuestión difícil y conflictiva es determinar cuáles son esos criterios y cómo funcionan.

La propuesta de principios bioéticos más conocida hasta el momento es la efectuada en 1979 por los norteamericanos Tom Beauchamp y James Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*<sup>2</sup>. Esta obra ha sido el manual de bioética más influyente en los Estados Unidos y por extensión en buena parte del mundo occidental durante varios años<sup>3</sup>. Según Beauchamp y Childress, existen cuatro principios que guían las decisiones en bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El *principio de autonomía* supone la obligación de revelar a los

---

<sup>1</sup> Ver mi libro *Bioética y dignidad de la persona*, 2a. ed., Madrid, Tecnos, 2012.

<sup>2</sup> La última versión es la 6ª. (New York, Oxford University Press, 2008).

<sup>3</sup> El denominado "principialismo" bioético tiene también sus orígenes en el denominado *Informe Belmont*, fruto del trabajo realizado entre 1974 y 1979 por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Esta comisión recibió por ley el encargo de elaborar un guía acerca de los criterios éticos que debían guiar la investigación con seres humanos.

pacientes la información necesaria, tanto acerca del diagnóstico como de las opciones terapéuticas disponibles, y de obtener su consentimiento informado antes de someterlos a intervenciones terapéuticas. Al mismo tiempo, el respeto de la autonomía excluye el sometimiento de los pacientes a presiones que limiten o impidan la toma de decisiones libres. El *principio de no maleficencia*, que no es más que el clásico principio hipocrático *primum non nocere* (ante todo, no dañar), exige que no se cause un perjuicio al paciente. El *principio de beneficencia* reclama del profesional de la salud la realización de actos que sean benéficos para la salud del paciente. El *principio de justicia* exige una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan, para lo cual existen diversos criterios (a todos por igual; a cada uno según su necesidad; a cada uno según sus méritos, etc.). Según el esquema de Beauchamp y Childress, los cuatro principios tienen el mismo valor. Ello significa que el médico siempre tiene el deber de respetarlos, excepto cuando entran en conflicto entre sí. En este caso, sólo las circunstancias pueden establecer un orden jerárquico entre ellos.

Esta forma de entender los principios en bioética ha sido criticada por numerosos autores, lo que ha llevado a Beauchamp y Childress a introducir ciertas correcciones a su teoría en las últimas ediciones de su obra. El principalismo ha sido criticado, ante todo, porque los principios fueron presentados por sus autores como nociones puramente formales, es decir, sin contenido substancial, y por ello no serían aptos para guiar las acciones concretas. Para que sean realmente aplicables, los principios deben ser enmarcados en el contexto de una teoría

moral más amplia, que juegue un rol unificador<sup>4</sup>. Además, al no existir ninguna prioridad intrínseca entre los principios, no está claro como se los puede armonizar cuando entran en conflicto. Se afirma que en tales supuestos la prioridad acordada a uno de los principios no puede ser meramente intuitiva, como pretenden Beauchamp y Childress, sino que también debe tener una *justificación racional*.

Algunos autores incluso critican el mismo empleo del procedimiento deductivo, sosteniendo que no se debe partir nunca de criterios abstractos fijados *a priori*, sino de las situaciones individuales a resolver, y recién luego inducir criterios generales, que se pueden aplicar analógicamente a otros casos. Este es el denominado "enfoque casuista", defendido en Estados Unidos por Albert Jonsen y Stephen Toulmin<sup>5</sup>.

Otro intento explicativo, centrado en la bioética clínica, insiste en que es el *bien del paciente* el criterio que debe orientar la labor médica, por encima del de autonomía, que muchas veces es ficticia, ya que presupone que el paciente siempre sabe perfectamente lo que le conviene, lo cual no es forzosamente cierto<sup>6</sup>. Evitando caer en una actitud paternalista, esta postura sostiene que la labor clínica debería basarse en una *visión relacional del bien*, es decir, en la idea de que la terapia más conveniente resulta del diálogo y de la interrelación con el

---

<sup>4</sup> Clouser, Karl D. y Gert, Bernard, "A Critique of Principlism", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, 15, p. 232. Ver también de los mismos autores, junto con C. Culver: *Bioethics. A Return to Fundamentals*, New York, Oxford University Press, 1997.

<sup>5</sup> Jonsen, Albert y Toulmin, Stephen, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988; Toulmin, Stephen, "The Tyranny of Principles", *Hastings Center Report*, Diciembre 1981, p. 31.

<sup>6</sup> Pellegrino, Edmund y Thomasma, David, *For the Patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988, p. 33.

médico y no de una decisión solitaria del paciente<sup>7</sup>. La mejor manera de orientar éticamente la labor de los profesionales de la salud no pasa tanto por insistir en principios abstractos y externos, sino en favorecer el desarrollo de una conducta virtuosa en el médico, es decir, de su actitud habitual de procurar el bien del paciente. Para ello, hay algunas virtudes que son particularmente importantes, tales como la compasión, la benevolencia, la honestidad, la habilidad en el empleo de los tratamientos más adecuados, etc. Como lo destacara Aristóteles, no hay otra forma de adquirir y consolidar estas virtudes que a través de su ejercicio habitual<sup>8</sup>.

