

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD DE LA SANTA  
CRUZ  
FACULTAD DE TEOLOGÍA**

Andrés Bernar Borda

**VALORACIÓN MORAL DEL CONSENTIMIENTO  
INFORMADO COMO EXPRESIÓN DE LA  
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

Tesis Doctoral dirigida por  
Prof. Dr. Iñigo Ortega Larrea

Roma, junio de 2000

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO 1: STATUS QUESTIONIS</b> .....	9
<b>A. LA PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	11
1. INTRODUCCIÓN .....	11
2. CUESTIONES CONCRETAS QUE ENTRAN EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	13
a. Por parte del médico. ....	14
b. Por parte del paciente .....	15
c. Por parte del Hospital .....	15
d. Por parte del Derecho .....	17
<b>B. BREVE HISTORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	22
1. INTRODUCCIÓN .....	22
2. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	25
a. Desde los orígenes de la medicina hasta Hipócrates .....	25
b. La Escuela Hipocrática.....	27
c. Galeno.....	28
d. Tradiciones hebraica y árabe.....	30
e. Época medieval.....	31
f. Medicina de la Ilustración.....	33
g. La Medicina Moderna en Inglaterra y Estados Unidos.....	35
h. La aparición del Consentimiento Informado.....	37
i. El nacimiento de la Bioética y de los modelos de relación médico-paciente.....	39
j. ¿Qué ha cambiado? .....	44
<b>C. INTENTOS DE FOCALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	46
1. QUÉ SE ENTIENDE POR CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
2. DECLARACIONES Y CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS.....	54
3. MAGISTERIO DE LA IGLESIA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	61
4. ELEMENTOS EN JUEGO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	65
a. La Información .....	65
b. El Consentimiento. ....	75
c. La Confianza.....	84
d. Existencia de los derechos del enfermo .....	88

<b>CAPÍTULO 2: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE .....</b>	<b>93</b>
<b>A. MODELOS ÉTICOS DE RELACIÓN .....</b>	<b>97</b>
1. ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE .....	97
a. Introducción.....	97
b. El fundamento de la relación.....	98
c. Naturaleza de la relación .....	99
1-Relación entre seres humanos.....	99
2-Relación de ayuda.....	101
d. Estructura y Dinámica de la relación .....	103
1-La estructura de la relación.....	104
2-La dinámica de la relación.....	104
e. La motivación en la relación .....	107
1-Los motivos del enfermo .....	108
2-Los motivos del médico.....	109
f. Otros factores de la relación.....	111
2. EL MODELO PATERNALISTA.....	112
a-Descripción del Modelo .....	112
b- Causas del abandono de este Modelo .....	119
c- Críticas al Modelo Paternalista .....	123
d- Paternalismo y Consentimiento Informado.....	124
3. EL MODELO DE LA AUTONOMÍA .....	125
a- Concepto de Autonomía.....	126
b- Descripción del Modelo .....	129
c- Causas del desarrollo del Modelo de Autonomía.....	131
d- Críticas al Modelo de la Autonomía .....	134
e- El Consentimiento Informado en el Modelo de la Autonomía .....	140
4. LA PROPUESTA DEL MODELO DE BENEFICENCIA .....	143
a- El Principio de la Beneficencia .....	145
b- Características más importantes del Modelo de la Beneficencia....	149
c- El Consentimiento Informado en el Modelo de la Beneficencia ....	155
d- Objeciones al Modelo de la Beneficencia.....	156
5. ALTERNATIVAS DE RELACION MÉDICO-PACIENTE .....	162
<b>B. BASES ANTROPOLÓGICAS DE LOS TRES MODELOS.....</b>	<b>164</b>
1. INTRODUCCIÓN ANTROPOLÓGICA .....	164
a. Planos epistemológicos.....	164
1-Plano empírico-positivo.....	165
2-Plano lógico-reflexivo .....	165
3-Plano fenomenológico-existencial.....	166
4-Plano fenomenológico-ontológico.....	167
2. PRINCIPALES ELEMENTOS DE ANTROPOLOGÍA QUE INTERESA TRATAR .....	168
a. Problema de la constitución antropológica.....	168
1. El error de la concepción dualista.....	169
2. El error del monismo materialista.....	170
3. La unicidad de la forma sustancial.....	170

