

LA VERDAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Relaciones médico-enfermo y teología moral – Salamanca 2001

1. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La relación médico-enfermo (RME) ha venido siendo, hasta hace poco tiempo, un acontecimiento fundamentalmente privado entre dos individuos. Hoy se parece más a una compleja red de múltiples factores: especialistas y equipos médicos, asistentes sanitarios, familiares, servicios de gestión, autoridades públicas, seguros, jueces, comisiones éticas, abogados, otros pacientes, y un panorama bastante diversificado de valores e intereses que suelen entrar en conflicto con cierta frecuencia.

En la actualidad influyen también otros aspectos relevantes como el progreso de la propia medicina, los cambios de la sociedad, la masificación de los hospitales, la creciente sensibilidad de los enfermos para defender sus derechos, y la pluralidad de mentalidades éticas existente entre los médicos aun asumiendo, por su parte, las obligaciones comunes que se derivan de su deontología profesional.

Un baremo útil para medir el estado de las RME es el grado de satisfacción de las necesidades más importantes experimentadas por los enfermos: comunicación, seguridad y protección, comodidad e intimidad, confidencialidad, práctica de las propias creencias y sentirse estimados o acogidos¹.

Es obvio que no se puede caer en visiones catastrofistas, puesto que existe un elevado número de profesionales movidos por elevados criterios de moralidad y por una reconocida competencia en todos los sentidos. Sin embargo, hay muchas necesidades básicas que carecen de cumplida respuesta. Quiérase o no, el enfermo se siente «extraño e un terreno extraño»² a la hora de ingresar en un hospital e incluso cuando acude a cualquier Centro de Atención Primaria. Los problemas relacionados con la falta de información, la presencia de pequeñas o grandes yatrogenias, las “listas de espera”, la incomodidad de las instalaciones, los comentarios indiscretos, la primacía de los cuidados técnicos sobre las inquietudes y los sentimientos individuales, incluidos los religiosos, suelen ser frecuentes. Todo ello genera descontento e «insatisfacción compartida tanto por el personal sanitario, los políticos y los medios de información, como por los propios usuarios»³.

Así pues, es necesario tomar conciencia de que en las RME no es lo mismo trabajar por y para el enfermo que hacerlo *con* el enfermo. Sea cual sea la discusión en boga sobre el significado del término deshumanización, aplicado a este campo, existe suficiente acuerdo para referirlo a la tendencia de identificar paciente con patología y reducir el «arte de curar» a la pura dimensión clínica. En otras palabras, se atiende a la eficacia técnica y se desatiende la vivencia humana, se subraya la importancia de los medios y se ponen entre paréntesis los fines. Los efectos de esta manera de actuar pueden resumirse así⁴: cosificación del paciente, ausencia de calor en las relaciones humanas, sentimiento de impotencia y falta de autonomía en el enfermo y la no infrecuente negación o relegación de sus opciones últimas.

¹ Cfr. N. AGUILERA, «La lesión de los derechos de los enfermos: una enfermedad crónica», en J.GAFO (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, 1986, 101-114.

² H. T. ENGELHARDT, *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, 1995, 317-323.

³ N. AGUILERA, *Ibid.*, 101.

⁴ Cfr. J. GAFO, *10 palabras claves en bioética*, Estella, 1993, 24-27.

En resumen, el gran reto de la medicina consiste en *humanizar* las relaciones entre los profesionales de la salud y el enfermo concreto. Ése es el núcleo en torno al que giran todos los problemas de la Bioética recogidos a continuación.

2. HISTORIA DE LAS RELACIONES MÉDICO-ENFERMO

La evolución histórica de las RME⁵ es un fiel reflejo del desarrollo que ha ido experimentado la ética médica desde los tiempos de Hipócrates. Tanto la imagen que han tenido de sí mismos el médico y el enfermo, como su respectiva forma de tratarse, coinciden con la aparición de una serie de valores y principios fundamentales de actuación que llegarían a convertirse en el eje central de la Bioética contemporánea.