Otra corriente relevante en el ámbito clínico es la denominada ética de cuidados (*ethics of care*), que de algún modo puede considerarse como una variante de la ética de virtudes, aún cuando posea un matiz más crítico que esta última<sup>9</sup>. Según esta postura, que se desarrolló originariamente en el ámbito de la teoría feminista, la mayoría de las teorías morales se apoyan en un principio abstracto de justicia, descuidando valores básicos de las relaciones interpersonales, tales como la compasión, la fidelidad, el amor, la amistad y la empatía. La ética de cuidados insiste en la importancia de atender a las necesidades concretas de quienes nos rodean, procurando identificarse con la perspectiva *del otro*. Por ello se explica que este enfoque tenga especial importancia en el rol de los padres, de los médicos, de las enfermeras, de los amigos, etc. En todos estos casos, parece claro que la conducta ética no se

---

<sup>7</sup> Ibid., p. 40.

<sup>8</sup> Ver: Pellegrino, Edmund, "The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine", en: Earl E. Shelp (ed.), *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Kluwer, 1985, p. 243.

<sup>9</sup> Cfr. Gilligan, Carol, *In a Different Voice*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

satisface con una "actitud imparcial de justicia", sino que es necesaria una atención esmerada y llena de afecto.

Sin duda, muchas de las críticas al principalismo son justificadas y la teoría debe ser corregida, como lo han reconocido sus propios autores. De todas maneras, parece claro que la referencia a ciertos principios en bioética es inevitable. En toda solución dada a un problema médico subyace un criterio ético que orienta la decisión. Por este motivo debemos buscar un equilibrio razonable entre los dos extremos representados, por un lado, por principios puramente formales y abstractos, y por el otro, por una mera casuística ciega a finalidades generales. Lo que parece claro es que para emitir un juicio ético necesitamos la referencia a algunos principios. Pero no hay que pensar que los denominados "principios bioéticos" tienen que ser vistos como un esquema *sui generis*, separado del resto de la teoría ética. En realidad estamos ante principios éticos generales, válidos para todo el amplio campo del obrar humano y no sólo para el específico de la bioética

También parece fundamental corregir la ausencia de relación jerárquica entre los principios que se advierte en las versiones iniciales del principalismo de Beauchamp y Childress. No sólo porque ello nos lleva a un callejón sin salida en las situaciones de conflicto entre un principio y otro. Sino también porque, de hecho, está claro que no se ubican todos en el mismo nivel, sino que hay principios más importantes que otros. En este sentido, la jerarquía propuesta por Diego Gracia resulta convincente<sup>10</sup>. El profesor español sugiere que la no maleficencia y la justicia tienen prioridad sobre la beneficencia y la autonomía. Nuestro deber de no hacer daño y de no ser injustos es claramente superior al de hacer el bien. Por eso,

---

<sup>10</sup> Gracia, Diego, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2008, p. 103.

estamos obligados a no hacer daño y a no ser injustos, pero no estamos obligados a ser benéficos (fuera del caso de relaciones especiales). Es cierto que la relación médico-paciente es una de esas relaciones especiales. Pero el primer deber del médico es siempre "ante todo, no dañar" (*primum non nocere*), y recién luego, aspirar a procurar el mayor bien a la salud del paciente. No hay que olvidar que los deberes negativos suelen ser fácilmente identificables y mensurables, mientras que los deberes positivos no tienen una clara medida. Además, mientras existe un cierto consenso para identificar ciertas prácticas como perjudiciales para la salud, la calificación de un acto como "benéfico" está mucho más expuesto a la polémica y a los valores de cada persona. Para un testigo de Jehová una transfusión de sangre no es procedimiento benéfico, mientras que sí lo es para los demás. Ocurre que la idea del bien (en concreto, del carácter benéfico de un determinado tratamiento médico) depende en buena medida de los planes de cada individuo, de sus convicciones y preferencias personales. Es por este motivo que el principio de beneficencia está estrechamente ligado al respeto de la autonomía de las personas.

## **2. Autonomía del paciente y consentimiento informado**

El reconocimiento del paciente como "persona" en sentido pleno y dotado, mientras no se pruebe lo contrario, de plena capacidad de decisión, es uno de los grandes aportes de la ética biomédica angloamericana. Con esta perspectiva se ha contribuido a superar la visión excesivamente paternalista de la medicina, según la cual el médico estaba habilitado para decidir en forma unilateral el tratamiento a seguir. La nueva forma de relación médico-paciente que tiende a imponerse en las sociedades modernas insiste en el derecho del paciente a que se le explique de un modo objetivo y comprensible a qué

tratamientos se lo piensa someter, y a dar —o no— su consentimiento de modo explícito en cada caso. Esta moderna valorización de la autonomía del paciente encuentra su concreción a través del denominado "consentimiento informado".

