

En: Oscar Garay (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica*, vol. 1, 2ª ed., Buenos Aires, Editorial La Ley, 2014

UNA APROXIMACIÓN A LA BIOÉTICA

Roberto Andorno

1. CONCEPTO Y ORIGEN DE LA BIOÉTICA

La bioética puede ser definida como *el estudio sistemático e interdisciplinario de los dilemas éticos generados por el desarrollo de las ciencias biomédicas*. Es un estudio *sistemático* porque pretende organizarse como una reflexión coherente y estructurada, con principios propios, y no como una simple casuística de problemas morales. Es un estudio *interdisciplinario* porque no solo se integra con el análisis estrictamente ético de los avances científicos, sino también con la evaluación de los dilemas jurídicos, filosóficos y políticos a que necesariamente da lugar el desarrollo de la medicina y la genética. De este modo, es fácil advertir que la bioética trasciende con creces el ámbito de la deontología médica clásica, dado que no se limita al estrecho campo de la relación médico-paciente. La nueva disciplina se erige como una reflexión mucho más amplia acerca de la responsabilidad individual y social a raíz de los nuevos riesgos generados por la biomedicina. Ya no se trata solamente de valorar las prácticas médicas y su incidencia en la integridad física y moral de los pacientes, sino también de tener en cuenta el interés de la humanidad en su conjunto, con vistas a preservar condiciones de vida dignas para las generaciones futuras.

Está claro que los avances sorprendentes de la medicina y la genética en estos últimos veinte años prometen resultados extraordinarios en la lucha contra la enfermedad y en tal sentido deben ser alentados por la sociedad. Pero al mismo tiempo, ellos dan lugar a interrogantes inéditos y serios, que no pueden ser dejados de lado: ¿debe legalizarse todo lo que es técnicamente posible en materia de fecundación extra-corporal, de selección de embriones y de fragmentación de la paternidad y maternidad entre diversos individuos? ¿Pueden duplicarse deliberadamente niños con una misma información genética (clonación)? ¿Es legítima la denominada “ingeniería genética” en gametos y embriones a fin de introducir las cualidades deseadas en nuestra descendencia? ¿Hasta qué punto es aceptable la experimentación no terapéutica sobre el ser humano, sobre todo tratándose de individuos incapaces de dar su consentimiento, como los menores? ¿Cómo debemos tratar a quienes padecen de una enfermedad terminal? ¿Debe prolongarse indefinidamente y en todas circunstancias el tratamiento de tales pacientes, cuando la técnica lo permite? ¿En base a qué criterios debe decidirse la distribución de recursos escasos (órganos para trasplantes, equipos médicos de alta complejidad, etc.), cuando de ellos depende la vida de los pacientes?

Estos son solo algunos de los nuevos interrogantes que genera el desarrollo techno-científico. En todos los casos, podría decirse que la pregunta subyacente de

los nuevos dilemas es: *¿cómo debemos tratar a la vida humana?*¹. Esto queda en evidencia en la etimología de la misma palabra bioética, que significa literalmente *la ética de la vida*.

Es cierto que el desarrollo biotecnológico no solo plantea problemas para la vida humana, sino también para las especies animales y vegetales y para el equilibrio ecológico en general. Así por ejemplo, tanto la experimentación con animales como la creación de especies vegetales y animales genéticamente modificadas dan lugar a interrogantes morales propios que merecen ser encarados y no solo 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. Sin embargo, normalmente la palabra “bioética” se emplea para hacer referencia a los dilemas emergentes de la medicina y de la genética humana, lo cual es comprensible porque se trata de cuestiones que ya son suficientemente numerosas y graves como para merecer que con ellas se constituya una disciplina propia. En efecto, si creemos que el ser humano como tal posee un valor eminente sobre las demás realidades de nuestro planeta, parece justificado que exista un ámbito de reflexión que se ocupe específicamente de los avances tecnológicos que puedan afectar su dignidad. Debe aclararse que en el presente trabajo se emplea la palabra *bioética* en este sentido restringido.

La palabra “bioética” tiene un origen bien conocido. Se trata de un neologismo acuñado en 1971 por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter en su libro *Bioética: puente hacia el futuro*². En esta obra, el autor proponía un enfoque ético global del progreso científico y de sus efectos a largo plazo sobre todos los seres vivos y sobre el medio ambiente. Pero la nueva palabra, que tuvo un gran éxito, fue y sigue siendo empleada principalmente para referirse a las cuestiones planteadas en el ámbito biomédico. A esta interpretación del concepto de bioética y al desarrollo de la nueva disciplina como tal han contribuido inicialmente de modo especial dos instituciones norteamericanas: el *Hastings Center* de Nueva York, dirigido durante varios años por Daniel Callaban, y el *Kennedy Institute of Ethics* y de la Universidad de Georgetown, en Washington. Con posterioridad, se han creado centros universitarios y comités dedicados a la bioética, no solo en los Estados Unidos, sino también en diversos países de Europa (Francia, Inglaterra, España, Italia, Bélgica, Holanda), de Latinoamérica (Argentina, Brasil, México, Chile), de Asia (Japón, India, China) y de Oceanía (Australia).

Debe reconocerse sin embargo que en los países europeos, sobre todo de Europa continental, hubo al principio una cierta resistencia a adoptar el término “bioética”, habiéndose preferido hablar de “ética biomédica”. La palabra “bioética” era vista como el vehículo ideológico de una ética angloamericana de raíz utilitarista, en la que la protección de los seres humanos más débiles (embriones, fetos, personas gravemente discapacitadas, ancianos seniles, enfermos terminales, etc.) pasa a un segundo plano respecto de intereses puramente científicos o comerciales. Según este enfoque crítico, la bioética sería una pseudo-ética al servicio de la ciencia y la técnica³. O para decirlo de modo más crudo, la bioética no sería

¹ Ver mi libro *Bioética y dignidad de la persona*, 2ª. ed., Madrid, Tecnos, 2012, p. 10.