1. Paternalismo médico y principio de beneficencia

Se entiende por paternalismo «la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a las relaciones sociales de otro tipo»⁶ como sucede, en este caso, entre médico y enfermo. Dicha expresión no tiene más de un siglo de existencia pero sí ha perdurado a lo largo de la historia de la medicina. Consiste en buscar el bien de los pacientes tratándolos como seres pasivos o niños, que deben prestar obediencia y sumisión al médico en todo momento, porque sólo él está capacitado para saber y decidir qué es lo mejor para el enfermo. El *Juramento hipocrático* (s.V-IV a.C) es el primer documento representativo de esa actitud.

El énfasis que se pone en la función del médico incluye tres actitudes inseparables: *paternal* (impidiendo que el paciente decida sobre su enfermedad), *maternal* (procurando convertir la enfermedad en un fenómeno lo más gratificante posible) y *sacerdotal* (actuando como mediador entre las fuerzas sobrenaturales y el enfermo, es decir, otorgándole un status de privilegio y autoridad sobre la vida y la muerte)⁷.

Este modo de proceder que acentúa lo gratuito, lo amable, el favor, la benevolencia y la gracia, ha recibido también el nombre de *medicus gratus*⁸, es decir, en el médico hay un carisma (*khárisma*) o gracia (*kháris*), que le concede el poder de gratificar al enfermo y a éste el deber de dejarse gratificar. Alcanzó una gran fortuna histórica a lo largo de la Edad Media, siendo incorporado y modulado por el cristianismo que contribuyó a su extensión universal. Desde entonces se le ha reconocido al médico la posesión de un carisma muy particular, que le obliga a ser la conciencia de su enfermo y a ejercer sobre él las funciones de tutor, padre y madre. Es una especie de sacerdote laico, concededor de los secretos de la vida física, cuya misión es dispensar al enfermo la gracia del cuidado amoroso y de la curación. Entre los muchos testimonios que se podrían aducir, sirva el siguiente y precioso texto del médico judío medieval Isaac Iudaeus:

«Quien se dedica a trabajar con perlas tiene que preocuparse de no destrozar su belleza. Del mismo modo, el que intenta curar un cuerpo humano, la más noble de las criaturas de este mundo, debe tratarlo con cuidado y amor»⁹.

⁵ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Madrid, 1983; ID., «History of the Relationship», en W. T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, IV, Nueva York, 1978, 1655-1662; D. GRACIA, «Los cambios en la relación médico-enfermo», *Medicina Clínica* (Barcelona), 93 (1989) 100-102.

⁶ Es la definición que da el *Diccionario de la Real Academia Española*, Madrid, 1992.

⁷ Cfr. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Madrid, 1989, 43-44.

⁸ Cfr. D. GRACIA, *Ibid.*, 72-86.

⁹ Citado por H. SCHIPPERGES, «La ética médica en el Islam medieval», *Asclepio* XVII (1965) 107-116.

La beneficencia médica, como arte de «curar un cuerpo humano», ha estado siempre inspirada por el ideal humanista y filantrópico que se ha mantenido vivo desde sus orígenes. Un ejemplo muy elocuente es el de Escribonio Largo, médico romano del siglo I d.C., para quien el médico ha de tener «un ánimo lleno de misericordia y de humanidad», prometer ayuda «en la misma medida a todos los que imploran su auxilio», orientar «el ánimo de sus propios alumnos hacia la humanidad» y ocuparse «bajo cualquier circunstancia de ayudar a los enfermos», porque la medicina es la «ciencia de sanar, no de dañar»¹⁰.

En cualquier caso, la beneficencia paternalista fue adoptando otra forma más legal y burocrática debido a la definitiva profesionalización de la medicina y a la aparición de las corporaciones de médicos. La necesidad de regular el ejercicio de la profesión y de tutelar la salud pública exigían nuevos planteamientos. El acento comienza a ponerse ahora en la figura del *medicus politicus*¹¹, o sea, el médico prudente y educado, caballeroso y gentil, el gentleman. No es que el antiguo paternalismo haya desaparecido, pues los enfermos debían acatar siempre las decisiones del médico y abstenerse de emitir juicios sobre su capacidad profesional. Sí cambió y se burocratizó hasta convertirse en la «etiqueta» distintiva de los nuevos colegios profesionales de médicos y de su normativa específica, cuyo nombre más conocido pasó a ser el de «deontología profesional».