Es frecuente que los profesionales sanitarios tiendan a considerar al consentimiento informado desde un punto de vista puramente legal, como una suerte de "medida defensiva" de su labor, para prevenir una eventual responsabilidad, y que suele traducir, especialmente en el ámbito hospitalario, en el llenado de ciertos formularios por el paciente. En realidad, el sentido del consentimiento informado trasciende con creces de esta visión formalista, porque es mucho más que un mero requisito legal. Se trata en verdad de una obligación ética básica de todo profesional médico (no sólo del que actúa en un medio hospitalario), que responde a la necesidad de respetar la dignidad del paciente como "persona". La tarea del profesional es en este modelo muy distinta a la propia del modelo paternalista: su obligación moral no es ahora procurar el mayor beneficio posible tal como él lo entiende, independientemente de lo que opine el paciente. Se trata, por el contrario, de ayudar al paciente a descubrir y decidir qué es lo que le parece más beneficioso para sí mismo. En otras palabras, el profesional ofrece ahora al paciente un punto de partida: lo que desde su perspectiva como profesional de la salud, con sus conocimientos y experiencia, estima que es la decisión clínica más acertada. A partir de ahí se inicia un proceso dialógico, donde el intercambio mutuo de información es un aspecto decisivo, que culmina cuando el paciente decide en forma autónoma qué opción diagnóstica o terapéutica acepta y cuál rechaza. El único límite inicial a la decisión personal del paciente viene dado por aquello

que sea comúnmente reconocido como perjudicial para la salud, es decir, lo que esté médicamente contraindicado<sup>11</sup>.

En síntesis, frente al antiguo paternalismo que caracterizaba a la labor médica, la valorización de consentimiento del paciente representa un fenómeno altamente positivo. Sin embargo, el énfasis puesto en la autonomía del paciente tampoco debe llevarnos a caer en el extremo opuesto, el del relativismo moral, que sería funesto para todo esfuerzo ético. Se cae en el relativismo moral cuando el principio de autonomía es erigido como principio supremo de la relación médico-paciente, sin ninguna vinculación con un bien que trascienda a los sujetos en cuestión.

Este enfoque conduciría a una pérdida de sentido de la actividad del profesional de la salud, ya que éste se convertiría en una suerte de "mercenario" al servicio de la voluntad caprichosa del paciente. Esta postura supone adoptar una visión nihilista de la libertad, olvidando que ésta no es un fin en sí misma en términos absolutos, ni funciona en el vacío. La libertad se ejerce dentro de lo que constituye la estructura ontológica humana. Es cierto que existe un amplio margen de apreciación de lo que es el "bien", y que las preferencias personales y la situación en que cada uno se encuentra contribuyen a precisar el bien en cada caso particular. Pero esta amplitud de opciones no es ilimitada, sino que se ejerce dentro de ciertos márgenes éticos y legales. Como ya hemos destacado, la autonomía no es el único ni el más importante de los principios bioéticos, sino que está subordinado al imperativo de no dañar y al de justicia.

---

<sup>11</sup> Lorda, Pablo S., Júdez Gutiérrez, Javier, "Consentimiento informado", *Medicina clínica*, Barcelona, 2001, vol. 117, p. 99-106.

### **3. La dignidad de la persona como principio eminente de la bioética**

Se acaba de destacar la necesidad de establecer una jerarquía entre los principios bioéticos, dando prevalencia al principio de no dañar y al de justicia, por encima de los principios de autonomía y de beneficencia. Sin embargo, este orden jerárquico entre los principios no basta para hacerlos inteligibles, es decir, para entender su significación última. A este fin es necesario ubicarlos en una teoría de fondo que les sirva de marco referencial. Esa idea de fondo no es otra que la noción de dignidad humana, es decir, la idea según la cual cada ser humano posee un valor intrínseco, inalienable e incondicional.

La idea de dignidad no es un mero principio entre otros, sino que constituye el punto de referencia decisivo para entender la actividad médica en general y, en definitiva, todas las instituciones sociales, jurídicas y políticas. El concepto de dignidad opera como el necesario telón de fondo, no sólo de cada decisión biomédica concreta, sino de la teoría bioética como un todo. Si respetamos la autonomía de los pacientes, es porque son "sujetos" y no "objetos", es decir, precisamente porque poseen dignidad. Si protegemos de un modo especial a los seres humanos más vulnerables es porque, más allá de sus deficiencias físicas o psíquicas, poseen, en cuanto seres humanos, un valor intrínseco, es decir, una dignidad. Si cuidamos la integridad física de las personas es porque sus cuerpos no son meramente cosas, sobre las que tienen un derecho de propiedad, sino que son las personas mismas, y las personas poseen dignidad. En fin, sin la idea de dignidad, ni el respeto de la autonomía, ni la protección de los más débiles, ni la salvaguarda de la integridad personal encuentran justificación.

Por este motivo podemos afirmar que la dignidad humana juego un verdadero *rol unificador* de toda la ética biomédica.