² *Bioethics. Bridge to the Future*, New Jersey, Prentice Hall, 1971.

³ Ver: EMMRICH, MICHAEL (comp.), *Im Zeit der Bio-Macht. 25 Jahre Gentechnik: eine kritische Bilanz*, Frankfurt, Mabuse Verlag, 1999; ISRAEL, LUCIEN y MÉMETEAU, GÉRARD, *Le mythe*

más que una ética hecha “a medida” para satisfacer los intereses de la tecnociencia. Esta resistencia a la versión utilitarista de la bioética explica el hecho de que la Convención del Consejo de Europa sobre esta temática (“Convención de Oviedo”) evite cuidadosamente la palabra “bioética”, que integraba su título en las versiones preliminares del texto. El título definitivo del documento es “Convención de derechos humanos y biomedicina”⁴. En Francia, el Comité nacional creado en 1983 para emitir dictámenes en esta área se denomina “Comité nacional consultivo para las ciencias de la vida”. El equivalente alemán se llama “Consejo de ética” (*Ethikrat*). De todas maneras, en los últimos años, el término “bioética” parece encontrar cada vez menos resistencia y puede decirse que ya adquirido, también en Europa continental, su carta de ciudadanía. La razón del éxito del neologismo reside probablemente en razones prácticas, ya que permite expresar fácilmente un amplio campo de reflexión para el que no existe otro término disponible.

2. PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA BIOÉTICA

El futuro de la bioética pasa sin duda por la *internacionalización* de sus principios. Ello se puede entender fácilmente: en el contexto de la globalización creciente en todos los ámbitos y de la expansión de los intercambios científicos internacionales, los nuevos desafíos ya no pueden ser encarados dentro de los estrechos límites de cada país. Las implicancias globales de la biomedicina y la genética trascienden forzosamente las fronteras políticas y exigen la cooperación de los Estados en la búsqueda de soluciones adecuadas a los nuevos dilemas. La internacionalización de la bioética se lleva a cabo por medio de acuerdos graduales sobre principios generales, evitando normas demasiado específicas que harían difícil el consenso⁵. Ello explica la labor de algunas instituciones internacionales para coordinar esfuerzos en esta área. Se pueden destacar especialmente en este sentido la actividad desarrollada por la UNESCO y el Consejo de Europa.

En 1997, la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) dio un primer gran paso hacia la internacionalización de la bioética con la adopción de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. La idea central de este documento es que el genoma humano no debe ser tratado como una “cosa” expuesta a la apropiación por parte de los particulares o de los Estados, sino como un “patrimonio de la humanidad” (art. 1). Al mismo tiempo, enfatiza el principio según el cual la dignidad de los individuos es independiente de sus características genéticas y por ello debe evitarse el reduccionismo genético, que sentaría las bases de una forma particularmente perversa de discriminación. En otras palabras, se trata de afirmar la idea de que cada individuo, aun poseyendo una información genética que lo caracteriza como ser único, es *mucho más* que su genoma. Al mismo tiempo, el documento califica como “contrarias a la dignidad humana” a dos prácticas concretas: “la clonación con fines de reproducción de seres humanos” (art. 11) y

bioéthique, París, Bassano, 1999.

⁴ El título completo de la Convención, en su versión extensa, es: “Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad humana frente a las aplicaciones de la biología y la medicina”.

⁵ Ver: LENOIR, NOELLE y MATHIEU, BERTRAND, *Les normes internationales de la bioéthique*, 2ª ed., París, PUF, 2004, p. 45 y s.

“las intervenciones en la línea germinal” (art. 24). También es necesario destacar que la Declaración de 1997 ha institucionalizado el “Comité Internacional de Bioética” que es el primero a nivel mundial en esta disciplina. Este organismo, integrado con 36 miembros de diversos países, tiene como tarea principal promover los principios enunciados en la Declaración, así como identificar aquellas prácticas biomédicas que pudieran ser contrarias a la dignidad humana (art. 24).

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de 2005, también elaborada en el ámbito de la UNESCO, constituye otro hito importante en la internacionalización de la bioética⁶. A diferencia de la Declaración de 1997, que se concentraba en las cuestiones de genética, el documento de 2005 establece un marco de principios orientadores para todas las actividades biomédicas. La Declaración contiene quince principios de fondo y cuatro normas relacionadas con la implementación de los principios. Los quince principios de fondo son: 1) El respeto de la dignidad humana y de los derechos humanos (art. 3.1), con el corolario de la prioridad de la persona humana sobre los meros intereses de la ciencia y la sociedad (art. 3.2); 2) La maximización de los beneficios y la reducción al mínimo de los posibles daños para pacientes y participantes en investigaciones (art. 4); 3) El respeto de la autonomía (art. 5); 4) La exigencia del consentimiento informado (art. 6); 5) La protección de las personas incapaces (art. 7); 6) La atención especial debida a las personas vulnerables (art. 8); 7) La confidencialidad de los datos personales de pacientes y participantes en investigaciones científicas (art. 9); 8) La igualdad, justicia y equidad (art. 10); 9) La no discriminación y no estigmatización (art. 11); 10) El respeto de la diversidad cultural y del pluralismo (art. 12); 11) La solidaridad con las personas más necesitadas y la cooperación internacional (art. 13); 12) El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales (art. 14); 13) El aprovechamiento compartido de los beneficios (art. 15); 14) La protección de las generaciones futuras (art. 16); 15) La protección del medio ambiente, de la biosfera y de la biodiversidad (art. 17).