En ese nuevo marco hay que inscribir el libro de Thomas Percival, *Medical Ethics*, publicado en 1803, donde se acuña por primera vez la expresión de «ética médica». Ha sido muy fuerte su influencia en todos los códigos deontológicos posteriores hasta mediados del siglo XX. El paternalismo benefactor más elegante y burocrático, defendido por Percival, podría resumirse así:

«El médico debe ser ministro del enfermo, convencido de la importancia de su trabajo y consciente de que el alivio, la salud y las vidas de aquellos encomendados a su cuidado, dependen de su atención, habilidad y fidelidad. Debe procurar comportarse de modo que una la ternura con la firmeza y la condescendencia con la autoridad, a fin de inspirar las mentes de sus pacientes con gratitud, respeto y confianza»¹².

En conclusión, el resultado más importante de todo este período es la definitiva adquisición del santo y seña de la ética médica desde el punto de vista del médico: el principio de *beneficencia*. Está indisolublemente unido con el de «no-maleficencia» y puede resumirse en no hacer el mal a nadie y promover el bien, aunque quizá lo resuma mejor que nadie el libro hipocrático de las *Epidemias*: «favorecer o, al menos, no perjudicar».

El problema heredado de esta época es la tendencia a practicar la beneficencia con actitudes paternalistas: tratar al enfermo como a un niño y creer que el médico es la única persona capaz de definir y decidir unilateralmente el bien que se le debe proporcionar¹³.

2. Libertad del enfermo y principio de autonomía

A partir del siglo XV comenzó a despuntar en Europa otra concepción del hombre y del mundo que se conoce hoy con el nombre de Modernidad. El humanista Juan Pico de la

¹⁰ Los extractos del citado texto pueden verse en D. GRACIA, *Ibid.*, 74.

¹¹ Cfr. D. GRACIA, *Ibid.*, 86-98. Conviene saber que la expresión *medicus politicus* ha sido el título de sendos libros publicados, respectivamente, por Rodrigo de Castro en 1614 y por Friedrich Hoffman en 1738.

¹² Citado por D. GRACIA, *Ibid.*, 91.

¹³ Es el tono que predomina en las páginas de J. DE LAS HERAS, «La relación médico-paciente», en A. POLAINO-LORENTE (dir.), *Manual de bioética general*, Madrid, 1993, 271-278.

Mirándola (1463-1494) ya señaló la aparición de esos nuevos aires cuando quiso explicar el significado de la creación del hombre por Dios:

«Te coloqué en el centro del mundo, para que volvieras más cómodamente la vista a tu alrededor y miraras todo lo que hay en ese mundo. Ni celeste ni terrestre te hicimos, ni mortal, ni inmortal, para que tú mismo, como modelador y escultor de ti mismo, más a tu gusto y honra, te forjes la forma que prefieras de ti»¹⁴.

La tierra había dejado de ser el centro del cosmos, debido a las repercusiones de la *nuova scienza*, y el hombre tomaba conciencia de ocupar el centro de esa tierra. Abierto cada vez más a las crecientes posibilidades de observación y descubrimientos, el auténtico hombre sería aquel que fuese capaz de modelarse y esculpirse a si mismo, libremente, como dueño de sus decisiones y de su destino.

No obstante, el movimiento que más influyó en la gestación de la mentalidad moderna fue el de la Ilustración, uno de cuyos autores más representativos ha sido I.Kant (1724-1804). El lema de los ilustrados se resume en sacar al hombre de su habitual «minoría de edad» y llevarle a servirse de su propio entendimiento con independencia, prescindiendo de tutelas exteriores¹⁵. Teniendo en cuenta esos presupuestos, Kant se dedicó a establecer el marco que permitiese fundamentar la moralidad desde el punto de vista racional.

