

LA DIGNIDAD HUMANA COMO PRINCIPIO BIOJURÍDICO Y COMO ESTÁNDAR MORAL DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE *

HUMAN DIGNITY AS A BIOJURIDICAL PRINCIPLE AND AS A MORAL STANDARD OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Roberto Andorno

Universidad de Zúrich

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2070-8703>

roberto.andorno@uzh.ch

Cómo citar este artículo/Citation: Andorno, R. (2019). La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *Arbor*, 195 (792): a501. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2002>

Copyright: © 2019 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Recibido: 30 septiembre 2015. Aceptado: 28 abril 2016.

RESUMEN: El artículo destaca la importancia de distinguir entre dos roles diversos que la noción de dignidad humana juega en bioética: uno, como principio de orden jurídico-político, y otro, como estándar moral del trato debido al paciente. Cuando la dignidad es entendida en el primer sentido, nos encontramos con un concepto muy general, que cumple un rol fundacional y de orientación de las normas relacionadas con las prácticas biomédicas. En cambio, cuando es utilizada en el segundo sentido, intenta captar la exigencia moral de tratar siempre al paciente como “persona”, es decir, con el mayor cuidado y respeto. Para clarificar el significado de la dignidad como principio, se apela a la distinción entre principios y normas elaborada en el campo de la filosofía jurídica. La dignidad como estándar moral de la relación médico-paciente se ilustra en base a una serie de estudios empíricos.

ABSTRACT: This paper suggests the need to distinguish between two different roles played by the concept of human dignity in bioethics: one, as an overarching policy principle, and the other, as a moral standard of patient care. While the former is a very general concept, which fulfils a foundational and a guiding role of the normative framework governing biomedical issues, the latter reflects a more defined and context-specific understanding of the patient as a “person”. The importance of dignity as a policy principle is described in this paper by appealing to the distinction between principles and rules as developed in legal philosophy. The value of dignity as a standard of patient care is illustrated by drawing on a number of empirical studies.

PALABRAS CLAVE: Dignidad humana; bioética; principios; relación médico-paciente

KEYWORDS: Human dignity; bioethics; principles; doctor-patient relationship.

*El presente trabajo constituye una versión avanzada y en español de un artículo del autor publicado originariamente en inglés con el título “The dual role of human dignity in bioethics” (*Medicine, Health Care and Philosophy*, 2013, 16 (4), pp. 967-973). Dicho texto ha sido revisado, modificado y actualizado para su presente publicación.

1. INTRODUCCIÓN

La noción de dignidad humana es objeto de una seria controversia en el campo de la bioética, y en particular en relación con los instrumentos internacionales sobre cuestiones biomédicas. Por un lado, la idea según la cual los seres humanos poseen una dignidad inherente es presentada por el derecho internacional como el fundamento último del sistema global de derechos humanos que surgió como respuesta a los horrores de la Segunda Guerra Mundial. Esta noción juega un rol aún más visible en los instrumentos internacionales sobre bioética adoptados desde fines de los años 90 por organismos intergubernamentales tales como la UNESCO y el Consejo de Europa. Por otro lado, el recurso a la dignidad humana en el discurso bioético ha generado fuertes críticas por parte de algunos filósofos, sobre todo en el mundo angloamericano, donde la ven como una noción puramente retórica y sin contenido. En este sentido, la bioeticista norteamericana Ruth Macklin, en un editorial del *British Medical Journal*, calificó a la dignidad humana de “concepto inútil”, ya que, en su opinión, no significa más que el respeto debido a la autonomía de las personas. Por tal razón, podría ser simplemente eliminado del vocabulario bioético “sin que ello acarree ninguna pérdida de contenido” (Macklin, 2003).

La posición de Macklin generó vehementes réplicas, sobre todo por parte de profesionales de la salud dedicados a la atención de pacientes terminales o en otras situaciones de extrema vulnerabilidad. La idea dominante en tales réplicas es que, si abandonásemos el concepto de dignidad humana, eliminaríamos la razón última por la que consideramos que cada paciente, cualesquiera que sean sus aptitudes físicas o mentales o sus expectativas de vida, merece ser tratado como un ser único e irremplazable. Es decir, si desaparece la dignidad, también el respeto de la autonomía pierde su justificación.

Sin duda, el respeto de la autodeterminación de las personas constituye uno de los elementos clave en todo esfuerzo por asegurar el respeto de su dignidad intrínseca. Sin embargo, la dignidad tiene un contenido mucho más amplio que el de la mera autonomía. Como se afirma en una de las réplicas a Macklin, la dignidad no puede ser simplemente reducida a la autonomía, ya que “uno puede respetar la autonomía de un paciente en el modo en el que la autora lo describe, y sin embargo no tratarlos con la dignidad que se merecen. He visto muchos formularios de consentimiento informado firmados

por pacientes que fueron tratados con poca dignidad” (Taylor, 2003). También se sostiene en tales réplicas que la dignidad no puede ser sinónimo de “autonomía” por la sencilla razón de que también quienes poseen una autonomía muy limitada o nula (por ejemplo, los que sufren enfermedades mentales o los recién nacidos) son también reconocidos como poseedores de una dignidad intrínseca (Allison, 2003; Ford, 2003).