Las normas para la aplicación de los principios son las siguientes: 1) La exigencia de profesionalismo, honestidad, integridad y transparencia en el proceso decisorio sobre cuestiones biomédicas (art. 18); 2) La necesidad de establecer comités de ética interdisciplinarios y pluralistas (art. 19); 3) La promoción de una adecuada evaluación y gestión de riesgos en el ámbito biomédico (art. 20); 4) La exigencia de equidad y justicia en los proyectos de investigación transnacionales (art. 21).

El Consejo de Europa también está jugando un papel destacado en el esfuerzo por la internacionalización de la bioética⁷. En 1996, esta organización adoptó la ya

⁶ Para un análisis detallado de la Declaración, ver: Yolanda GÓMEZ SÁNCHEZ y Héctor GROS ESPIELL (comp.), *La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, Comares, Granada, 2006. Ver también mi artículo: “Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights”, *Journal of Medical Ethics*, 2007, vol. 33, p. 150-154.

⁷ No debe confundirse el *Consejo de Europa* con la *Unión Europea*. El primero es un organismo intergubernamental, integrado con representantes de 47 Estados europeos, cuyo objetivo consiste en promover el respeto de los derechos humanos y el afianzamiento del Estado de Derecho en el continente europeo. La Unión Europea, en cambio, es una verdadera estructura supraestatal, que es el resultado de un esfuerzo de integración económica y política entre los 27 Estados que la integran.

mencionada Convención de Derechos Humanos y Biomedicina, que se abrió a la firma de los Estados miembros al año siguiente en la ciudad de Oviedo. Al igual que la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de 2005, la Convención de Oviedo no se limita a las cuestiones de genética, sino que se extiende a todos los ámbitos de la medicina que puedan afectar la dignidad e identidad del ser humano (art. 1). Este documento enuncia una serie de principios generales, entre los que se destacan: la primacía del ser humano sobre los intereses de la sociedad o de la ciencia (art. 2); el acceso equitativo a los servicios de salud (art. 3); la necesidad del consentimiento informado para someterse a un tratamiento (arts. 5 a 9); el respeto de la confidencialidad (art. 10); el principio de no discriminación por razones genéticas (art. 11); la prohibición de diversas prácticas, tales como los exámenes genéticos predictivos sin finalidad médica (art. 12), de las terapias génicas (art. 13) y de la selección del sexo en las técnicas de procreación asistida (art. 14); el enunciado de reglas generales acerca de la experimentación no terapéutica sobre seres humanos (arts. 15 a 17); la prohibición de crear embriones *in vitro* con fines de experimentación (art. 18); las condiciones para llevar a cabo los trasplantes de órganos (arts. 19 y 20); la prohibición de la comercialización de productos del cuerpo humano (arts. 21 y 22); el principio de responsabilidad civil según el cual la víctima de un daño injustificado tiene el derecho a la reparación integral del perjuicio sufrido (art. 24). El Consejo de Europa ha previsto completar los principios generales enunciados en la Convención con Protocolos adicionales que regulen temas específicos. A la fecha, se han adoptado cuatro protocolos adicionales: sobre clonación humana (1998), trasplantes de órganos y tejidos (2002), investigación biomédica (2005) y exámenes genéticos con fines de salud (2008). Asimismo, la Convención de Oviedo ha institucionalizado el Comité Director de Bioética (CDBI), integrado con representantes de diversos países miembros del Consejo de Europa. Por último, es importante destacar que la Convención ha sido firmada hasta la fecha⁸ por 32 países miembros, habiendo sido ya ratificada por 21 de ellos⁹.

3. TIPOS DE 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. Sin embargo, la nueva disciplina es al mismo tiempo *algo más que ética*, ya que también se integra con diversas perspectivas del mismo fenómeno: médica, genética, jurídica, política, filosófica, religiosa, sociológica, etc. Cada una de estas perspectivas aporta su propia metodología y sus propias preocupaciones en la reflexión acerca del objeto común. Está claro que hoy ya resulta inimaginable una reflexión bioética hecha exclusivamente por médicos, como se puede constatar en cualquier panel o congreso sobre esta materia, en los que invariablemente participan, a la par de los científicos, juristas, filósofos, políticos y teólogos. Dicho de otro modo, el punto de partida de este nuevo campo de reflexión es esencialmente ético; pero las ramificaciones de este tronco común se nutren de diversas disciplinas que se interesan por el respeto del ser humano,

⁸ Noviembre de 2012.

⁹ Ver la lista de ratificaciones de la Convención de Oviedo en:
<http://www.coe.int/bioethics>

de sus derechos y de su dignidad.

Esta necesaria interdisciplinaria nos permite distinguir a grandes rasgos cuatro variedades de bioética, que se complementan entre sí, teniendo cada una de ellas su propia metodología y puntos de interés¹⁰:

La *bioética teórica*, que se interroga acerca de los fundamentos conceptuales de la disciplina dentro del marco de las teorías morales, así como de la justificación de esas nociones básicas (“persona”, “dignidad”, “autonomía”, etc.). “¿Qué ética sirve de base a la bioética?” es una típica pregunta de este nivel de reflexión, en la que tiene particular relevancia la participación de filósofos y teólogos.

La *bioética clínica*, que se vincula con la deontología médica clásica, y se refiere a la toma de decisiones éticas en el día a día de la práctica profesional. Se focaliza por tanto en el caso individual de un paciente que plantea un problema ético a resolver. Son preguntas típicas de esta área: “¿entiende realmente este paciente las distintas alternativas terapéuticas que se le proponen, cada una de las cuales supone un riesgo distinto?”; “¿se debe decir toda la verdad acerca de su enfermedad terminal a un paciente con serios riesgos de depresión?”; “¿se puede quitar el respirador a este enfermo mantenido en estado vegetativo?”, etc. Aquí juega un rol protagónico el médico, que es a quien corresponde directamente la toma de decisiones respecto de un paciente concreto. Eventualmente, los comités de ética hospitalarios también pueden (y deben) intervenir en la toma de decisiones, cuando la importancia del caso lo requiera.