Según el filósofo de Königsberg, la bondad o maldad de las acciones no depende de su contenido material, de *lo que* se hace, sino del *cómo* o *por qué* se hace. Dicho con otras palabras, el núcleo de la ética reside en la *forma* y el motivo de la acción, no en la materialidad ni en el fin o propósito de la misma. Por lo tanto, la moral procede sólo de la buena voluntad cuando se decide a obrar únicamente *por deber* y no por cualquier otro interés o inclinación. Más aún, esa obligación no procede de la voluntad ni la hace buena por un capricho subjetivo, sino por actuar conforme al único deber objetivo, incondicional y absoluto que existe, el *imperativo categórico*, que se convierte así en principio supremo de la moralidad: «obra sólo según aquella máxima que puedas querer que se convierta, al mismo tiempo, en ley universal»¹⁶.

La ética kantiana ha tenido enorme influencia en Occidente y, de manera particular, en el campo de la bioética, por la indisoluble relación que estableció entre dignidad de la persona y su autonomía moral.

La idea de *dignidad* surge por comparación con la idea de precio. Las cosas o mercancías no poseen un valor en sí, interno, sino externo y relativo a las necesidades y deseos que puedan satisfacer. Están siempre en función de y son medios para conseguir intereses cuantitativos, materiales. Es habitual sustituirlas o intercambiarlas con otras cosas equivalentes. En cambio, la persona jamás tiene precio, pero sí tiene valor en sí misma, porque no puede ser sustituida por nada equivalente ni está en función de o sirve de medio para satisfacer necesidades externas.

«En el reino de los fines todo tiene un *precio* o una *dignidad*. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene dignidad...Lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del hombre tiene un

¹⁴ J.PICO DE LA MIRÁNDOLA, *De la dignidad del hombre*, Madrid, 1984, 105.

¹⁵ «¡*Sapere aude!* ¡Ten valor para servirte de tu propio entendimiento!», afirmaba Kant cuando escribió «Qué es la Ilustración», en *Filosofía de la Historia*, Buenos Aires, 1964, 58.

¹⁶ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, 1990, 92.

precio comercial...pero aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir, dignidad»¹⁷.

Ese valor interno de la persona reside en el hecho de que el ser racional es el único capaz de darse leyes a sí mismo, el único legislador de su propia voluntad para imponerse obligaciones éticas de actuación. Así pues, el fundamento de la dignidad de cada persona reside en su propia *autonomía* moral. Si todo ser racional es un fin en sí mismo por el hecho de ser capaz de moralidad, entonces la «autonomía es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional»¹⁸. A partir de ahí se ha hecho célebre y universal la siguiente formulación del imperativo categórico: «obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio»¹⁹.

La ética kantiana sería después objeto de numerosas críticas y correcciones, como sucedió en el caso de N.Hartmann y de M.Scheler, por citar algunos ejemplos. Sin embargo, su mejor aportación consistió en recordar que el sentido de la moralidad está enraizado en la dignidad del ser humano y en la autonomía personal de la conducta.

Los mimbres de otro nuevo principio de la bioética estaban servidos: la *autonomía* del enfermo. Éste fue abandonando gradualmente su actitud pasiva e infantil y comenzó a tomar conciencia de que nadie podía apropiarse de las decisiones que afectaban a su salud. La transformación del antiguo principio de beneficencia había llegado: para hacer el bien al enfermo era imprescindible contar con su libre y voluntaria aceptación.

Aún tardaría mucho en extenderse ese modo de proceder, pero se dejó sentir pronto en las obras de algunos médicos relevantes. El escocés J.Gregory (1724-1773) afirmaba que «todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida». Por su parte, el norteamericano B.Rush (1745-1813) aseguraba que «el pueblo manda aquí en medicina tanto como en política»²⁰.

No obstante, la influencia de dicha mentalidad jugó un papel decisivo en la aparición de diversos movimientos sociales relacionados con la defensa de los derechos humanos, como la Declaración de Independencia de los Estados Unidos (1776) y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de la Asamblea Nacional Francesa (1789). El impacto que produjo todo ello en el campo de la asistencia sanitaria dio lugar a la llamada «rebelión del sujeto»²¹. El paciente «rebelado» protestaba contra el hecho de que, siendo él persona o sujeto *autónomo* y libre, se le tratase como un simple objeto de curación y no como un sujeto de decisiones.