También cabe recordar que hay innumerables decisiones “autónomas” que, por ir en contra de la dignidad del propio individuo, no se consideran legítimas ni por la ética ni por el derecho. Por ejemplo, está claro que, por más “autónomo” que sea el deseo de una persona de trabajar en condiciones próximas a la esclavitud, tal deseo no es reconocido como válido por el sistema jurídico. El derecho abunda en normas de este tipo, llamadas *de orden público*, que no pueden ser dejadas de lado por la voluntad de los particulares, precisamente en cuanto tienden a prevenir prácticas contrarias a la dignidad humana. En el campo médico también existen numerosos ejemplos en tal sentido: ni el consentimiento a una experimentación científica que implica un riesgo desproporcionado para la propia vida ni la voluntad de vender un riñón se consideran normalmente como compatibles con la dignidad humana y, en consecuencia, no son reconocidos como válidos. En síntesis, puede decirse que es la dignidad humana la que fija el marco en el que las decisiones autónomas gozan de legitimidad.

Comentando esta controversia, el jurista y bioeticista norteamericano Alexander Capron ha señalado que se trata de un falso debate, ya que Macklin y sus críticos se refieren a cosas diferentes: mientras Macklin critica sobre todo el uso genérico y abstracto del término *dignidad*, tal como se lo encuentra en los instrumentos internacionales sobre bioética, sus críticos están preocupados por el modo en el que los pacientes deben ser tratados por los profesionales de la salud (Capron, 2003). En mi opinión, si bien la explicación de Capron es en parte acertada, simplifica excesivamente la discusión. Además, sería erróneo deducir de su argumentación que hay un uso “correcto” de la dignidad (como un estándar de la atención debida al paciente) y uno “erróneo” (como principio general del derecho biomédico). Este artículo tiene precisamente por objeto subrayar que no hay conflicto entre estos dos enfoques de la dignidad humana, ya que se trata de dos facetas complementarias de la misma idea según la cual todos los seres humanos poseen un valor inherente e incondicional.

2. LA DIGNIDAD HUMANA COMO PRINCIPIO BIOJURÍDICO

2.1. La dignidad humana en el derecho internacional biomédico

La idea según la cual los seres humanos poseen una dignidad intrínseca y, como consecuencia, son titulares de ciertos derechos fundamentales es el pilar en el que se apoya todo el sistema internacional de derechos humanos que surgió después de 1945, así como la inmensa mayoría de los sistemas jurídicos nacionales. En el pensamiento político moderno, la razón de ser del estado consiste precisamente en la tutela de la dignidad y derechos de las personas. Es en tal sentido como se habla de *estado de derecho*, es decir, de un estado que no actúa de modo arbitrario, sino que está sujeto al respeto de normas constitucionales y legales, entre las cuales se destacan las referidas a los derechos y libertades de las personas.

Dicho de otro modo, las normas jurídicas no crean los derechos humanos de la nada; los derechos no son una invención caprichosa del legislador, quien podría legítimamente revocarlos en un cambio de humor. Por el contrario, tanto los estados como la comunidad internacional en su conjunto están moralmente obligados a reconocer que todas las personas poseen derechos fundamentales (es decir, que todas las personas están igualmente habilitadas a acceder a ciertos bienes básicos), porque tales prerrogativas se derivan de la dignidad inherente a la persona humana. Es decir, la dignidad no es un término genérico para referirse a la suma de derechos humanos, sino que es la *f fuente* de tales derechos. Sin la dignidad, los derechos humanos se quedarían sin sustento. Solo teniendo la noción de dignidad humana como trasfondo se entiende la afirmación de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH) según la cual “todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica” (art. 6). En efecto, en última instancia, el recurso a la dignidad expresa la idea según la cual todos los seres humanos son personas, es decir, que todos tienen “el derecho a tener derechos” (Arendt, 1995, p. 465).

Si bien los derechos humanos no son “inventados” por las leyes, es obvio que la *eficacia práctica* de tales derechos depende en buena medida de su reconocimiento legal, así como del establecimiento de una serie de mecanismos institucionales y jurisdiccionales. Aun así, conviene insistir en que la *validez última* de los derechos humanos no está condicionada por tal reconocimiento e institucionalización (Nickel, 1987).

El uso del verbo “reconocer” en la DUDH, tanto en el ya citado artículo 6, como en su preámbulo, que se refiere a la necesidad de “reconocer la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”, deja bien en claro que se trata de valores preexistentes a las normas legales. De algún modo, podría decirse que la dignidad humana sirve de “puente” entre la moral y el derecho. Como lo señala Habermas (2010, p. 6 y p. 10), la dignidad es “el portal a través del cual el sustrato igualitario y universalista de la moral se traslada al ámbito del derecho” y viene así a cumplir una “función catalizadora” en la construcción de los derechos humanos.

En otras palabras, los sistemas jurídicos no presentan la noción de dignidad humana como una hipótesis metafísica o como una ficción legal arbitraria, sino como la base indispensable para el buen funcionamiento de la sociedad. Todos los seres humanos, en razón de su mera condición humana, son vistos como realmente merecedores de un respeto incondicional y del reconocimiento de derechos y libertades fundamentales, independientemente de su edad, sexo, capacidad física o mental, origen étnico, religión, ideas políticas, condición socioeconómica o cualquier otra condición particular o circunstancia.