La *bioética normativa*, que es la orientada a la adopción de reglas generales en el contexto de la política sanitaria y del sistema jurídico vigente. A diferencia de la ética clínica, ésta no suele centrar su interés en casos individuales, sino más bien en la racionalidad de decisiones colectivas en áreas en las que confluyen la salud pública, los derechos humanos y la regulación de los avances científicos. Esta regulación jurídica de la bioética resulta inevitable si se tiene en cuenta la insuficiencia de la autorregulación deontológica por parte del ámbito biomédico. Juristas y autoridades públicas tienen directa participación en esta forma de bioética, que a veces se denomina “bioderecho” (*biolaw, biodroit*).

La *bioética cultural*, que se refiere al esfuerzo sistemático por relacionar los nuevos dilemas con el contexto histórico y socio-cultural en el que se expresan. Se trata de evitar el imperialismo ideológico que supondría la imposición de una determinada visión de la bioética a sociedades que dan preeminencia a valores distintos. Este fenómeno se plantea hoy en día de modo especial con la bioética de raíz anglosajona, que es la dominante, y que se caracteriza por un énfasis casi exclusivo en la autonomía individual y por una visión crudamente contractual de la relación médico-paciente. El respeto de la diversidad cultural exige que se evite el “trasplante” liso y llano de este enfoque particular de la bioética en sociedades como las de Europa continental y Latinoamérica, en las que rigen valores distintos: en primer lugar, porque prevalece una visión más objetivista de la ética; en segundo lugar, porque se prioriza la idea de dignidad por encima de la de autonomía individual, y finalmente, porque la relación médico-paciente está más basada en la confianza y menos en la existencia de un acuerdo formal bilateral con obligaciones recíprocas. Por supuesto que las diferencias son aun más marcadas si

¹⁰ Esta distinción se basa en la clasificación propuesta por DANIEL CALLAHAN, en “Bioethics”, *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, New York, Macmillan, 1995, p. 250.

consideramos las sociedades africanas o de Extremo Oriente, que son menos individualistas que las occidentales y ponen más énfasis en el encuadramiento de la persona en el contexto familiar y social. Tanto políticos como sociólogos e historiadores tienen una importante tarea a realizar en este campo, a fin de que el proceso de globalización, que también afecta a la bioética, no se produzca en desmedro del necesario respeto por la idiosincrasia propia de cada pueblo.

4. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Resulta difícil concebir una disciplina esencialmente valorativa, como es la bioética, sin la referencia a ciertos criterios 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*¹¹. 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 años¹². 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 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, solo las circunstancias pueden establecer un orden jerárquico entre ellos.

Esta forma de entender los principios en bioética ha sido criticada, entre otras

¹¹ La última versión es la sexta (New York, Oxford University Press, 2008).

¹² El denominado "principlismo" 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 una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar la investigación con seres humanos.

razones, porque los principios son presentados como nociones puramente formales, es decir, sin contenido sustancial, y por ello no serían aptos para guiar las acciones concretas. Para que sean realmente aplicables, los principios deberían ser enmarcados en el contexto de una teoría moral más amplia, que juegue un rol unificador¹³. Además, al no existir ninguna prioridad intrínseca entre los principios, no está claro cómo se los puede armonizar cuando entran en conflicto. 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 Toulmin¹⁴.

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 cierto¹⁵. 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 médico y no de una decisión solitaria del paciente¹⁶. 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 habitual¹⁷.

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, aun cuando posea un matiz más crítico que esta última¹⁸. 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*

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ *Ibid.*, p. 40.

¹⁷ *Ibid.*, p. 111 y s. Ver también: PELLEGRINO, EDMUND, “The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine”, en: E. SHELP (comp.), *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Kluwer, 1985, p. 243.

¹⁸ Cfr. GILLIGAN, CAROL, *In a Different Voice*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

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

¿Qué se puede decir de estas distintas objeciones a la teoría de los principios bioéticos? Sin duda, muchas de ellas son justificadas y la teoría debe ser corregida, como ya ha sido reconocido por sus propios autores, Beauchamp y Childress, en las últimas ediciones del *Principles of Biomedical Ethics*. 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. Por el contrario, está claro que estamos ante principios éticos generales, válidos para todo el amplio campo del obrar humano y que tienen aquí solo un ámbito específico de aplicación.

También parece fundamental corregir la ausencia de relación jerárquica entre los principios que se advierte en el esquema de Beauchamp y Childress. No solo 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 convincente¹⁹. El bioeticista español sugiere que la no maleficencia y la justicia tienen prioridad sobre la beneficencia y la autonomía. Nuestro deber de no causar daño y de no ser injustos es superior al de hacer el bien. Por eso, estamos obligados a no hacer daño y a no ser injustos, pero no estamos obligados a ser beneficiarios (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.

5. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

¹⁹ GRACIA, DIEGO, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2008, p. 103.

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 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 solo 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 contraindicado²⁰.

En síntesis, frente al antiguo paternalismo que caracterizaba a la labor médica, la valorización del 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. Como ejemplo extremo de esta postura se destaca el norteamericano H. Tristram Engelhardt, quien ve la ética médica como una mera empresa no violenta de solución de conflictos, sin referencia a ningún bien objetivo²¹. Esta posición lleva a privar a la ética de toda significación racional, porque nos presenta “voluntades

²⁰ LORDA, PABLO S., *El consentimiento informado: historia, teoría y práctica*, Madrid, Triacastela, 2000.