Esta preeminencia que concedemos a la dignidad humana en el campo de la bioética está en consonancia con la idea comúnmente admitida de que la dignidad representa un valor absoluto, mientras que los demás valores humanos, incluso los más importantes, son en alguna medida relativos y admiten excepciones. Esto significa que nunca y bajo ninguna circunstancia podemos hacer sufrir un tratamiento indigno a una persona. La dignidad es un principio incondicional. El filósofo del derecho Ronald Dworkin, utilizando la terminología jurídica, reconoce explícitamente que el derecho a la dignidad es mucho más básico y urgente que, por ejemplo, el derecho a la beneficencia, ya que este último sólo funciona en la medida en que existan los recursos disponibles para el mejor tratamiento de la persona (nosotros diríamos, del paciente)<sup>12</sup>.

Se podría objetar que el rol unificador de la dignidad es puramente retórico, ya que se trata de un principio demasiado vago como para tener consecuencias prácticas en la atención de los pacientes. Sin duda el principio de dignidad requiere un esfuerzo particular para ser caracterizado. Pero nos parece erróneo negarle consecuencias prácticas. No es en absoluto indiferente colocar la idea de dignidad humana en el tope de los criterios de la actividad médica. Aún cuando posea una significación muy amplia, este principio *ilumina* –o mejor dicho, *debe iluminar*- cada decisión concreta en la labor de los profesionales de la salud. Es cierto que normalmente la idea de dignidad no aporta en forma directa una solución precisa a casos concretos (aún cuando en algunos supuestos pueda tener una

---

<sup>12</sup> Dworkin, Ronald, *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, New York, Vintage, 1994, p. 233.

aplicación más inmediata, tal como por ejemplo en materia de clonación humana). Normalmente la idea de dignidad funciona por intermedio de otros principios, tales como el respeto de la autonomía del paciente, el mantenimiento del secreto profesional sobre datos relativos a la salud del paciente, la prohibición de tratos discriminatorios, etc. Pero en todos los casos la idea de dignidad humana juega un *rol paradigmático, revelando el sentido último de la actividad biomédica*. Cuando se tiene esta idea en mente, se le está diciendo tácitamente al paciente, con cada acto médico: "usted es una persona y no una cosa"; "su existencia tiene un valor intrínseco, no sólo para usted, sino también para mí y para todos". Estas afirmaciones, que normalmente están implícitas en la actividad clínica, no son en absoluto secundarias, sino que tienen una importancia fundamental para evitar la deshumanización de la labor de médicos y enfermeros.

#### **4. La dignidad humana, paradigma de la bioética internacional**

El principio de dignidad no sólo permite dar su sentido último a la actividad biomédica en el ámbito interno de un país, sino que también juega un papel eminente en la regulación mundial de la actividad biomédica. Los principales documentos intergubernamentales en esta materia, en particular, los adoptados por la UNESCO y el Consejo de Europa, asignan al principio de dignidad una función clave para la comprensión de las reglas fijadas.<sup>13</sup>

Este fenómeno de referencia masiva a la dignidad pone de relieve la importancia inusitada que este principio está

---

<sup>13</sup> Ver mi artículo "Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics", *Journal of Medicine and Philosophy*, 2009, vol. 34, n° 3, p. 223-240.

adquiriendo como máximo criterio orientador de la ética biomédica a nivel internacional. El recurso masivo al principio de dignidad humana a fin de proteger la persona humana de los abusos de la ciencia y la tecnología es perfectamente comprensible. Aun siendo una noción aparentemente vaga y difícil de definir, la idea de dignidad constituye uno de los pocos valores comunes de las sociedades pluralistas en que vivimos<sup>14</sup>. Según Dworkin, nadie que pretenda tomar en serio a los derechos humanos puede dejar de lado la "vaga pero poderosa idea de dignidad humana"<sup>15</sup>. En efecto, el principio de dignidad es comúnmente aceptado como la base de la democracia y su razonabilidad permanece indiscutida a nivel jurídico y político. La inmensa mayoría de las personas consideran como un dato empírico, que no requiere ser demostrado, que todo individuo es titular de los derechos fundamentales por su sólo pertenencia a la humanidad, sin que ningún requisito adicional sea exigible. Esta intuición común constituye lo que un autor denomina la "actitud standard"<sup>16</sup>, compartida por personas de las más diversas orientaciones filosóficas, culturales y religiosas.

Es cierto que, aun siendo comúnmente aceptada a nivel legal, la noción de dignidad humana resulta muy difícil, sino imposible de definir. Se trata de una noción que carga con el peso de una larguísima tradición en la historia del pensamiento. Desde las épocas más remotas, si bien de distintos modos, los hombres han intuído que en todo individuo hay un *algo* incondicional que impone el respeto. Es cierto que esta

---

<sup>14</sup> Cfr. Spiegelberg, Herbert, "Human Dignity: A Challenge to Contemporary Philosophy" en: *Human Dignity. This Century and the Next*, ed. R. Gotesky and E. Laszlo, New York, Gordon and Breach, 1970, p. 62.

<sup>15</sup> Dworkin, Ronald, *Taking Rights Seriously*, Cambridge, Harvard University Press, 1977, p. 198.