En este punto conviene asimismo señalar que, contrariamente a lo que a veces se sostiene en los ámbitos bioéticos, especialmente en el contexto angloamericano, la idea de la dignidad humana no se basa en un reclamo “especista”, es decir, en el mero hecho de que se trata de nuestra propia especie. La dignidad de cada ser humano no resulta del puro dato biológico de pertenecer a la especie *Homo sapiens*. Por el contrario, se basa en el hecho de que la especie humana se caracteriza, de modo general, por el ejercicio de la inteligencia, del libre albedrío, de la capacidad de auto-comprensión, de la aptitud para expresar los más altos valores morales y estéticos por medio de las artes, etc. Estas extraordinarias habilidades distinguen cualitativamente -y no solo cuantitativamente- a los seres humanos de todos los demás seres vivos conocidos, aun cuando tales capacidades no estén actualmente presentes en todos los seres humanos, o no en todos en el mismo grado. Tales capacidades, que ponen de manifiesto un núcleo duro de naturaleza espiritual, hacen de cada ser humano algo absolutamente único, valioso e insustituible. Por ello, puede decirse que, si además de los seres humanos, existieran otros seres en el universo que estuvieran dotados de intelecto y libre albedrío, también serían merecedores del reconocimiento de una dignidad intrínseca (Sulmasy, 2007).

Otra objeción común al recurso a la dignidad humana es que las normas legales, tanto nacionales como internacionales, no definen este concepto. Tal silencio sería la prueba de que estamos ante una noción hueca. Este argumento, sin embargo, no resulta convincente. La mera falta de definición no prueba por sí sola que la noción de dignidad sea vacía o puramente retórica. Cabe recordar que ninguno de los grandes valores en los que se sustenta la vida en sociedad (justicia, libertad, solidaridad, etc.) es claramente definido por las leyes, y de ello no se deduce que se trate de nociones puramente retóricas y sin contenido. Si la dignidad humana no es definida, no es porque sea vacía o demasiado pobre, sino al contrario, porque es demasiado rica como para ser encapsulada en una definición precisa. En realidad, el significado básico de la idea de dignidad es muy sencillo y encarna una exigencia básica de justicia hacia todas y cada una de las personas. Esta exigencia presupone, en palabras de Rawls (1973), que “cada persona posee una inviolabilidad basada en un principio de justicia, sobre el cual ni siquiera tiene prioridad el bienestar de la sociedad como un todo” (p. 3).

Incluso en ausencia de una definición precisa, el derecho internacional brinda algunas pistas que ayudan a comprender el concepto de dignidad cuando afirma: primero, que la dignidad es “inherente ... a todos los miembros de la familia humana” (DUDH, preámbulo); segundo, que todos los seres humanos son “libres e iguales en dignidad y derechos” (DUDH, artículo 1); tercero, que “estos derechos derivan de la dignidad inherente a la persona humana” (*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* y *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1966, preámbulos). Esta última afirmación es especialmente valiosa: si los derechos básicos de las personas se basan en el valor inherente de cada ser humano, y no en una decisión meramente contingente de legisladores o de la comunidad internacional, entonces tales derechos no pueden ser simplemente “revocados” por el estado.

Para el tema que nos ocupa, es importante señalar que, si bien el sistema internacional de derechos humanos se basa en la idea de dignidad humana, los instrumentos internacionales sobre bioética hacen un uso aún más explícito y recurrente de esta noción. La dignidad humana es como el *leitmotiv* del bioderrecho o, en otras palabras, su “principio eminente” (Andorno, 2012, p. 35). En el mismo sentido, Lenoir y Mathieu (2004) califican la dignidad de “principio matriz” (*principe matriciel*) de las normas internacionales sobre bioética (p. 16).

Beyleveld y Brownsword (2002, p. 11) han sostenido que las normas internacionales sobre bioética emplean dos nociones opuestas de dignidad: la “dignidad como facultad” (*dignity as empowerment*), que es la incluida en los clásicos instrumentos internacionales de derechos humanos, y la “dignidad como restricción” (*dignity as constraint*), que sería una creación reciente de los instrumentos relativos a la bioética. Según esta interpretación, la primera noción de dignidad se identificaría con la capacidad para actuar de modo autónomo y con el derecho del individuo a aquellas condiciones que favorecen el pleno desarrollo de su personalidad. En cambio, la segunda noción de dignidad reflejaría una visión paternalista, en cuanto operaría más allá de las opciones individuales y se relacionaría con la idea de que existen límites a la libertad individual que son fijados por razones de interés general. En mi opinión, esta distinción es criticable, ya que no estamos en verdad ante dos nociones en conflicto, sino ante dos facetas de una misma realidad. Precisamente porque los seres humanos poseen un valor inherente y, por ello, son titulares de derechos, merecen ser protegidos contra aquellos actos que sean contrarios a tal valor inherente. Es decir, no hay ninguna dialéctica entra la dignidad como fuente de las prerrogativas individuales y la dignidad como exigencia de protección contra prácticas inhumanas o degradantes.