²¹ *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996.

subjetivas desbordantes de contenido pero irracionales, las que (...) son radicalmente libres de hacer cualquier cosa y de creer cualquier cosa, de producir cualquier tipo de regla moral promoviendo cualquier concepción de 'su bien'"²². Mientras las partes —médico y paciente— no recurran a la fuerza para imponerse, tienen, según Engelhardt, un derecho absoluto para acordar lo que deseen, en ausencia total de referencia a criterios racionales objetivos.

Este enfoque conduce a una pérdida de sentido de la actividad del profesional de la salud, quien se convierte en una suerte de "mercenario" al servicio de la voluntad caprichosa del paciente. Es verdad que Engelhardt reconoce también el principio de beneficencia. Pero, dado que éste es presentado como un principio puramente formal, es decir, sin un contenido objetivo, como él mismo lo reconoce²³, cabe preguntarse qué significa "hacer el bien" en un contexto en el que se ha renunciado a la capacidad racional humana de reconocer algún valor objetivo, además del de no recurso a la fuerza. En efecto, el "principio de beneficencia" invocado se vuelve entonces algo vacío. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿puede realmente una ética procedimental responder a nuestros deseos de contar con motivos sustanciales para actuar de un modo y no de otro? Engelhardt piensa que estos motivos no se pueden encontrar en la sociedad pluralista moderna (especialmente en la norteamericana), sino solo dentro de las comunidades étnicas o religiosas que coexisten en la sociedad. Pero cabe igualmente preguntarse: ¿una sociedad humana es capaz de subsistir sin ningún valor común, fuera del de no recurso a la fuerza? ¿No está más bien condenada a descomponerse? Llevado al extremo, el absolutismo de la autonomía individual podría, por ejemplo, tornar legítimo cualquier pedido de eutanasia del paciente, con tal que él lo quiera e independientemente de que su situación sea objetivamente grave. 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. Esta nobilísima facultad es el medio por excelencia del que dispone el ser humano para desarrollar todas las potencialidades materiales y espirituales contenidas en su personalidad. 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 nos parece útil insistir en el hecho de que 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.

6. LA DIGNIDAD DE LA PERSONA COMO PRINCIPIO EMINENTE DE LA BIOÉTICA

La finalidad central de la bioética es que las prácticas biomédicas estén en consonancia con el respeto de la dignidad humana. Este constituye el punto de referencia decisivo para entender la actividad biomédica en general y darle su sentido último. En otras palabras, la idea de que cada individuo posee un valor

²² HOTTOIS, GILBERT, en *Aux fondements d'une éthique contemporaine*. H. Jonas et H. T. Engelhardt en perspective, París, Vrin, 1993, p. 27.

²³ Op. cit., p. 109.

intrínseco e inalienable opera como el necesario telón de fondo, no solo de cada decisión clínica concreta, sino de la teoría bioética como un todo y de las normas que regulan la materia. Si nos esforzamos por promover la autonomía de los pacientes, es porque vemos a éstos como “sujetos”, no como “objetos”, es decir, precisamente porque poseen dignidad. Algo semejante podría decirse de los principios de beneficencia, de no maleficencia y de justicia. Sin la idea de dignidad, todos estos principios se vuelven ininteligibles. Por este motivo se puede afirmar que la dignidad humana juega un verdadero *rol unificador* del conjunto de la ética biomédica.

Esta función del principio de dignidad humana está en consonancia con la idea comúnmente admitida de que la dignidad representa un valor absoluto o incondicional, 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 someter una persona a un tratamiento indigno.

Por un lado, la idea de dignidad humana cumple un rol indiscutible en el derecho internacional de los derechos humanos y también en el naciente derecho internacional de la bioética. Sin embargo, hay que reconocer que esta noción no es pacíficamente aceptada entre los bioeticistas. Por ejemplo, la norteamericana Ruth Macklin ha criticado el valor eminente que se atribuye a dignidad humana en los documentos internacionales de bioética, sosteniendo que es un concepto puramente retórico y superfluo, que debería ser simplemente abandonado, ya que solo quiere significar la exigencia de respeto de la autonomía de pacientes y de participantes en estudios científicos²⁴.

En mi opinión, esta posición es conceptualmente errónea. Es cierto que en ocasiones se emplea la noción de dignidad en forma abusiva y puramente retórica, como si ella pudiera resolver por sí sola todos los dilemas bioéticos o como si bastara invocarla para evitarse el trabajo de desarrollar una argumentación en favor o en contra de una determinada práctica. Pero esto no justifica considerar la idea de dignidad como inútil o como un mero sinónimo de la idea de *respeto*. Sin duda, la dignidad inherente al ser humano genera un deber de respeto hacia él. Sin embargo, tal respeto no es más que una *consecuencia* de la dignidad, no la dignidad misma.

La dignidad tampoco puede reducirse a la *autonomía* de las personas. Si bien el respeto de la autonomía forma parte de lo exigido por la dignidad humana, estas dos nociones no se superponen. Si así fuera, los individuos que aun no gozan de autonomía, como los recién nacidos, o los que ya la han perdido de modo irreversible, como aquellos afectados por enfermedades mentales graves, no poseerían ninguna dignidad y, en consecuencia, ningún derecho, lo que no es el caso.

Sin duda, la idea de dignidad no basta por sí sola para dar una solución inmediata y precisa a dilemas bioéticos concretos, sino que funciona por intermedio de otros principios, tales como la exigencia del consentimiento informado del paciente, el cuidado de su integridad física y psíquica, el mantenimiento del secreto profesional, la prohibición de tratos discriminatorios, etc. Pero en todos los casos la idea de dignidad humana juega un *rol paradigmático*

²⁴ MACKLIN, RUTH, “Dignity is a useless concept”, *British Medical Journal*, 2003, vol. 327, p. 1419.

que revela el sentido último de la actividad biomédica. Tener esta idea en mente ayuda a los profesionales de la salud a no perder de vista que cada paciente no es ni un “caso”, ni una “enfermedad”, ni un “diagnóstico”, sino que es una *persona* dotada de un valor inefable y que debe por tanto ser tratada con el mayor respeto y cuidado. Cuando se tiene esta actitud, se le está diciendo tácitamente al paciente: “usted es una persona y no un objeto”; “su existencia tiene un valor intrínseco, no solo para usted, sino también para mí y para todos”. Estas afirmaciones, que normalmente están implícitas en la actividad clínica, tienen una importancia fundamental para evitar la deshumanización de la labor médica.