b. La libertad.....	172
1. Fenomenología de la libertad.....	172
2. La dinámica de la libertad.....	173
3. Los sentidos de la libertad.....	175
3. LA ANTROPOLOGÍA DEL MODELO PATERNALISTA .....	181
a-Respecto a la constitución del ser humano.....	181
b-Respecto a la libertad .....	182
4. ANTROPOLOGÍA DEL MODELO DE LA AUTONOMÍA .....	183
a-Respecto a la constitución del ser humano.....	183
b-Respecto a la libertad .....	184
5. ANTROPOLOGÍA DEL MODELO DE LA BENEFICENCIA .....	187
a-Respecto a la constitución del ser humano.....	187
b-Respecto a la libertad .....	189
<b>CAPÍTULO 3: VALORACIÓN MORAL .....</b>	<b>193</b>
A. APORTACIÓN DEL MAGISTERIO DE LA IGLESIA.....	195
1. PUNTO DE PARTIDA: UNA ANTROPOLOGÍA CRISTIANA .....	196
a. El fundamento cristiano de la Antropología.....	196
b. La libertad cristiana .....	199
c. El hombre como absoluto .....	202
2. PUNTOS DOCTRINALES DE INTERÉS. ....	204
a. Respecto a la dignidad de la persona enferma.....	205
b. Respecto a las relaciones médico-paciente .....	209
B. PRINCIPIOS MORALES QUE SE DERIVAN DEL MAGISTERIO DE LA IGLESIA .....	212
1. PRINCIPIOS ANTROPOLÓGICOS HUMANOS .....	213
a. Respecto a la constitución antropológica del ser humano.....	213
b. Respecto a la concepción de la libertad humana.....	214
c. Respecto a las relaciones entre médico y paciente.....	214
2. PRINCIPIOS ANTROPOLÓGICOS SOBRENATURALES.....	215
C. JUICIO DE LOS MODELOS DE RELACIÓN MEDICO-PACIENTE A LA LUZ DE LOS PRINCIPIOS MORALES ESTUDIADOS .....	216
1. INTRODUCCIÓN .....	216
2. MODELO PATERNALISTA.....	218
a. El bien del paciente.....	218
b. La voluntad del paciente.....	221
c. Aplicación práctica .....	222
3. MODELO DE LA AUTONOMÍA .....	224
a. Raíces filosóficas .....	224
b. La autodeterminación .....	230
c. Los que no tienen libertad: el bien del paciente .....	234
d. Ser humano y persona .....	235
e. Aplicación práctica .....	238
4. MODELO DE LA BENEFICENCIA.....	240
a. El bien integral del paciente .....	241
1. El bien supremo .....	241

2. El bien biomédico .....	242
3. La percepción del paciente del propio bien .....	242
4. El bien del paciente en cuanto persona .....	242
b. Procedimiento para solucionar los conflictos de intereses.....	243
c. La calidad de la relación.....	246
1. La función ética del médico .....	247
2. Ética de la responsabilidad.....	248
3. Derechos y deberes del paciente .....	249
d.El Modelo deliberativo.....	250
e. La justificación filosófica de la Bioética Personalista y del Modelo de la Beneficencia .....	252
f. La dialéctica principio-virtud.....	256
<b>D. LA PROPUESTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>260</b>
a. Vigencia actual de Consentimiento Informado .....	260
b. La forma del Consentimiento Informado .....	264
1. Por parte del médico .....	265
2. Por parte del paciente.....	267
3. Otros elementos del Consentimiento Informado .....	269
4. El contenido de la información .....	271
c. El Consentimiento Informado y el Derecho .....	273
d. El Consentimiento Informado en la práctica clínica .....	277
e. El “Consentimiento Social” .....	278
 <b>CONCLUSIONES .....</b>	 <b>281</b>
 <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	 <b>289</b>

## INTRODUCCIÓN

La relación entre el médico y el paciente es uno de los aspectos de la Medicina que ha sufrido más cambios en los últimos años. Desde la época en que nuestros antepasados acudían al médico con gran confianza, hasta nuestros días, las cosas han variado mucho. Uno de los aspectos más innovadores lo constituye el Consentimiento Informado.