<sup>16</sup> Egonsson, Dan, *Dimensions of Dignity. The Moral Importance of Being Human*, Dordrecht, Kluwer, 1999, p. 34.

intuición, que fue desarrollada sobre todo en los planos filosófico y religioso, no siempre se tradujo en la realidad de la vida social y política. El proceso de puesta en práctica del principio de dignidad y la abolición legal de prácticas inhumanas será el fruto de una larga evolución, que recién comenzará a concretarse de un modo pleno en los últimos dos siglos.

Entre las diversas explicaciones de la dignidad humana que han servido de base a este largo proceso, y que no necesariamente se excluyen entre sí, cabe recordar: la idea del alma espiritual e inmortal, típica del pensamiento griego antiguo; la visión judeocristiana del hombre como único ser que tiene una relación inmediata con su Creador, tanto por su origen, en cuanto su alma es creada a la "imagen de Dios" (*imago Dei*), como por su destino, en cuanto está llamado a una unión de felicidad eterna junto a Dios; la eminencia y creatividad del hombre-microcosmos sobre el resto de la naturaleza, exaltada por el Renacimiento italiano (Pico della Mirandola, Ficino); y la capacidad del ser humano de formular la ley moral por medio de su razón y de seguirla libremente, según el esquema kantiano.

La idea de dignidad es paradójica. Por un lado, existe un consenso acerca de que deben evitarse en todas circunstancias ciertas prácticas claramente contrarias a esa dignidad (por ejemplo, la tortura). Por el otro lado, no hay acuerdo en torno a la justificación teórica de la dignidad. El consenso práctico coexiste con un disenso teórico acerca del concepto y del fundamento último de la dignidad humana. De cualquier manera, una cierta aproximación al concepto de dignidad es posible. En líneas generales puede afirmarse que con esta idea nos referimos habitualmente al valor único e incondicional que reconocemos a todo individuo humano, independientemente de cualquier "cualidad accesoria" que pudiera corresponderle

(edad, raza, sexo, condición social, religión, etc.). Es su sola *pertenencia al género humano* lo que genera un deber de respeto hacia su persona, sin que sea exigible ningún otro requisito. La idea moderna de "derechos humanos", es decir, de derechos que se poseen por el sólo hecho de ser hombre, se basa precisamente en esta intuición.

De las diversas conceptualizaciones de la dignidad humana, la de raíz kantiana es una de las que más ha contribuido a clarificar teóricamente el sentido de esta noción. Según Kant, cada persona debe ser tratada siempre como un fin en sí y nunca como un simple medio para satisfacer intereses ajenos<sup>17</sup>. La dignidad es presentada como exactamente lo contrario del "precio", es decir de aquel valor que puede darse a cambio de algo. La dignidad se refiere precisamente a algo (o mejor, a *alguien*) que no tiene equivalente, porque por su propia naturaleza es irremplazable. Las cosas tienen "precio"; las personas tienen "dignidad". La distinción entre personas y cosas, puesta de relieve por Kant es, en efecto, una de las mejores vías para acercarse conceptualmente a la idea de dignidad.

De cualquier modo, debe reconocerse que es más fácil entender la idea de dignidad por medio de comparaciones, analogías y de un modo más bien intuitivo, que a través de una fría definición académica. Más aún, la vía negativa, es decir, la que parte de constatar las prácticas violatorias de la dignidad, parece la más fructífera para comprender más acabadamente la idea en cuestión. Ello se debe a que el mal es más fácilmente reconocible que el bien. En efecto, es precisamente cuando debemos enfrentar situaciones de crueldad cuando advertimos mejor, por contraste, lo que significa la dignidad. Basta con ser

---

<sup>17</sup> Kant, E. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barcelona, Ariel, 1999, p. 189.

testigo de los peores sufrimientos humanos (torturas, amputación de miembros, castigos degradantes, privación de alimentos, etc.), o con sufrirlos en carne propia, para llegar al convencimiento de que la dignidad, aún cuando resulte difícilmente definible, es una característica bien real de los seres humanos y no una pura hipótesis metafísica. En otras palabras, y paradójicamente, son más fáciles de reconocer las prácticas contrarias al respeto incondicional de todo ser humano que aquellas que están en conformidad con tal respeto. Es precisamente este fenómeno el que permitió que, luego de las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial, se llegara a un sorprendente consenso en la formulación la Declaración Universal de Derechos Humanos, incluso entre personas de las más diversas orientaciones filosóficas.

### **5. La dignidad de la persona enferma**

Cuando aplicamos el concepto de dignidad al ámbito médico surge inevitablemente la pregunta acerca del trato que merece el paciente y en qué consiste su dignidad. Esta reflexión se ve en alguna medida dificultada por el hecho de que la ciencia moderna se ha focalizado de modo casi obsesivo en reducir la vulnerabilidad humana, que ha sido vista como el mal absoluto a combatir, y a exaltar simultáneamente la autonomía de la persona. En lugar de considerar a la fragilidad humana, cuyas manifestaciones más evidentes son la enfermedad y la muerte, como un elemento intrínseco de la existencia, se tiende a tratarla como una circunstancia meramente accesorio, que podría superarse gracias al avance tecnocientífico. Este enfoque supone una visión utópica de la ciencia, ya que, ni sus posibilidades son ilimitadas, ni está en condiciones de solucionar como un todo el problema humano existencial. Al mismo tiempo, esta postura implica un desconocimiento antropológico profundo, puesto que no advierte que la