En síntesis, no es superfluo calificar al respeto de la dignidad humana como criterio supremo de las actividades biomédicas. Aun cuando este principio posea una significación muy amplia, *ilumina* –o mejor dicho, *debe iluminar*– cada decisión concreta en la labor de los profesionales de la salud. Al mismo tiempo, está llamado a servir de guía última para la formulación e interpretación de las normas deontológicas y legales relativas a la biomedicina.

7. LA DIGNIDAD HUMANA, PARADIGMA DE LA BIOÉTICA INTERNACIONAL

El principio de dignidad no solo 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 documentos internacionales ya mencionados asignan al principio de dignidad humana una función central. La Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos de 1997 emplea quince veces a lo largo del documento la referencia a la dignidad humana para justificar las normas adoptadas. La Declaración universal de bioética y derechos humanos de 2005 reconoce a la promoción de la dignidad humana no solo como el objetivo principal del documento (art. 2, inc. c), sino que también le asigna el primer lugar en la lista de principios enumerados (art. 3). Asimismo, la dignidad es reconocida como garantía de no discriminación y no estigmatización de las personas o grupos de personas (art. 11), como el marco que fija un límite al respeto de la diversidad cultural (art. 12) y como el parámetro interpretativo del conjunto de las normas de la Declaración (art. 28).

Algo semejante ocurre con la ya mencionada Convención de Oviedo, que tiene como objetivo primordial “proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina” (art. 1). Es precisamente la idea de dignidad humana la que explica la primacía del individuo, consagrada por el artículo 2º de la Convención, que establece que “el interés y el bienestar del ser humano deben prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia”. Esto significa que ninguna razón de eficiencia económica ni de progreso científico puede justificar la instrumentalización del ser humano. Porque, si seguimos la formulación kantiana de la dignidad, podemos decir que la persona debe ser siempre tratada como un fin en sí y nunca simplemente como un medio. En realidad, la Convención no hace aquí más que reiterar un principio ya clásico de la ética médica, consagrado explícitamente por la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, que fija las reglas éticas para la experimentación médica con seres humanos. Según el artículo 6 de esta Declaración (en su versión

de 2008), “el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”.

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 vivimos²⁵. Según Dworkin, nadie que pretenda tomar en serio a los derechos humanos puede dejar de lado la “vaga pero poderosa idea de dignidad humana”²⁶. 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 sola pertenencia a la humanidad, sin que ningún requisito adicional sea exigible. Esta intuición común constituye lo que un autor denomina la “actitud estándar” (*standard attitude*)²⁷, compartida por personas de las más diversas orientaciones filosóficas, culturales y religiosas.

8. ¿PUEDE DEFINIRSE LA DIGNIDAD HUMANA?

Aun siendo una idea comúnmente admitida, hay que reconocer que no resulta nada fácil definir la dignidad humana, 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 intuido que en todo individuo hay un *algo* incondicional que impone el respeto. Es cierto que esta 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 (Giovanni Pico della Mirandola, Marsilio 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 qué deben evitarse en todas circunstancias ciertas prácticas claramente contrarias

²⁵ Ver: SPIEGELBERG, HERBERT, “Human Dignity: A Challenge to Contemporary Philosophy” en: R. GOTESKY y E. LASZLO (comp.), *Human Dignity. This Century and the Next*, ed., New York, Gordon and Breach, 1970, p. 62.

²⁶ DWORKIN, RONALD, *Taking Rights Seriously*, Cambridge, Harvard University Press, 1977, p. 198.

²⁷ EGONSSON, DAN, *Dimensions of Dignity. The Moral Importance of Being Human*, Dordrecht, Kluwer, 1999, p. 34.

a la dignidad (por ejemplo, la tortura, la esclavitud). 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 en virtud de la mera condición humana, 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 ajenos²⁸. 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 dignidad²⁹.

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 aun, 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 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, aun 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.

9. LA DIGNIDAD DE LA PERSONA ENFERMA

Cuando aplicamos el concepto de dignidad al ámbito médico surge

²⁸ KANT, IMMANUEL, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barcelona, Ariel, 1999, p. 189.

²⁹ Ver mi tesis *La distinction juridique entre les personnes et les choses á l'épreuve des procréations artificielles*, Paris, LGDJ, 1996.

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 accesorias, que podría superarse gracias al avance tecnológico. 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 solo una vida en perfectas condiciones psicofísicas (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 aun, 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)³⁰. 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 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

³⁰ MARCEL, GABRIEL, *La dignité humaine et ses assises existentielles*, París, Aubier, 1964, p. 168.

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 medio³¹.

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 solo 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. Aun 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*)³². 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 estándar fijado, y que las perspectivas de mejora 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 la 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

³¹ CANGUILHEM, GEORGES, *Le normal et le pathologique*, París, PUF, 1993.

³² 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 HOCHÉ, 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”.

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 aquello que no conduce a nada 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 desalentadora 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 solo para embarcarse, pero sin precipitar ni retardar injustamente su partida³³.