Hay que reconocer, sin embargo, que la noción de dignidad, por ser muy general y abstracta, no solo no es fácilmente definible, sino que tampoco suele proporcionar por sí sola una respuesta a la mayoría de los dilemas bioéticos. Pero, como se ha dicho antes, lo mismo sucede con todos los valores estructurantes de la vida social. Por ello, con el fin de tornar operativa la exigencia de respeto de la dignidad humana, los instrumentos internacionales combinan la invocación de la dignidad humana con el recurso a una amplia gama de derechos concretos que son relevantes para los problemas de salud (Andorno, 2009).

Este recurso combinado a la dignidad humana y a los derechos humanos es visible, por ejemplo, en las tres declaraciones sobre bioética adoptadas en el marco de la UNESCO: la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos* (1997), la *Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos* (2003), y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005). Este último instrumento tiene el mérito de mostrar que el principio de dignidad humana juega simultáneamente varios roles, que no se excluyen entre sí: a) encarna el objetivo principal de la declaración (art 2.c); b) es el

principio primero y fundamental de la bioética (art. 3); c) es el principal argumento contra toda forma de discriminación, incluyendo por ejemplo, la discriminación genética (art. 11); d) es el marco en el que la diversidad cultural debe ser respetada (art 12); e) es la clave de interpretación de todas las disposiciones de la declaración (art. 28).

Al igual que los instrumentos de la UNESCO, también el *Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina* de 1997 (*Convenio de Oviedo*) asigna un rol central a la dignidad humana. De acuerdo con su artículo 1.º, el objetivo general del instrumento es “proteger al ser humano en su dignidad e identidad y garantizar 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”. Por lo tanto, el objetivo del convenio parece estructurarse en dos niveles diversos: primero, y ante todo, la protección de la dignidad e identidad de los seres humanos; segundo, la salvaguarda de la integridad y de otros derechos fundamentales de las personas. En otras palabras, se hace una distinción entre dignidad y derechos.

También vale la pena llamar la atención acerca del artículo 2 del convenio, ya que ofrece un corolario directo de la idea de la dignidad humana -el principio de primacía del ser humano- cuando afirma que “el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia”. Este principio se origina en la primera versión de la famosa *Declaración de Helsinki* de 1964 (principio I.5) y es como un eco de los juicios de Nüremberg de 1947 que condenaron a los médicos nazis por realizar experimentos con los prisioneros de los campos de concentración. Lejos de ser una “expresión vacía”, como algunos autores han sostenido (Helgesson y Eriksson, 2008), el principio de primacía del ser humano expresa una idea que es fundamental para la bioética (Parker, 2010).

Cabe mencionar que, dada la dificultad para definir la dignidad humana en forma positiva, existe una tendencia a caracterizar a esta noción en términos negativos. Así, por ejemplo, Dworkin (1994) afirma que la dignidad encarna la idea según la cual las personas “no deben ser nunca tratadas de un modo tal que implique desconocer la importancia única de sus vidas” (p. 236). En el mismo sentido, dice Mary Midgley (1999) que “hay cosas que no se pueden hacer a ninguna persona, en ningún lugar” (p. 160). Por la misma razón, no es casual que, mientras la mayoría de los derechos humanos se formulan en términos

positivos (“toda persona tiene derecho a...”), aquellos que tienen por objeto proteger a las personas de las violaciones más graves de su dignidad se formulan en términos negativos, es decir, como *prohibiciones*: “nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre”; “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (artículos 4 y 5 de la DUDH, respectivamente). Precisamente por la circunstancia de que estos derechos se desprenden más directamente de la dignidad humana que otros, son considerados como absolutos, en el sentido de que no están sujetos a ninguna excepción.

Lo anterior se explica porque es más fácil entender el significado de la dignidad considerando lo que es contrario a ella que lo que está en conformidad con ella. Es más fácil aprehender el mal que el bien. Es cuando nos enfrentamos con las peores cosas que se pueden hacer a un ser humano cuando entendemos mejor, por contraste, lo que significa la dignidad humana. Incluso el imperativo categórico kantiano, según el cual nadie debe ser tratado como un simple medio sino siempre como un fin en sí, es un ejemplo de esta “vía negativa”.

En esta línea de pensamiento, se puede afirmar que la primera y principal función del principio de dignidad humana es fijar el umbral mínimo del respeto debido a todo ser humano, y de este modo, indicar qué prácticas son absolutamente inaceptables en una sociedad civilizada. Solo después de haber afirmado con claridad ese nivel mínimo, la idea de dignidad humana aspira a promover todas aquellas medidas que contribuyan positivamente a mejorar la calidad de vida de las personas (por ejemplo, mejores escuelas, mejores hospitales, sistemas de transporte más eficientes, etc.). Mientras la dignidad como nivel mínimo no puede ser sopesada con otros principios y es por tanto absoluta, la dignidad como requisito positivo tiene un valor más relativo, en el sentido de que puede ser sopesada con otros intereses sociales (por ejemplo, con los recursos financieros disponibles en una sociedad determinada).