vulnerabilidad es una característica que necesariamente acompaña a la vida de todo individuo. Sin duda, la ciencia debe continuar su lucha contra la enfermedad y es de desear que siga avanzando en la realización de este objetivo con el ritmo vertiginoso que la ha caracterizado en estas últimas décadas. Pero no debe caer en el error de absolutizar a su rival, como si la enfermedad fuera un mal que priva de todo sentido a la existencia humana. No es verdad que sólo una vida en perfectas condiciones psico-físicas (que de hecho, no existe), valga la pena de ser vivida. La dignidad de la persona y el sentido último de su existencia trascienden con creces su estado de salud. Más aún, y paradójicamente, podría decirse que la dignidad humana se muestra de un modo especialmente patente en la persona débil que en la autosuficiente y no necesitada de nadie. Tal como lo destaca Gabriel Marcel, "el carácter sagrado de la dignidad humana aparece más claramente cuando estamos frente al ser humano en su desnudez y debilidad, frente al ser humano indefenso, tal como lo encontramos en el niño, en el anciano y en el pobre" (y nosotros agregaríamos, en el enfermo)<sup>18</sup>. En efecto, en el caso del enfermo, la dignidad no está oculta por las cualidades accesorias de la persona (salud, belleza, aptitudes físicas o intelectuales, etc.), sino que se muestra al estado puro. Es el núcleo mismo de la persona, la esencia de su dignidad, el que se expone sin ningún ropaje externo que pueda disimularla.

Parece necesario, hoy más que nunca, revalorizar la reflexión sobre la vulnerabilidad humana, que nos afecta a todos, aunque más no sea por el hecho de que todos vamos a morir algún día. La perspectiva de que todos formamos parte de una empresa común –la vida–, y de que ésta es inevitablemente

---

<sup>18</sup> Marcel, Gabriel, *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Paris, Aubier, 1964, p. 168.

frágil, nos ayuda a respetar y amar a la persona sufriente. De este modo nos resultará más fácil no minusvalorar a quien padece de una enfermedad grave, evitando colocarlo en una sub-categoría de seres humanos "distintos". El desafío consiste en descubrir en la misma vulnerabilidad humana, y a través de ella, la dignidad de la persona enferma. La consideración de la fragilidad como un elemento constitutivo de la existencia puede también contribuir a dar un sentido a la enfermedad y al sufrimiento, especialmente en aquellos casos en que no hay ningún tratamiento al alcance de la mano. No hay que olvidar que la noción misma de "normalidad" es en buena medida una construcción social. En este sentido, vale la pena recordar las reflexiones del filósofo y médico francés Georges Canguilhem, quien ha insistido en destacar que la "normalidad" y la "enfermedad" no son siempre condiciones claramente distinguibles en términos fisiológicos objetivos, sino que dependen en buena medida de cada individuo, de su aptitud para relacionarse con aquello que lo rodea y de formular sus propias normas de interacción con el medio<sup>19</sup>.

Otro elemento importante a tener en cuenta en este punto es la expresión "calidad de vida", de empleo habitual en todos los ámbitos de la vida social, y entre ellos, en el médico, y cuyo contenido es muy discutido. Se trata de una expresión tremendamente ambigua. Por un lado, puede querer indicar las condiciones físicas, psíquicas y de bienestar material en que se desarrolla la vida del paciente. En este sentido, mejorar la calidad de vida se traduce en un mayor esfuerzo por brindar una atención esmerada a quien padece una enfermedad, a fin de que pueda sobrellevarla del mejor modo posible. En este sentido, no hay dudas de que favorecer la calidad de vida del paciente es no

---

<sup>19</sup> Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1993.

sólo conforme a la dignidad humana, sino incluso exigido por ella.

Pero la expresión calidad de vida puede también tener un sentido completamente distinto y hasta opuesto, cuando se la emplea como sinónimo de "valor de la vida". En este caso, implica emitir un juicio que puede llevar a considerar que ciertas vidas no tienen suficiente "calidad". Este significado, que suele emerger en algunas corrientes bioéticas utilitaristas, supone defender la idea de que ciertas vidas se ubican por debajo de la "norma" (sin que quede claro quién, con qué autoridad y en base a qué criterios ha fijado tal "norma") y lleva a concluir que es preferible que esas vidas se extingan. Aún cuando el contexto en el que hoy se utiliza sea muy distinto, esta noción se acerca peligrosamente a la fórmula hitleriana de "vidas sin valor vital" (*lebensunwerte Leben*)<sup>20</sup>. En términos más crudos, la tesis de la calidad de vida, en esta segunda significación, conduce a sostener que hay seres humanos (enfermos mentales, pacientes en estado terminal, recién nacidos afectados por enfermedades graves), cuya vida ya no tiene valor. El cálculo que se efectúa es el siguiente: dado que la "calidad de vida" actual del individuo es inferior al standard fijado, y que las perspectivas de mejora