10. BIOÉTICA Y RESPETO DE LA VIDA HUMANA

De este principio eminente de respeto de la dignidad humana se desprende de modo inmediato el deber más importante de la labor médica: *respetar la vida humana*. De hecho, este imperativo está implícito en todos los demás principios bioéticos que hemos mencionado: no hay ni justicia, ni beneficencia, ni respeto de la autonomía personal cuando no se hace lo necesario para preservar la vida de otro (en particular, del paciente), y menos aun cuando se causa deliberadamente su muerte.

Desde Hipócrates, la ética médica reconoce este principio como constitutivo del arte de curar. El juramento inspirado por el padre de la Medicina afirma: “Juro... que no daré a nadie un veneno, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de cualquier sugerencia en ese sentido; igualmente, no daré a ninguna mujer un dispositivo abortivo”. No resulta difícil entender la importancia de este deber básico del médico. La vida es la *conditio sine qua non* del despliegue de las potencialidades de cada individuo. Por ello, el derecho a la vida puede ser considerado como el primero de los derechos humanos. En el ámbito médico tiene una particular importancia porque el profesional del arte de curar actúa directamente sobre el cuerpo del paciente y siempre está expuesto a poner en peligro, por acción u omisión, la vida de quien se confía a su saber.

Directamente derivado de la exigencia de respetar la vida encontramos el

³³ BESANCENEY, JEAN-CLAUDE, *Initiation à la bioéthique. Prendre soin de la vie*, París, Centurion, 1991, p. 40.

denominado *principio terapéutico (o de totalidad)*, que ya hemos mencionado anteriormente bajo el nombre de principio de beneficencia, que es el que habitualmente recibe en la bioética angloamericana. Este principio pone de relieve que el objetivo de la medicina es el *bien* del paciente y parte de considerar que la corporeidad humana es un todo unitario y orgánico. Dado que la parte existe por el todo, es decir, que el bien de la parte está subordinado al bien del conjunto, se puede sacrificar una parte del cuerpo humano (un miembro, un tejido, etc.) cuando ello resulta necesario para salvar la vida del paciente³⁴. En estos casos, es la finalidad terapéutica la que justifica que pueda afectarse la integridad física de la persona, lo que de otra manera no estaría permitido.

El principio terapéutico tiene también una aplicación particular en aquellos casos en que una acción médica puede producir simultáneamente dos efectos, uno bueno y otro malo. Se habla entonces del “principio del voluntario indirecto” o de la “acción de doble efecto”. Por ejemplo, para aliviar los dolores del moribundo, se le aplica morfina, que puede tener como consecuencia un acortamiento de su vida; para extirpar el tumor cancerígeno de una mujer embarazada se la somete a una intervención quirúrgica que puede causar indirectamente la muerte del feto. En estos casos, el acto médico se considera éticamente aceptable, cuando se cumplen ciertas condiciones:

- a) que el mal no sea directamente querido, sino un efecto secundario del acto principal, que es en sí mismo bueno; esto implica que nunca está permitido causar directamente un mal para obtener un bien, porque el fin no justifica los medios;
- b) que haya razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menor equivalente, al efecto negativo.

Siempre en relación con el imperativo del respeto de la vida humana existen dos grandes temas, que son de candente actualidad en el debate bioético contemporáneo, vinculados con el trato que merece el embrión humano y el enfermo terminal. Se da la curiosa coincidencia de que las dos únicas referencias directas al respeto de la vida que aparecen en el juramento hipocrático son precisamente las que prohíben el aborto provocado y la eutanasia. Esto pone en evidencia que la preocupación por asegurar un trato digno de la vida humana naciente y terminal no constituye ninguna novedad en el ámbito de la ética médica, sino que desde siempre ha formado parte de su esencia. Ya hemos hecho una breve referencia a la eutanasia en el punto precedente. Cabe ahora mencionar en pocas palabras el tema de la vida humana embrionaria, que hoy ya no solo aparece expuesta a amenazas a través de la práctica del aborto, conocida desde antiguo, sino también por la posibilidad de concebir embriones fuera del cuerpo materno —fecundación *in vitro*—, haciéndolos pasibles de todo tipo de manipulaciones (congelamiento, selección, descarte, empleo como material de experimentación o como fuente de células que podrían tener un uso terapéutico, etc.).

¿Qué se puede decir del embrión humano? Desde el punto de vista biológico no hay dudas de que la formación de la vida es un proceso continuo, coordinado y progresivo que se inicia en el momento de la fecundación del óvulo por el

³⁴ Ver: DURAND, GUY, *La bioéthique*, París, Cerf, 1989, p. 59.

espermatozoide. Este proceso da lugar a la constitución de un nuevo organismo humano, el embrión, dotado de la capacidad intrínseca de devenir un niño y luego un individuo adulto. Es cierto que la autonomía de este nuevo ser es relativa, porque necesita ineludiblemente de la alimentación y protección del cuerpo materno. Pero esta circunstancia no obsta a su condición de individuo humano, del mismo modo que un recién nacido o un adulto gravemente inválido también son totalmente dependientes de la ayuda de terceras personas para poder sobrevivir.

Los conocimientos científicos actuales ponen claramente en evidencia la *continuidad* del proceso de gestación, al mostrar que la pertenencia de un ser vivo a una especie dada está determinada por la información genética contenida en sus células. El conjunto de esta información queda fijada desde la fusión de los núcleos de los gametos. Dado que cada embrión humano posee un genoma humano, que es idéntico al del adulto que está llamado a devenir, está claro que pertenece —tanto como el adulto— a la especie humana. De hecho, ningún ser vivo y en particular, ningún embrión podría devenir específicamente *humano* en el curso de su desarrollo biológico si no lo era ya antes.