Otra observación que conviene hacer es que el principio de dignidad humana se utiliza en los últimos años no solo para promover el respeto del valor intrínseco de cada individuo, sino también del valor de la *humanidad en su conjunto*, incluyendo a las generaciones futuras (Andorno, 2009). El recurso a esta noción derivada (o secundaria) de dignidad tiene lugar en los debates acerca de tecnologías que pueden poner en peligro la identidad y la integridad de la especie humana, tales como las intervenciones en la línea germinal y la clonación reproductiva. Es cierto que el uso

de la noción de dignidad humana con este significado amplio es más problemático, ya que se trata de una noción mucho más abstracta e inasible que la tradicional, y por ello se puede abusar de ella, especialmente cuando se la emplea como un *discussion-stopper* y sin brindar ninguna explicación adicional. Sin embargo, también hay que reconocer que no disponemos de otra expresión para referirnos al valor de la humanidad como tal. Cabe señalar que el recurso a los derechos humanos es insuficiente para hacer frente a los nuevos retos biotecnológicos porque los derechos humanos solo pertenecen a los individuos actualmente existentes y no a la humanidad en su conjunto.

2.2. La distinción entre principios y reglas

¿Es el recurso a la dignidad humana en bioética una estrategia puramente retórica? En otras palabras, ¿qué añade esta noción abstracta a las normas, mucho más concretas, de derechos humanos?, ¿qué se quiere decir cuando se sostiene que la dignidad es un *principio*? Estas son preguntas cruciales, que nos obligan a acudir a la filosofía jurídica para precisar la noción de *principio*.

Existe una larguísima tradición jurídica, comenzando con el derecho romano, de acudir a principios que guían la tarea interpretativa de las leyes y la toma de decisiones en casos concretos. Sin embargo, es con la filosofía jurídica contemporánea cuando se ha desarrollado con precisión el concepto de *principios*, distinguiéndolo del de *reglas*. Ronald Dworkin (1977) fue el primer filósofo del derecho que propuso esta distinción (pp. 22-28). Según este autor, ambas categorías de normas son de carácter jurídico, pero se diferencian en el modo de operar. Las *reglas* son aplicables según una lógica de “todo o nada”. Solo se pueden cumplir o no cumplir, sin que exista ninguna posibilidad intermedia. Si los hechos estipulados en la regla se presentan, entonces ella debe ser aplicada, siempre y cuando sea válida. En el caso de que no sea válida, no contribuirá en nada a la solución del caso. Por ejemplo, si una regla prohíbe conducir a más de 50 kilómetros por hora en la zona urbana, hay solo dos alternativas: o es aplicable al caso o no lo es. Es decir, o se ha excedido la velocidad autorizada o no; no hay gradualidad posible. Pero puede haber excepciones, autorizadas por la ley, que hagan que la regla no resulte aplicable a un caso particular. En el ejemplo citado, se presentaría una excepción si el coche que excede la velocidad permitida es de la policía y está persiguiendo a delincuentes o es una ambulancia que lleva al hospital a un paciente en estado muy grave.

En cambio, los *principios* funcionan de un modo totalmente diverso. Los *principios* tienen una dimensión *de peso* o *importancia*, no de validez. Cuando dos principios entran en conflicto, debe valorarse cuál de ellos tiene más peso en el caso concreto. Pero el dar prioridad a uno de ellos no significa que el otro deje de ser válido. El tema crucial aquí es que los principios no determinan por sí solos el contenido de una decisión particular, sino que simplemente establecen que algo debe ser realizado *en la mayor medida posible*, teniendo en cuenta las posibilidades fácticas y jurídicas del caso. En este sentido, Alexy ha caracterizado los principios como “mandatos de optimización” (*Optimierungsgebote*) (1994, pp. 71-77). En otras palabras, los principios encarnan valores cuya realización debe perseguirse, pero que pueden ser implementados en diferente grado según las circunstancias del caso.

Es interesante señalar que buena parte, si no la mayoría, de las normas legales contienen *principios*, no *reglas*. Es decir, sus disposiciones no se aplican según una lógica de “todo o nada”, sino que pueden implementarse en diferentes grados. Los *principios* solo se convertirán en *reglas* una vez que hayan sido sopesados con otros principios relevantes en la materia. Cabe destacar que incluso los derechos humanos son *principios*, no *reglas*, dado que cada uno de ellos no brinda por sí solo una solución clara a los casos concretos que se presentan, sino que tiene que ser sopesado con los demás derechos humanos o con otros intereses sociales con los que pueda entrar en conflicto.

Alexy (1994) deja bien en claro que incluso el respeto de la dignidad humana es un *principio* que se convierte en una *regla* una vez que ha sido sopesado con otros principios, teniendo en cuenta las circunstancias particulares del caso (pp. 94-99). Es decir, como ocurre con todos los demás principios, tampoco la dignidad humana es generalmente capaz, por sí sola, de dar una solución clara y definitiva a un dilema concreto. Pero esto no significa que sea una noción inútil o puramente retórica. No debemos esperar de la idea de idea de dignidad más de lo que ella puede ofrecer. De todos modos, como señala Alexy, aun teniendo que ser sopesada con otros principios, la dignidad tendrá normalmente prioridad sobre los demás principios. En tal sentido, puede decirse que la dignidad opera como una suerte de súper-principio, que no solo proporciona el fundamento de todas las instituciones jurídicas y sociales, sino que también señala el objetivo general hacia el cual debe tender la sociedad.