A raíz de esos acontecimientos surgió la progresiva reivindicación de los derechos del enfermo²², aunque sería necesario esperar a 1973 para conocer la primera Carta de Derechos del Paciente por la Asociación Americana de Hospitales. En España, tras varios intentos fallidos, aparecieron por primera vez en el Art.10 de la Ley General de Sanidad de 1986 y en el cap.III del Código de Ética y Deontología Médica de 1990.

Otro aspecto de gran interés ha sido el intento del médico alemán Viktor von Weizsäcker (1886-1957) para conseguir la «introducción del sujeto en medicina»²³,

¹⁷ I. KANT, *Ibid.*, 112.

¹⁸ I. KANT, *Ibid.*, 114.

¹⁹ I. KANT, *Ibid.*, 104.

²⁰ El comentario sobre sus aportaciones puede verse en D. GRACIA, *Ibid.*, 146.152-154.

²¹ P. LAÍN ENTRALGO, *La relación...*, 218-231, cit. supra en nota 5.

²² Sobre el panorama de su evolución histórica, cfr. D. GRACIA, *Ibid.*, 173-182.

²³ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona 1994, 633-638.

recogiendo al mismo tiempo lo más granado de la tradición humanista y las exigencias de la autonomía personal. El enfermo no es sólo un organismo físico-químico, un *qué*, sino un sujeto personal concreto, un *quién*, caracterizado por estar viviendo en estado patológico.

En consecuencia, las RME no tienen lugar en el plano sujeto-objeto sino entre dos sujetos que se acompañan a lo largo de un camino terapéutico. Esta perspectiva sitúa la acción biomédica dentro de la bioética y permite soldar la calidad técnica con la calidad *humana* de la asistencia sanitaria.

3. Implicación de la sociedad y principio de justicia

El modo de entender la sociedad y la correspondiente tradición política, elaboradas a lo largo de los siglos, han tenido también una influencia decisiva en la configuración del principio de justicia aplicado al campo de la Bioética.

Las RME nunca han tenido lugar en «una isla desierta»²⁴, aunque haya estado muy extendida esa manera de entenderlas. De un modo u otro siempre han sido sociales, y lo continúan siendo, por el simple hecho de iniciarse cuando una persona necesitada decide solicitar ayuda a otra. Además, la enfermedad suele vivirse en el seno de una familia y de otras personas allegadas sobre las que influyen, cada vez más, las instituciones públicas o privadas relacionadas con la asistencia sanitaria.

Hoy día, sin embargo, la presencia de la sociedad está tan incrustada en las RME que ya no es posible considerarla como simple instrumento o medio de las decisiones que tomen el médico y el enfermo, sino como condición y parte indispensable de esa misma relación. Así pues, la RME no es diádica sino triádica, triangular. Sus puntos de apoyo son el enfermo, el médico y la sociedad. Ésta última se refiere expresamente a las instituciones de asistencia sanitaria: Centros de Atención Primaria, Hospitales, Seguros de Enfermedad, Jueces y Organismos estatales encargados de la Salud Pública. Todas ellas constituyen las “terceras partes” de la RME y se rigen por un principio específico que es el de *justicia*.

Ha sido objeto de diversas formulaciones como las de proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y utilidad pública²⁵, en función del modelo de sociedad y de medicina vigentes. No obstante, su introducción explícita dentro de la bioética ha tenido lugar tan solo hace un par de décadas.

A principios de los años setenta se produjeron dos fenómenos de la máxima importancia en el mundo occidental. El primero fue de orden económico, coincidiendo con la crisis del 73, que terminó socavando las finanzas de la Seguridad Social y descubriendo la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades sanitarias de la población. El segundo, estrictamente médico, fue el vertiginoso desarrollo de la ingeniería genética, las técnicas de reproducción asistida, los trasplantes, la definición de la muerte y las técnicas de soporte vital. La confluencia de ambos fenómenos hizo plantearse la cuestión del acceso igualitario de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria y la distribución equitativa de recursos médicos cada vez más costosos y limitados. Si nuestra época ha sido la primera en garantizar el cuidado de la salud a toda la sociedad, ¿qué criterios sirven para definir las necesidades sanitarias?, ¿cómo diferenciar en ese ámbito lo necesario de lo superfluo?, ¿cuáles son los criterios para distribuir los recursos sanitarios?, ¿cuál es la medida para decidir a quién se concede la primacía en la utilización de una determinada terapia?, ¿cómo dirimir los conflictos que surgen a la hora de aplicar los principios de beneficencia y autonomía?.