En el campo, ya no biológico, sino filosófico, el debate sobre la noción de “persona”, así como la determinación del momento preciso en que se aplica al embrión humano, es sumamente complejo. Existen distintas corrientes filosóficas que interpretan la noción de persona de modo totalmente diverso. Por ello, determinar si el embrión es “persona” depende de la noción de “persona” que se adopte. Si seguimos la noción clásica formulada por Boecio en el siglo VI de nuestra era, que identifica a la persona con todo *individuo de naturaleza racional*, pareciera necesario concluir que el embrión es una persona, dado que hoy ya no tenemos dudas de que, al menos desde el punto de vista biológico, se trata de un individuo que pertenece a la especie humana, que es poseedora de una naturaleza racional. Y esto, más allá de que el embrión aun no esté en condiciones de ejercer las facultades propiamente racionales, que parece poseer en potencia. Pero también existen otras definiciones de “persona” tal como la de John Locke, que la asocia con la identidad de la conciencia a través del tiempo³⁵. Dado que el embrión aun no tiene autoconciencia, no sería “persona”. La mayoría de los autores del mundo anglosajón que niegan la personalidad del embrión se basan en esta segunda definición.

En mi opinión, las definiciones como la de Locke, que identifican a la persona con su conciencia constituyen un reduccionismo. La conciencia es un *acto* de la persona, no la *persona* misma. Para ser *consciente*, primero es necesario *ser*. El acto de autoconciencia no es constitutivo de la persona, sino una de las expresiones, importante sin duda pero única, de la personalidad³⁶. Pero más allá de esta discusión filosófica, está claro que la noción de “persona” es extremadamente compleja y nunca será posible llegar a ponerse de acuerdo sobre su contenido para determinar en forma clara y rotunda si es aplicable al embrión. Sin perjuicio de que el Derecho no pueda eludir la categoría de “persona”, desde la perspectiva ética nos parece más fructífero insistir en la noción de *vida humana*, que es empíricamente verificable, enfatizando el deber que todos tenemos, en cuanto partícipes de ella,

³⁵ *An Essay Concerning Human Understanding*, Oxford, Clarendon Press, 1975, libro II, cap. 27, § 9, p. 35.

³⁶ Ver mi libro *Bioética y dignidad de la persona*, cit., p. 82 y ss.

de respetarla cualquiera sea su grado de desarrollo. Si protegemos los animales contra los malos tratos; si prohibimos la caza de ciertas especies en vías de extinción; si protegemos en forma estricta los monumentos históricos contra cualquier acto destructivo, ¿por qué no estaremos habilitados para proteger la vida humana en su momento de mayor fragilidad?

Cabe también recordar que según un principio ético y jurídico clásico, en caso de duda hay que estar siempre a favor de la parte más débil. Es lo que ocurre, por ejemplo, en el Derecho penal: mientras no se pruebe la culpabilidad del acusado de un delito, se lo presume inocente (*in dubio pro reo*). En el caso del embrión, este mismo criterio conduce a sostener que, mientras no se pruebe que estamos frente a una simple “cosa”, debe presumirse que es una “persona” (*in dubio pro vita* o mejor, *in dubio pro persona*). En síntesis, la actitud ética y jurídica más razonable ante la vida humana en gestación es la de su *respeto*, evitando reducirla a la mera condición de “cosa”, pasible de instrumentalización. Es interesante destacar que el Derecho, que no admite categorías intermedias entre la “persona” y la “cosa”, cuando quiere proteger incondicionalmente al embrión humano, se ve forzado a incluirlo en la categoría de “persona”, independientemente del debate filosófico sobre el tema, que siempre queda abierto.

11. 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”, ello ocurre porque no tenemos otro medio expresivo a nuestro alcance para referirnos a nuestro componente físico. En verdad, y más allá de la gramática, no vemos a nuestro cuerpo como un objeto *externo*, sino como parte constitutiva de nuestra *personalidad*. En tal sentido, podemos decir que no *tenemos* un cuerpo, sino que *somos* nuestro cuerpo. 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 compleja 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 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 técnicos³⁷. En la historia de la filosofía, la corriente que mejor

³⁷ Sobre la tentación moderna de modificar el cuerpo humano a voluntad, ver: MAINETTI, JOSÉ A., “Fenomenología de la intercorporeidad”, *Antropobioética*, La Plata, Editorial Quirón, 1995.

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 solo sería una substancia cuya esencia consiste en pensar (*res cogitans*)³⁸. La visión dualista ha influido mucho en la filosofía, que durante varios siglos ha tendido a excluir al cuerpo de la reflexión sobre la persona. Algunos especialistas contemporáneos de bioética siguen manteniendo un dualismo extremo, con consecuencias prácticas sumamente preocupantes. Es el caso del ya citado H. T. Engelhardt, quien establece una distinción neta entre las “personas en sentido estricto” y la “vida biológica humana”; las “personas en sentido estricto” son solo los seres autoconscientes, racionales, libres en sus elecciones y capaces de juicio moral. Ellos son los únicos que tienen derechos a título propio. En cambio, quienes carecen de tal autonomía moral (embriones, fetos, recién nacidos, enfermos mentales graves), aun teniendo un cuerpo biológicamente humano, no serían “personas” y por tanto no serían merecedores de un auténtico deber de respeto³⁹. Afortunadamente, este tipo de posturas dualistas extremas es minoritaria. Hoy en día, y en buena medida como respuesta a los nuevos dilemas surgidos por el desarrollo biomédico (fecundación *in vitro*, 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. 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

³⁸ “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 *Meditaciones 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).

³⁹ *The Foundations of Bioethics*, p. 135 y s.

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.

12. CONCLUSIONES

La reflexión en torno a la dimensión ética 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.

Por este motivo, resulta importante esforzarse para que las posibilidades abiertas por las tecnologías biomédicas sean acompañadas por una reflexión ética y jurídica. La noción de dignidad humana, es decir, del valor intrínseco de todo ser humano, 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 individuos más frágiles (embriones, fetos, enfermos mentales, discapacitados físicos, ancianos). 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.