---

<sup>20</sup> El concepto de "vidas sin valor vital" tuvo una de sus primeras formulaciones en 1920 en la obra de dos juristas alemanes, Karl Binding y Alfred Hoche, titulada *El derecho de suprimir las vidas que no merecen ser vividas*. Sus autores formulaban así el problema en un pasaje de su obra: "¿existen algunas vidas humanas que han perdido a tal punto la calidad de bien jurídico que su prolongación no tenga a la larga ningún valor, ni para los portadores de esas vidas, ni para la sociedad? La respuesta de los autores era positiva, y les llevaba a afirmar que estaban incluidos en esta categoría, en primer lugar, aquellos individuos que por causa de enfermedades o de incapacidades físicas, son irrecuperables para una vida plena y que, en pleno conocimiento de su estado, manifiestan el deseo de ser liberados de su estado; y en segundo lugar, los enfermos mentales incurables. Estas ideas no permanecieron como un simple tema de debates académicos, sino que fueron puestas en práctica en el programa nazi de exterminio masivo de enfermos mentales.

son muy bajas o nulas, su muerte se convierte en un objetivo a alcanzar, por acción u omisión.

Para evitar confusiones, es importante destacar que nuestra crítica a la expresión "calidad de vida" en su segunda acepción no significa de ningún modo favorecer el ensañamiento terapéutico. Hay ensañamiento terapéutico toda vez que se insiste en seguir un tratamiento que resulta excesivo o desproporcionado en relación con los objetivos y expectativas de mejora de la salud del paciente. En tales supuestos no existe la obligación, ni ética ni jurídica, de continuar con tales procedimientos. Pero en estos casos, la decisión de no seguir sometiendo al paciente a una terapia inútil o desproporcionado no se basa en un juicio negativo sobre el valor de su vida. El objetivo perseguido no es la muerte del paciente, sino permitirle pasar sus últimos momentos de vida en condiciones dignas, manteniendo en la medida de lo posible un contacto con sus familiares, satisfaciendo sus necesidades espirituales, etc. Por esta misma razón, la negativa a los tratamientos desproporcionados nunca puede traducirse en una acción directa contra la vida, porque en este último caso ya habría que hablar de eutanasia, práctica que es rechazada tanto por la ética como por la ley de la inmensa mayoría de los países.

En síntesis, no se debe ni acelerar deliberadamente el fin de la vida, ni postergarlo a cualquier precio. El término medio de este dilema pasa por un mayor desarrollo de los *cuidados paliativos*, que tienen por fin tratar el dolor de un modo profesional, teniendo en cuenta su intensidad, su naturaleza y su evolución. Este tratamiento debe verse enmarcado en lo que se denomina actualmente un "acompañamiento", que consiste en mantener el campo de comunicación abierto con el enfermo, a través de la simple presencia y, en la medida de lo posible, del diálogo. Debe abandonarse la lógica tan desanimante del "ya no

hay más nada que hacer" para adoptar otra lógica, positiva, del tratamiento del dolor y del acompañamiento hasta que llegue la muerte natural. Este acompañamiento tiene por fin que el enfermo conserve una *relación personal* con quienes lo rodean hasta su último suspiro. Se trata de mantenerse a su lado, al borde de esta ribera en la que él estará sólo para embarcarse, pero sin precipitar ni retardar injustamente su partida.<sup>21</sup>

## **6. El cuerpo humano participa de la dignidad de la persona**

La reflexión en torno al cuerpo humano, inevitable en medicina, nos conduce a situaciones paradójicas. Por un lado, sabemos que el cuerpo es más que una mera "cosa" que poseemos. Aun cuando estamos habituados a utilizar un pronombre posesivo y decimos "mi cuerpo", "mi brazo", "mi hígado", etc., ello ocurre porque no tenemos otro medio expresivo a nuestro alcance. En verdad, y más allá de la gramática, no vemos a nuestro cuerpo como un objeto externo, sino como parte constitutiva de nuestra personalidad. Podríamos decir que nuestro cuerpo *somos nosotros mismos*. Por otro lado, intuimos también que nuestro componente físico no agota nuestra personalidad, porque somos *algo más* que nuestro cuerpo. Dicho en forma más cruda, tenemos la íntima convicción de que nuestra persona no se reduce a una mera combinación de sustancias químicas. En algún sentido, *yo soy mi cuerpo*; pero en otro sentido, no soy *solamente* mi cuerpo.

Las dos ideas, en apariencia contradictorias, son fundamentales en bioética. La primera, porque nos evita caer en la cosificación del cuerpo. Precisamente, el riesgo al que está permanentemente expuesto el médico, sobre todo con el

---

<sup>21</sup> Besanceney, Jean-Claude, *Initiation à la bioéthique. Prendre soin de la vie*, Paris, Centurion, colección Infirmières d'aujourd'hui, 1991, p. 40.

incremento de medios técnicos a su alcance, es el de olvidarse que no está tratando con simple materia biológica, sino con *personas*. Este olvido es grave porque la despersonalización del paciente lo expone a un trato indigno por parte del profesional de la salud, aun cuando este último no tenga esa intención deliberada. Está claro que cuando la técnica brinda la posibilidad de ejercer un poder cada vez mayor sobre el ser humano, su realidad corporal y todo lo que ella implica — su vida, su enfermedad, su condición mortal, etc.— corren el riesgo de ser vistos como datos puramente técnicos. En la historia de la filosofía, la corriente que mejor representa este reduccionismo es el dualismo extremo de Descartes. El filósofo francés veía al cuerpo como una mera "cosa" (*res extensa*) que ocupa un espacio físico, y que pertenece más al mundo de los objetos que al de la dimensión personal, mientras que la persona sólo sería una substancia cuya esencia consiste en pensar (*res cogitans*)<sup>22</sup>.