Si hiciéramos una encuesta a la población general sobre lo que entienden por Consentimiento Informado, quizá alguno de los entrevistados, si ha sufrido una intervención quirúrgica recientemente, nos responderá que consiste en un cuestionario que hay que firmar antes de ser intervenido y, de este modo, descargar de toda responsabilidad al médico.

Si preguntamos, en cambio, al colectivo médico, la mayoría verán el Consentimiento Informado como un requisito previo a cualquier intervención de cierta envergadura, requisito que ha sido impuesto por la presión judicial a la que están siendo sometidos, cada vez con más frecuencia.

El problema más importante no está, de todos modos, en la ignorancia o en la diferente concepción que se tenga del Consentimiento Informado. El principal problema está en que esta figura, que de por sí se podría entender como un avance positivo en la relación médico-paciente, se ha introducido en la práctica desde la esfera liberalista de pensamiento ético, por lo que, con mucha frecuencia, se utiliza el Consentimiento Informado como justificación de una serie de abusos en dicha relación.

Para entender cómo ha influido, en la sociedad actual, la irrupción del Consentimiento Informado, nos parece adecuado mostrar dos ejemplos complementarios. El primero, está tomado de la Revista *Le Science* de enero de 1999, donde se puede leer una entrevista a Paolo Cattorino, profesor de Bioética en la Facultad de Medicina de Varese y miembro del Comité ético del Hospital San Rafael de Milán y del Consejo Nacional de Bioética. Hablando del Consentimiento Informado, el profesor Cattorino afirma que, en una reciente encuesta realizada por los estudiantes de su Universidad, el 67% de los pacientes veían en el módulo para el Consentimiento Informado una garantía de tutela jurídica para el médico, y no para el enfermo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cfr. Santonocito L., *Se guarire è un rischio*, en "Le Scienze", n. 365, 1999, pp. 14-17.

El segundo ejemplo sirve para ver cómo se ha asumido el papel del Consentimiento Informado por parte de algunos médicos. Para ello, nos parece significativa la carta de un lector del *Bolletino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*:

“Hace poco he adquirido una casita en el campo. En el momento de firmar el contrato, el arquitecto me ha ilustrado sobre todos los riesgos potenciales a los que estaremos expuestos mi familia y yo al habitarla. No son todavía conocidos en su totalidad los efectos de la inhalación de los vapores desprendidos de la pintura de las paredes, de los paneles solares podrían emanar sustancias radiactivas, la instalación eléctrica o de teléfono podrían producir ondas electromagnéticas nocivas para la salud. El arquitecto me ha hecho firmar un Consentimiento Informado en el cual he tenido que declarar que soy consciente de los riesgos que encontraré cuando habite la nueva casa. No escondo que he perdido parte del entusiasmo que tenía para ir a habitarla.

También en la carnicería la vida se ha complicado. Pablo, mi carnicero de siempre, el que me separaba los mejores filetes para mis hijos cuando eran pequeños, después de haberme informado de los riesgos de tomar la carne de vaca debido a la consabida enfermedad de las vacas locas, me ha hecho firmar cinco modelos de Consentimiento Informado para poder comprar dos filetes. Después de leer atentamente lo que estaba escrito, mi mujer y yo hemos decidido no comer la carne.