Sin embargo, como ya se ha señalado antes, la ponderación entre la dignidad humana y los demás prin-

cipios solo puede tener lugar cuando la dignidad despliega un papel positivo, en el sentido de señalar el camino hacia una serie de mejoras en la calidad de vida de las personas. En cambio, cuando juega su rol de requisito negativo, como umbral mínimo que prohíbe de modo absoluto ciertas prácticas (torturas, tratos o castigos inhumanos y degradantes, etc.), ninguna ponderación con otros principios resulta aceptable.

3. LA DIGNIDAD COMO ESTÁNDAR MORAL DE LA ATENCIÓN DEBIDA AL PACIENTE

3.1. Dignidad y vulnerabilidad

Mientras que la dignidad como principio jurídico-político tiene carácter abstracto y general, la dignidad como estándar moral de la atención debida al paciente encarna una visión concreta y específica del paciente como *persona*. Ambos enfoques, lejos de estar en conflicto, son complementarios. No se trata más que de dos caras de la misma moneda. La dignidad como principio jurídico-político es el componente *objetivo* de la dignidad: se refiere al valor inherente que la sociedad reconoce en cada ser humano. En cambio, la dignidad como estándar moral del trato debido a los pacientes se vincula más con el componente *subjetivo* de la dignidad. Aquí tiene un peso particular el valor inherente que cada uno de nosotros reconoce *en sí mismo*. Esta faceta de la dignidad se vincula más directamente con la conciencia que cada uno tiene de ser un *sujeto* y no un mero *objeto*. Es esta percepción de sí mismo como *persona* y no como *cosa* la que lleva a cada paciente a esperar razonablemente ciertas actitudes y comportamientos por parte de los profesionales de la salud. Por ello, esta perspectiva de la dignidad es mucho más articulada, detallada y concreta que la idea de dignidad como principio jurídico-político.

¿Por qué es crucial prestar atención a la dignidad de cada paciente?, ¿por qué es la percepción que tienen los pacientes acerca de cómo son vistos por los profesionales de la salud crucial para una buena práctica médica? La razón es que los pacientes, en particular los que están hospitalizados y con dolencias graves, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad que los expone más fuertemente a ver su autoestima afectada. No hay que olvidar que tales pacientes dependen enormemente de la ayuda de los demás, no solo en el plano terapéutico sino también para satisfacer sus necesidades más básicas. Esto los hace más sensibles a cualquier conducta o actitud de los profesionales de la salud que pudiera ser percibida como un desprecio. La etimología misma de la palabra *paciente* evidencia tal vulnerabili-

dad. Este término proviene del latín *patior*, que significa ‘sufrir’ o ‘soportar’, y nos remite a la vulnerabilidad común a todos los pacientes (Chochinov, 2002).

Esta estrecha relación entre dignidad y vulnerabilidad es de algún modo paradójica. El concepto de dignidad humana ha sido tradicionalmente asociado a las más elevadas capacidades racionales y de decisión autónoma de los seres humanos. Pero el hecho es que, en el ámbito médico, la dignidad resulta, por contraste, más visible en la vulnerabilidad que en la autosuficiencia. Probablemente esto se explica porque en las personas más vulnerables (como los recién nacidos, los ancianos, los enfermos terminales, etc.) la dignidad humana no se oculta detrás del ropaje de las capacidades intelectuales o físicas, o de la buena salud o belleza del individuo en cuestión. La dignidad del enfermo más vulnerable se presenta en forma pura. Por ello cabe decir que, si un profesional de la salud no es capaz de reconocer en cada uno de sus pacientes más vulnerables una dignidad inherente, no será nunca capaz de entender lo que realmente significa la dignidad.

El hecho es que médicos y enfermeras están constantemente enfrentados con el ser humano en su simple existencia y fragilidad. Más aún, la propia naturaleza de su profesión les exige descubrir y redescubrir permanentemente el valor único de cada paciente. Intuitivamente advierten que, si no quieren perder de vista el sentido más profundo de su profesión, deben siempre tener en cuenta que un paciente, más allá de la gravedad de su diagnóstico, no es un *caso*, una *enfermedad*, o un número de habitación, sino que es una *persona*, y que como tal, merece el trato más respetuoso y atento posible.

La relación médico-paciente es sin duda una ocasión paradigmática para una atención cuidadosa y activa de la dignidad del paciente. Ciertamente, esta responsabilidad no recae solo en los hombros de médicos y enfermeras, sino también en los propios familiares y amigos de los pacientes. Edmund Pellegrino ha ilustrado brillantemente la especial sensibilidad de los pacientes a la forma en que son tratados:

“Las miradas consternadas de las visitas al entrar en la habitación, los rostros que denotan una mal disimulada lástima hacia el paciente, el temor a mirarlo a los ojos, las visitas que se hacen cada vez más breves, los esfuerzos por decir algo con sentido, [...] el evitar todo contacto corporal con el paciente, son todas reacciones que crean en éste la convicción de que ya ha dejado de merecer respeto y de que ya no es querido como miembro de la sociedad” (Pellegrino, 2008, p. 527).