Hoy en día, y en buena medida como respuesta a los nuevos dilemas surgidos por el desarrollo biomédico (procreación asistida, donación de gametos, trasplantes de órganos, etc.), hay una revalorización del cuerpo como elemento constitutivo de la persona. Esto tiene consecuencias prácticas inmediatas: si la persona humana es un ser intrínsecamente digno, y su componente físico es un elemento inseparable de la persona, el cuerpo es también partícipe de esa dignidad personal.

---

<sup>22</sup> "Supe que yo era una substancia cuya esencia o naturaleza no es más que pensamiento, y que para existir no tiene necesidad de ningún lugar ni depende de ninguna cosa material. De modo que yo, es decir, mi alma por la que soy lo que soy, es enteramente distinta de mi cuerpo..." (*Discours de la méthode*, IV parte, París, Vrin, 1987, p. 33). Ver también las *Meditationes de prima philosophia*: "Tengo una idea distinta del cuerpo, en tanto él es solamente una cosa extensa que no piensa, y es cierto que yo, es decir, mi alma, por la que soy lo que soy, es entera y verdaderamente distinta de mi cuerpo y que puede ser o existir sin él (París, Vrin, 1978, meditación 6ª, p. 76).

Precisamente esta consideración de la persona como *un todo*, es decir, como un ser que no es puramente espiritual sino también ineludiblemente corporal, nos ayuda a entender que toda intervención médica, en cuanto opera sobre el cuerpo, cae forzosamente en el campo de la ética.

La segunda idea expuesta, según la cual somos *algo más* que nuestro cuerpo, también tiene una relevancia ética de primera magnitud. Una visión crudamente materialista del ser humano deja poco lugar para la noción de dignidad. En efecto, ¿cómo se puede explicar que un ente que no es más que una mera combinación de elementos químicos tenga un valor intrínseco e incondicional? La idea de dignidad presupone precisamente que el hombre es más que simple materia. Aun siendo el cuerpo un elemento constitutivo de nuestra personalidad, cada uno de nosotros es al mismo tiempo, y sobre todo, *espíritu*. Para combinar ambas ideas podríamos decir, forzando los términos, que somos un "cuerpo espiritual" o un "espíritu corpóreo". Es precisamente la dimensión espiritual la que nos constituye, en última instancia, como "personas". Es gracias a ella que cada uno de nosotros "desborda" de la naturaleza que le es propia. Es en virtud de la parte más íntima de su ser, de *su espíritu*, que el grado de individualidad de cada persona es tan elevado que, sin romper con la naturaleza humana común, la convierte en un ejemplar único.

Estas reflexiones nos colocan ante uno de los grandes desafíos al que se enfrenta la bioética: *recuperar la unidad de la persona*. Tenemos que volver a reunir en una sola realidad personal el cuerpo y el espíritu, sabiendo que el desdoblamiento de ambos conduce, o a un materialismo grosero, desconocedor de la dignidad humana, o a un espiritualismo ingenuo, que olvida que el cuerpo también participa de la dignidad de la persona.

## 7. Conclusiones

La reflexión en torno a la dimensión ética de la actividad biomédica tiene por objeto encuadrar esta última, a fin de asegurar el respeto del ser humano y de su dignidad. Los desarrollos de la medicina y la genética contribuyen indiscutiblemente al bienestar de la humanidad, pero también pueden ser utilizados de un modo que conduzca a la despersonalización de la vida humana. Sin duda, todo progreso técnico se presta a abusos. Pero la biomedicina nos exige una atención particular, porque se trata de un conjunto de disciplinas que no operan sólo sobre el mundo exterior, como el resto de las técnicas, sino *sobre el hombre mismo*<sup>23</sup>.

Por este motivo resulta importante esforzarse para que el progreso científico en esta área sea acompañado de una reflexión ética. La noción de dignidad humana, es decir, del valor intrínseco de todo individuo humano, más allá de su edad, raza, sexo, estado de salud, condición social o económica, es clave en esta empresa. Se trata de modo especial de evitar que los nuevos medios técnicos de que vamos disponiendo sean utilizados en desmedro de los seres humanos más frágiles. La bioética, si es entendida en clave humanista, puede contribuir a la construcción de un mundo más justo y solidario, en el que los progresos científicos contribuyan al bien de todos.

---

<sup>23</sup> Kass, Leon R., *Toward a More Natural Science. Biology and Human Affairs*, New York, The Free Press, 1985, p. 18.