(...) Ciertamente que ahora la vida es más dura para todos: no sólo los médicos deben explicar lo que hacen, cómo lo hacen y, si no lo hacen, por qué no lo han hecho, pero podrían haberlo hecho, etc., como si no fueran profesionales serios, titulados, habilitados para el ejercicio de la profesión, y a menudo especialistas; ahora todos deben dar motivos de lo que hacen, la profesionalidad ya no existe. El ciudadano tiene derecho a protestar por el material usado en la construcción de la casa, puede criticar legítimamente la forma en que le corta el filete el carnicero, etc”<sup>2</sup>.

En esta carta se refleja la actitud de un gran número de médicos que ven el Consentimiento Informado como una manifestación de la pérdida de confianza en la relación médico-enfermo, como una intromisión del Derecho en un campo que hasta hoy día era competencia normativa de los Colegios profesionales.

---

<sup>2</sup> Zamboni R., *Consenso Informato: tra farsa e tragedia*, en “*Bolletino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*”, n.1, 1999, p. 11.

Una reciente noticia, aparecida en el *Corriere della Sera* del 21-XII-1999, nos informaba de que estaban siendo juzgados tres médicos por no haber solicitado el Consentimiento Informado a un paciente al que intervinieron quirúrgicamente, y que falleció posteriormente por diversas complicaciones. Se especifica que la condena no se solicita por el resultado negativo, pues estaba dentro del riesgo de ese tipo de intervenciones, sino que se pedía la condena por no haber informado al paciente de dicho riesgo y no haber solicitado su consentimiento.

El progresivo aumento de la presión judicial dentro del campo de la actuación médica ha llegado con frecuencia, en nuestros días, de la mano del Consentimiento Informado, y es precisamente en base a este proceso, por donde hoy día se cometen los principales abusos en el trato médico-paciente.

Este progresivo protagonismo que ha ido adquiriendo la figura del Consentimiento Informado en la práctica de la medicina hoy día, es lo que nos ha llevado a proponer este trabajo. La idea original consistía en realizar una Tesis de Licenciatura para estudiar el planteamiento actual de esta materia. Una vez metidos en la labor de investigación, descubrimos como la aplicación del Consentimiento Informado, algo útil y bueno en cuanto idea teórica, encontraba diferentes problemas y soluciones en la aplicación práctica, según el Modelo de relación médico-paciente en el que nos encontráramos. Este dato nos llevó a profundizar en los diferentes Modelos de relación que se han venido dando a lo largo de la Historia de la Medicina, comenzando por el Paternalismo que se ha usado desde los orígenes, hasta llegar al Modelo de la Autonomía a partir de la segunda mitad del siglo XX. El callejón sin salida, desde el punto de vista moral, al que se llega en este último Modelo ha dado pie a la propuesta de un tercer Modelo, basado en la Bioética personalista, llamado Modelo de la Beneficencia por los autores que lo describen. En este Modelo de relación se intenta salvaguardar lo positivo de los modelos anteriores. Hasta este punto llegamos en la elaboración de la Tesis de Licenciatura.

A partir de este trabajo, y siguiendo con agradecimiento las recomendaciones recibidas en la defensa de la misma, este estudio se ha proyectado hacia una profundización antropológica de la relación médico-paciente y hacia una valoración moral de las diversas formas de Consentimiento Informado, según cada Modelo de relación.

En el primer capítulo queremos estudiar el *Status Questionis* sobre el Consentimiento Informado, revisando sobre todo la evolución histórica y los elementos esenciales que forman parte del mismo.

En este mismo capítulo nos proponemos realizar una descripción de los principales elementos que entran a formar parte del Consentimiento Informado, destacando el elemento informativo y el propio consentimiento como acto de la voluntad.

En el capítulo segundo, nos centraremos en el estudio de las relaciones médico-paciente. Para ello, analizaremos brevemente los elementos que entran a formar parte en la relación y revisaremos los diferentes Modelos en



función de los elementos antropológicos más importantes para juzgar esta relación: la concepción de la persona y la libertad.