²⁴ «Cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta», solía decir el gran clínico Schweninger, médico de Bismarck, según lo recoge P. LAÍN ENTRALGO, *La relación...*, 24.

²⁵ Véase la detallada exposición que hace D. GRACIA, *Ibid.*, 200-293.

Llevados por su tradicional pragmatismo, los norteamericanos afrontaron tal cúmulo de problemas creando para ello dos Comisiones específicas, entre 1974-1978 y 1981-1983, que propusieron tres principios operativos de solución: *bienestar*, *respeto* a las personas y *equidad*, que se aplicaron respectivamente a problemas relacionados con el Consentimiento Informado (principio de respeto), Proporción Riesgo/Beneficio (principio de bienestar) y Selección de Sujetos de Investigación (principio de equidad).

A su vez, el Informe final de la segunda de las Comisiones citadas consideró que en una sociedad justa, orientada a promover la igualdad de oportunidades, se debe asegurar que «un cierto nivel de servicios sanitarios estén a disposición de todos»²⁶. Es una definición de justicia basada en el modelo utilitarista²⁷, según el cual la medida de lo justo y de lo injusto y, por tanto, el criterio moral para discernir lo bueno de lo malo es el de *utilidad*: conseguir el «mayor bien para el mayor número». Aplicado al mundo de la salud significa:

- Que el acceso a un adecuado nivel de asistencia sanitaria es un derecho humano básico, junto al de vivienda, educación y alimento. Forma parte del «mínimo decente»²⁸ que corresponde a todos en virtud de la justicia distributiva y, de manera especial, hay que asegurárselo a quienes no estén en condiciones de conseguirlo.
- Que el principio de justicia comporta igualdad en el tratamiento de las situaciones que son iguales e implica desigualdad en aquellas otras que redunden en beneficio de todos y especialmente de los menos favorecidos, a la hora de plantearse la distribución de los recursos sanitarios²⁹.
- Que la justicia está indisolublemente unida a la «no-maleficencia», porque en la sociedad tiene primacía absoluta la obligación universal de no hacer daño a nadie por el hecho de que todas las personas merecen igual consideración y respeto.
- Que el principio de justicia sirve de mediación en las situaciones de conflicto que surgen entre el principio de autonomía (enfermo) y el principio de beneficencia (médico), o sea, en las RME. En este sentido, las sentencias judiciales de los Estados Unidos han prestado una gran contribución.

Finalmente conviene recordar que, en 1979, se publicó un libro³⁰ llamado a ejercer un influencia decisiva en la Bioética occidental por haber establecido los principios de *autonomía*, *beneficencia* y *justicia*. Exceptuando el primero, los otros dos hunden sus raíces en la más antigua tradición médica junto al de *no-maleficencia*. Constituyen el marco y el lenguaje para analizar y resolver los conflictos éticos en el ámbito sanitario.

4. Teología moral y principio de solidaridad

El lector ya habrá podido observar que la aparición del principio de justicia en el campo de la Bioética está rodeado de connotaciones jurídicas, cosa obvia si se tiene en cuenta la complejidad de la biomedicina actual. Sin embargo, tiene otras vertientes que todavía no han sido objeto de suficiente consideración.

²⁶ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Summing Up*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1983, 12.

²⁷ Cfr. J. S. MILL, *El utilitarismo*, Barcelona 1985, 172-192.

²⁸ La expresión *decent minimum* pertenece a Ch. FRIED, «Rights and Health Care: Beyond Equity and Efficiency», *New England Journal of Medicine*, 293 (1975) 241-245; «Equity and Rights in Medical Care», *Hastings Center Report*, 6 (1976) 29-34; ¿«Es posible la libertad»? en S. M. McMURRIN, (ed.), *Libertad, Igualdad y Derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, Barcelona 1988, 91-132.