Si la promoción de la dignidad de los pacientes ha sido siempre crucial para la profesión médica, se ha vuelto especialmente urgente en el contexto sanitario actual. Con hospitales que tienden a ser más burocráticos, despersonalizados y guiados por criterios predominantemente comerciales, existe el riesgo de olvidar que el trato humano y el respeto por cada paciente siguen siendo -y siempre seguirán siendo- valores fundamentales de la práctica médica. Esta es la razón por la que hoy más que nunca resulta necesario insistir en la idea de que cada paciente es valioso y debe ser tratado con el mayor respeto y atención.

3.2. Los elementos de la dignidad del paciente

En las últimas décadas se han llevado a cabo estudios empíricos orientados a entender mejor lo que significa la dignidad desde la perspectiva del paciente, ya sea en términos negativos o positivos. En este sentido, Jonathan Mann (1998) ha identificado cuatro modos en los que la dignidad del paciente puede verse afectada:

- a) *No ser visto*. A veces, los pacientes pueden sentirse ignorados o insuficientemente reconocidos por los profesionales de la salud. Esta situación se presenta, por ejemplo, cuando un médico no parece ser consciente de la presencia del paciente y evita mirarle a los ojos o darle la mano. En tales casos, los pacientes pueden sentir que su dignidad está amenazada.
- b) *Ser visto, pero solo como miembro de un grupo*. También puede ocurrir que los pacientes sean principalmente percibidos como miembros de una categoría (por ejemplo, “ancianos”, “enfermos terminales”, “mujeres”, “minusválidos”, etc.) y no como individuos. Esta inclusión en un grupo puede sin duda tener relevancia para un diagnóstico y un tratamiento más eficaces pero, si no se maneja adecuadamente, puede afectar la dignidad del paciente, al crear en este la impresión de que se olvida su condición de individuo con un valor intrínseco.
- c) *Violaciones del espacio corporal*. La atención sanitaria exige a veces que los pacientes se desnuden y expongan sus cuerpos a los profesionales de la salud para un examen o tratamiento. En este sentido debe destacarse que, a menos que resulte imposible (por ejemplo, por encontrarse el paciente en estado de inconsciencia), los exámenes físicos siempre deben hacerse con el permiso del paciente y explicándole claramente qué se está haciendo con él. Por la misma razón, los médicos docentes siempre deben contar con el consen-

timiento del paciente antes de invitar a estudiantes a observar los exámenes clínicos.

- d) *Humillaciones*. Este factor atentatorio de la dignidad, que está presente en las tres categorías precedentes, puede darse también, por ejemplo, cuando los pacientes se sienten degradados por la forma desatenta con que son tratados por el personal sanitario debido a su pobre condición social o económica, o interrogados acerca de su seguro de salud.

Pero no solo se trata de no afectar la dignidad de los pacientes, sino de promoverla activamente. En un estudio empírico, Nora Jacobson (2009) ha identificado con gran precisión varias formas en las que los pacientes sienten que su dignidad se ve reforzada gracias al comportamiento de los profesionales de la salud. Como elementos de tales comportamientos menciona, entre otros: la *presencia* (hacer compañía), la *discreción* (disimular los indicadores más embarazosos de la enfermedad), la *independencia* (facilitar, en la medida de lo posible, la autosuficiencia del paciente), la *nivelación* (minimizar la asimetría entre pacientes y personal sanitario), la *creatividad* (permitir a los pacientes realizar o compartir actividades artísticas), la *cortesía* (demostrar respeto común) y la *autenticidad* (respetar la individualidad y personalidad de cada paciente).

Según el psiquiatra canadiense Harvey Chochinov (2002), el concepto de *dignidad* ofrece un marco general que puede guiar al médico, al paciente y a los familiares de este en la determinación de los objetivos y modalidades de intervención médica. Chochinov ha llevado a cabo uno de los pocos estudios empíricos orientados a determinar cómo los pacientes en estado avanzado de cáncer perciben su propia dignidad. Sobre esta base, el autor propone un nuevo modelo de atención a aquellos pacientes que se encuentran en una fase terminal: el modelo sanitario de conservación de la dignidad (*dignity-conserving care model*). Este modelo incluye tres grandes áreas de influencia en las percepciones individuales de la dignidad: a) las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, es decir, aquellas que resultan directamente de la enfermedad; b) el repertorio de medidas para la conservación de la dignidad, es decir, aquellos factores psicológicos y espirituales que influyen en el sentido de dignidad de los pacientes; y c) el inventario de dignidad social, es decir, los temas sociales o relacionales que mejoran o, al contrario, vulneran el sentido de dignidad del paciente.