En el último capítulo haremos una revisión de las nociones de Antropología cristiana y la aportación de Magisterio de la Iglesia al respecto, sobre todo, a partir de las enseñanzas de los Papas más recientes y del Catecismo de la Iglesia Católica. De estas enseñanzas queremos extraer unos principios morales con los que, posteriormente, podamos realizar el juicio ético de cada uno de los Modelos de relación descritos en el capítulo anterior, haciendo especial hincapié en todo lo relacionado con el Consentimiento Informado, su concepción y su aplicación práctica.

Para finalizar, volveremos al origen del problema con el que dio comienzo este trabajo, procurando recuperar una propuesta de Consentimiento Informado, dentro de la Bioética personalista, que esté de acuerdo con los principios morales antes descritos y que respete la dignidad de la persona humana. Pensamos que un Consentimiento Informado planteado así, puede solucionar los problemas que se han planteado en esta introducción y puede recuperar de nuevo la confianza como elemento esencial en la relación médico-paciente.

Antes de continuar quiero expresar mi agradecimiento a todos los profesores que han participado en la formación recibida durante mis años en Roma. Especialmente quiero destacar la ayuda prestada por el profesor Ortega, relator de este trabajo, y por los profesores Areitio y Díaz, en su apoyo técnico y científico. Ellos han sido los culpables de que este trabajo haya llegado a buen término.

## **A. la problemática actual del consentimiento informado**

### **1. Introducción**

Una vez estudiado en la Introducción general el planteamiento de la problemática del Consentimiento Informado, pensamos que, para ilustrar mejor las cuestiones concretas que entran en el debate, se pueden poner unos ejemplos de la experiencia personal en la práctica de la medicina:

“Un albañil de 54 años de edad, sufre un accidente laboral, cayendo desde un andamio. Atendido de urgencia, es diagnosticada una fractura de columna vertebral a nivel L1, sin afectación neurológica. Se recomienda tratamiento ortopédico mediante un corsé durante dos meses. Pasado este tiempo, el paciente acude de nuevo al médico por persistir dolor lumbar. El médico de la Mutua de Accidentes Laborales le remite a un especialista de la medicina privada en Cirugía Ortopédica para consulta. El especialista explora al paciente y le indica un tratamiento médico-rehabilitador. Pasado un tiempo, el paciente sigue con dolor lumbar, por lo que el especialista le explica que la única solución definitiva para eliminar el dolor es la realización de una artrodesis vertebral (fusionar el cuerpo vertebral lesionado con el inferior) y le explica en la consulta en qué consiste la intervención y los riesgos más frecuentes. El paciente está de acuerdo y se somete a la intervención. Durante la misma, surgen una serie de complicaciones y al final el paciente queda con una grave secuela en forma de paraplejía. Se presenta el caso a los tribunales quienes condenan con una importante indemnización al médico, no por una deficiencia técnica o imprudencia (entienden que la complicación entra dentro del riesgo de una intervención así), sino por no haber solicitado del paciente el Consentimiento Informado previamente a la intervención.”

Ante un caso como este podemos empezar a individuar los elementos que entran en juego a la hora de plantear el estudio. Para comenzar, podemos cuestionarnos si era suficiente la información que el médico dio al paciente en la consulta, si era suficiente el consentimiento oral que el paciente expresó, si había alguna motivación económica tanto en el curso de la enfermedad como en la demanda posterior, si había una verdadera confianza entre el médico y el paciente. Pensamos que estas cuestiones encuadran bastante bien el problema. Queremos, no obstante, presentar otro ejemplo real que ilustra otros aspectos importantes:

“A una paciente que le han diagnosticado una rotura de menisco en la rodilla, acude a la consulta del especialista para ser intervenida quirúrgicamente. El médico le informa, con gran cantidad de detalles, del diagnóstico, del tipo de intervención y de la anestesia prevista, de los riesgos más frecuentes, de los plazos previstos de recuperación, etc. La paciente manifiesta al médico su alegría por haber recibido esa información y le muestra su total confianza. Mientras el médico escribe la historia clínica, entrega a la paciente un módulo escrito para que ésta exprese su Consentimiento Informado. En ese módulo, preparado por la dirección del Hospital, se pide a la paciente que descargue de toda responsabilidad al Hospital en caso de complicación de la intervención o de la anestesia, si quiere ser intervenida. La paciente, tras leer lo que se le pide, expresa al médico su perplejidad al ver que los riesgos que le ha explicado de forma oral son mucho menores que los riesgos que se recogen en el formulario escrito. El médico tiene que explicar que es una forma de defensa del Hospital ante la cantidad creciente de demandas de indemnización. Como es evidente, en este momento se ha perdido en gran parte la confianza que se había ganado a base de un buen trato y una correcta información.”

Este segundo ejemplo, real, además de ver reflejadas las mismas cuestiones que en el anterior, muestra claramente como la creciente presión judicial hacia el colectivo médico puede llevar a una práctica defensiva de la medicina que, a la larga, acaba siendo perjudicial para el paciente.

## ***2. Cuestiones concretas que entran en el Consentimiento Informado***

Para centrar el estudio, vamos a analizar las diversas cuestiones que hemos encontrado en los ejemplos anteriores, agrupándolas según los elementos de la relación. Lógicamente, los dos primeros elementos están constituidos por las personas implicadas en la relación, es decir, el médico y el enfermo. En este apartado, en el que nos interesa tratar por ahora del Consentimiento Informado, estudiaremos brevemente la persona del médico como aquel que proporciona la información al paciente, y hablaremos del paciente como aquel que recibe la información para emitir, a continuación, el consentimiento o no. La información y el Consentimiento, en cuanto tales, serán estudiados más adelante cuando analicemos los elementos en juego del Consentimiento Informado.

A continuación, estudiaremos las peculiaridades que introduce en el Consentimiento Informado el hecho de que la Medicina actual se desarrolle, sobre todo, en un medio hospitalario, o por lo menos, en un ámbito de

asistencia social. Este detalle hace que, en la relación médico-paciente, se introduzca un tercer interesado.

Por último, estudiaremos la enorme influencia que ha tenido el Derecho en la génesis del Consentimiento Informado y los problemas que esto ocasiona.

#### **a. Por parte del médico.**

El médico es el principal agente activo de la información que se proporciona. En este momento nos interesa la figura del médico en cuanto transmisor de una información cualificada, necesaria para que el paciente pueda expresar posteriormente su consentimiento o no. El papel del médico bajo otros aspectos será estudiado en el siguiente capítulo, cuando hablemos de la relación médico-paciente.

En esta función del médico como agente transmisor de la información, se plantean las cuestiones referentes a la cantidad y a la calidad de la información. Estos problemas, que ha sido estudiados sobre todo en lo que hace referencia a la información al paciente terminal, nosotros los trataremos más adelante al hablar propiamente del elemento de la información.

#### **b. Por parte del paciente**

El paciente es parte pasiva en la información que recibe y parte activa en el consentimiento que otorga.

1) Respecto a la información que recibe, como elemento pasivo, podemos distinguir distintos tipos de pacientes:

a-Paciente consciente, adulto y capaz.

Se reconoce que posee las capacidades necesarias para entender la información recibida, que son las mismas que se estudian a la hora de analizar la capacidad de proporcionar un consentimiento válido.

b-Paciente inconsciente, incapaz.

Es aquel paciente que no puede recibir o no puede procesar la información recibida, y por lo tanto, se considera incapaz de otorgar un consentimiento válido. En estos casos, son los familiares o los protectores legales del paciente quienes deben recibir la información y dar un consentimiento substitutivo.

2) Respecto al Consentimiento que otorga de modo activo:

Partiendo de la situación de que el paciente ha recibido y procesado la información, el hecho de dar su consentimiento o no a una intervención, constituye una manifestación activa de la libertad.