²⁹ En este aspecto ha tenido enorme éxito la obra de J. RAWLS, *Teoría de la justicia*, México 1979.

³⁰ T. L. BEAUCHAMP - J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York 1979.

En cuanto virtud moral destinada a proteger la dignidad de cada persona, la justicia es capaz de promover el respeto al otro como un fin o valor en sí mismo y denunciar, simultáneamente, cualquier tentación de degradarlo a nivel de cosa. Ese planteamiento responde a las exigencias derivadas de la dignidad humana (I.Kant), recoge la necesidad de «introducir el sujeto en medicina» (V.Weizsäcker) y conecta con la mejor tradición médico-humanista, tal como se ha visto en las páginas anteriores. En otras palabras, el médico está llamado a integrar cada patología en la totalidad de la persona enferma, es decir, en la trayectoria irreplicable del sujeto que la padece. La justicia le impone el deber de regirse por el principio del «reconocimiento del otro»³¹, convirtiendo así la *humanización* en cauce ordinario de las relaciones con el enfermo: tratarle conforme a su dignidad personal, aceptar su carácter único y unitario, respetar su libertad, fomentar la reciprocidad, la empatía y el afecto³², son compromisos irrenunciables de una praxis médica justa.

Ahora bien, todo lo anterior puede resumirse con otra expresión que posee gran ascendencia histórica y moral: la *solidaridad*. Es un valor que pertenece al patrimonio colectivo de la humanidad y, al mismo tiempo, es una instancia crítica que despierta el sentido de interdependencia y de corresponsabilidad entre los seres humanos, sobre todo cuando atraviesan situaciones difíciles como sucede en la enfermedad. Por el hecho de referirse al bien que se puede hacer a los demás (beneficencia) respetando su dignidad personal (autonomía), sin causar daño a nadie (justicia), la solidaridad se convierte en uno de los fundamentos más importantes para revitalizar continuamente la Bioética.

La concepción del hombre como *imagen de Dios* (Gén.1,26) equivale a definirlo como un ser constitutivamente relacional hacia los demás seres humanos, el mundo y Dios. De esas tres relaciones la primera y fundante es Dios, el cual no es para el hombre una magnitud extraña o un tercero desconocido y ajeno, sino la clave decisiva de su propia autocomprensión. Al llamarlo por su nombre Dios no crea un simple objeto entre las demás cosas, sino un sujeto de diálogo interpersonal y capaz de responder al tú divino. En definitiva, Dios crea una persona definida esencialmente por la relacionalidad:

- Una relación de dependencia, porque tanto la razón de ser del hombre como su textura existencial provienen de Dios, es decir, su vida entera consiste en representar la imagen que le identifica.
- Y una relación recíproca, porque no solamente es el hombre quien está referido a Dios sino que es el propio Dios quien se refleja y autorremite al hombre, haciendo de él su espejo viviente, su *alter ego*. Dios es el tú del hombre y el hombre es el tú de Dios.

Por consiguiente, la cualidad ontológica del ser humano fundamenta su cualidad axiológica: cada hombre es único e irreplicable y, al mismo tiempo, posee el valor de lo insustituible. Habiendo sido creado por amor y querido como un fin en sí mismo, jamás puede ni debe ser tratado como mero instrumento o medio, ya que ha quedado radicalmente traspasado por una dignidad incondicional que le confiere valor absoluto relativo en virtud de su constitutiva y fundante relación a Dios, el absoluto³³.

³¹ Cfr. J. MOLTSMANN, «La humanidad de la vida y de la muerte», en *El experimento esperanza*, Salamanca, 1977, 138-144; «La ética y el progreso de la biomedicina», en *El futuro de la creación*, Salamanca, 1979, 170-173.

³² Cfr. J. GAFO, *Ibid.*, 35-43, cit. supra en nota 4.

³³ Cfr. J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *Imagen de Dios. Antropología teológica fundamental*, Santander, 1988, 19-81. Su relación con la Bioética puede verse en C. GONZÁLEZ QUINTANA, *Dos siglos de lucha por la vida: una contribución a la historia de la bioética*, Salamanca, 1995, 244-245.