Otros estudios llegan a conclusiones similares y afirman que la consideración de la dignidad de los pacientes es fundamental para una adecuada atención sanitaria. Se sostiene, entre otras cosas, que el *confort emocional* del paciente puede incluso contribuir a su recuperación (Baillie, 2009; Matiti y Trorey, 2008). Una serie de temas clave que también ayudan a reforzar la dignidad de los pacientes son el respeto de la vida privada y de la confidencialidad, la comunicación y la necesidad de información, la participación del paciente en las decisiones sanitarias, el respeto y decencia con que son tratados los pacientes (Matiti y Trorey, 2008). También se destaca la naturaleza multifactorial de la dignidad del paciente en el sentido de que incluye elementos muy heterogéneos tales como sentimientos (confort, sentirse valorado), su aspecto físico y el comportamiento del personal sanitario.

4. CONCLUSIÓN

La noción de dignidad humana juega dos roles diversos y complementarios en bioética: uno, como principio general de carácter jurídico-político, que sirve de fundamento último y de guía de las normas jurídicas relativas a la biomedicina; otro, como estándar moral del trato debido al paciente y que está llamado a operar de modo muy concreto en la relación paciente-profesional de la salud.

La dignidad como principio general ocupa un lugar central en los instrumentos legales sobre cuestiones de bioética. Básicamente reitera la noción, ya presente en las normas internacionales de los derechos humanos, según la cual cada ser humano posee un valor inherente. Este recurso a la dignidad humana no tiene por objeto dar por sí solo una respuesta a los complejos dilemas bioéticos. Mucho más modestamente, aspira a dejar en claro cuál es el fundamento último de las normas legales en la materia y, al mismo tiempo, a indicar la dirección hacia la que se debe avanzar. Por ello, la referencia a la dignidad humana se combina con el recurso a una amplia gama de derechos humanos relacionados con la materia, que brindan una manera más efectiva y práctica de abordar las cuestiones de bioética.

La dignidad como estándar moral de la atención sanitaria refleja una visión concreta del paciente como *persona* y del trato que, como tal, se merece. Opera primordialmente en el ámbito de la interacción entre pacientes y profesionales de la salud. La importancia de la dignidad en este contexto resulta de la especial vulnerabilidad que suele afectar a los pacientes. Este estándar exige de médicos, enfermeras y personal hospitalario la realización de todos los esfuerzos conducentes a promover activamente la dignidad de los pacientes y a evitar todas las conductas que puedan afectar su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexy, R. (1994). *Theorie der Grundrechte*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Allison, K. C. (2003). Dignity as tacit. *British Medical Journal*, 327, pp. 14-19. Disponible en <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/30/dignity-tacit>
- Andorno, R. (2009). Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34 (3), pp. 223-240. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhp023>
- Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona* (2.ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Arendt, H. (1995). *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft*. Munich: Piper.
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (1), pp. 23-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- Beylveled, D. y Brownsword, R. (2002). *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*. Oxford: Oxford University Press.
- Capron, A. M. (2003). Indignities, Respect for Persons, and the Vagueness of Human Dignity. (Rapid Response to Ruth Macklin, Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327 (7429), pp. 1419-1420).
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-Conserving Care. A New Model for Palliative Care. Helping the Patient Feel Valued. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 287 (17), pp. 2253-2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Dworkin, R. (1977). *Taking Rights Seriously*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dworkin, R. (1994). *L'empire du droit*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).
- Ford, N. (2003). Human Dignity is Fundamental (Rapid Response to Ruth Macklin, Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327 (7429), pp. 1419-1420).
- Habermas, J. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia*, 5 (64), pp. 3-25. <https://doi.org/10.21898/dia.v55i64.218>
- Helgesson, G. y Eriksson, S. (2008). Against the principle that the individual shall have priority over science. *Journal of Medical Ethics*, 34 (1), pp. 54-56. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.019190>
- Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health and Human Rights*, 9 (3), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-3>
- Lenoir, N. y Mathieu, B. (2004). *Les normes internationales de la bioéthique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mann, J. (1998). Dignity and Health: The UDHR's Revolutionary First Article. *Health and Human Rights*, 3 (2), pp. 30-38. <https://doi.org/10.2307/4065297>
- Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327 (7429), pp. 1419-1420. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7429.1419>

- Matiti, M. y Trorey, G. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (20), pp. 2709-2717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x>
- Midgley, M. (1999). Towards an ethic of global responsibility. En: Dunne, T. y Wheeler, N. J. (eds.). *Human Rights in Global Politics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 160-174. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139171298.007>
- Nickel, J. (1987). *Making Sense of Human Rights: Philosophical Reflections on the Universal Declaration of Human Rights*. Berkeley: University of California Press.
- Parker, C. (2010). The moral primacy of the human being. *Journal of Medical Ethics*, 36 (9), pp. 563-566. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037390>
- Pellegrino, E. D. (2008). The Lived Experience of Human Dignity. En: Schulman, A. (ed.). *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. [En línea]. Disponible en https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/human_dignity/chapter20.html
- Rawls, J. (1973). *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Sulmasy, D. (2007). Human Dignity and Human Worth. En: Malpas, J. y Lickiss, N. (eds.). *Perspectives on Human Dignity: A Conversation*. Dordrecht: Springer, pp. 9-18. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6281-0_2
- Taylor, S. (2003). Reductio ad absurdum (Rapid Response to Ruth Macklin, Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327 (7429), pp. 1419-1420).