#### **c. Por parte del Hospital**

Como hemos visto en los ejemplos introductorios de este capítulo, la figura del Hospital o estructura sanitaria adquiere en nuestros días una importancia decisiva a la hora de diseñar los módulos de Consentimiento Informado. Consideramos que hay una serie de factores que hacen conveniente introducir la figura de la Institución Sanitaria como elemento importante del Consentimiento Informado:

a- Nuestra sociedad se mueve en un ámbito sanitario público, donde los grandes hospitales absorben la mayoría de intervenciones médicas en las que se utiliza el Consentimiento Informado. No podemos olvidar que la socialización, la masificación de la medicina que se da en estas macroestructuras sanitarias, hace que se pierda en gran parte el componente de confianza que existía antiguamente en el médico, cuando el paciente lo conocía personalmente.

b- Las demandas judiciales se dirigen con frecuencia hacía la Institución Sanitaria, y hacia la Administración Pública como Ente Subsidiario, por lo cual, el propio Hospital se considera parte interesada a la hora de diseñar los modelos de Consentimiento Informado, tendiendo a defender sus intereses mediante formularios muy restrictivos.

c- Es una experiencia común y objetivable que en la medicina privada, el Consentimiento se sobreentiende desde el momento en que el paciente se pone en manos de un médico de su confianza, al que acude con libertad de elección y con una referencia previa. No es así en el caso de la medicina en un Hospital Público, donde el paciente normalmente no elige el médico, muchas veces es intervenido quirúrgicamente por un médico distinto del que le atendió en la consulta, etc...

En estos casos, la particularidades de la medicina hospitalaria presentan problemas peculiares a la hora de considerar el Consentimiento Informado, pues hay que preguntarse si la responsabilidad es del médico en particular o de la estructura sanitaria a la que pertenece, si el paciente otorga el Consentimiento a un médico concreto o a un servicio entero, o si el médico debe plegarse a todas las exigencia burocráticas propias que el Hospital le exige como trabajador del mismo, etc.

#### **d. Por parte del Derecho**

Es evidente que el los últimos años asistimos a un aumento enorme de las demandas judiciales a los médicos e Instituciones Sanitarias. Las relaciones entre la Medicina y el Derecho han pasado de ser una colaboración amistosa (véase la medicina forense, la libertad de autonormación que concede el Derecho a la Medicina) a entrar en un conflicto de intereses. La misma aparición del Consentimiento Informado refleja, en parte, la progresiva juridificación de la Medicina<sup>3</sup>.

Tradicionalmente la Medicina se ha visto desvinculada del campo del Derecho dado su carácter de beneficencia. Al contrario del Derecho, que se introduce entre dos partes enfrentadas por intereses diversos, la Medicina une a médico y paciente en un interés común: la salud del paciente. De todos modos, dado el carácter social de esta actividad, necesita de un mínimo de regulación. Esta regulación ha sido, también de modo tradicional, dejada en manos de los propios médicos y sus Colegios Profesionales, en base al principio de la libertad responsable. Medicina y Derecho comparten la preocupación por restablecer el orden alterado por

---

<sup>3</sup> Cfr. Curran W.J., *Informed Consent in malpractice cases*, en "New England Journal of Medicine", n. 314, 1986, pp. 429-431.

factores adversos: la enfermedad, en el caso de la Medicina, y el crimen, en el caso del Derecho.

Hoy día asistimos a un cambio en esta relación. Hay quien justifica la irrupción del Derecho en la práctica médica por una serie de factores<sup>4</sup>:

a-La caída del modelo tradicional de relación médico-paciente. El médico ya no es una guía moral para el enfermo. Ahora es el enfermo quien decide con autonomía su modo de vida.

b-El nuevo pluralismo ideológico. Nos encontramos con opciones ideológicas muy distintas a la hora de enfrentarnos con problemas médicos como el aborto, la eutanasia, etc. No se puede pretender imponer la ideología personal del médico en estos campos, además detectamos que hay diversidad de opiniones dentro del mismo colectivo médico con respecto a los temas conflictivos.

c-El malestar social ante la sensación de impunidad jurídica que disfrutaban los profesionales de la Medicina. El corporativismo que se observa en el colectivo médico hace muy difícil que prospere una denuncia pues, para acusar a un médico, hace falta que otro médico esté como perito o testigo cualificado.

d-Las implicaciones de la falta de regulación jurídica: el autor considera que esta falta lleva a un paternalismo médico, a la subordinación del enfermo y a una falta de responsabilidad legal.

e-El auge de los Derechos Humanos que dio lugar en 1973 a la *Carta de derechos del paciente*.

El mismo autor<sup>5</sup> analiza cómo se ha intentado introducir el Derecho en la Medicina, a través de la vía penal, luego la civil y por fin la vía contencioso-administrativa. Respecto a la vía penal, considera que, en vista de las características de la actuación médica, es muy difícil determinar esta responsabilidad. Se intenta acceder por vía civil mediante la acción de responsabilidad por daños, como consecuencia de un cambio social que expresa cómo la sociedad no quiere tanto el castigo del culpable como la reparación del daño causado. El problema en esta vía estriba en la dificultad de aplicar, tanto la responsabilidad objetiva como la inversión de la carga de la prueba, dado que la obligación del médico no puede venir exigida por los resultados sino por los medios. Además aplicando esta vía judicial se caería en la temida medicina defensiva, que hasta los defensores acérrimos de la juridificación de la medicina, consideran como un mal para el enfermo y su autonomía.

A causa de la socialización de la medicina, donde la actividad médica se ofrece sobre todo mediante la sanidad pública, el Derecho hace su entrada a través de la vía contencioso-administrativa, pues la responsabilidad objetiva de la administración es un principio general establecido en la legislación. La cobertura del riesgo va a formar parte del servicio público sanitario. No se

---

<sup>4</sup> Cfr. Pelayo A., *La Intervención Jurídica de la Actividad Médica: El Consentimiento Informado*, en "Cuadernos Bartolomé de las Casas", n. 5, 1997, Universidad Carlos III, Madrid, pp. 9-112.

<sup>5</sup> *Ibidem*, en concreto, pp. 61-78.

busca tanto la culpa como la reparación del daño, y de este modo, se corren menos riesgos de desembocar en la medicina defensiva.

Una vez estudiado el modo como se relaciona el Derecho con la Medicina, el citado autor considera el Consentimiento Informado como expresión de la autonomía del enfermo: “Esta es la versión que más se adecúa a la relación establecida entre consentimiento y autonomía: toda la información relevante y todo el margen de decisión en manos del enfermo adulto y responsable para decidir sobre la forma en que es tratado su cuerpo y planificada su salud”<sup>6</sup>.

Nosotros pensamos, por el contrario, que una posible solución del conflicto de intereses en el triángulo médico-paciente-abogado la proporciona A. Garay: “Prefiero escoger la vía de una ética de la responsabilidad de los diferentes actores que camina por los espacios de la información recíproca, el consentimiento previo y común, en otros términos, una relación llena de sentido y no de sanciones-reparaciones”<sup>7</sup>.

Siguiendo con este argumento, este mismo autor nos muestra las líneas maestras por donde deben circular las relaciones entre la Medicina y el Derecho, si quieren ser de verdad profesiones al servicio de la persona y no considerar al ser humano enfermo como un instrumento para sus propios intereses<sup>8</sup>:

a-Los profesionales de la Medicina y del Derecho tienen que asumir responsabilidades ante la persona y la sociedad en base a la incertidumbre y el riesgo que conllevan sus respectivas profesiones.

b-Médicos y abogados necesitan implicarse más en programas de educación y de información, para evitar pleitos innecesarios. Fomentar en las respectivas facultades cursos de Medicina Legal, de Ética Médica para abogados y cursos de Régimen de Responsabilidad Médica para los médicos.

c-Dar sentido jurídico y ético a la relación, pero sin permitir que el médico ni el abogado monopolicen el tratamiento y las esperanzas del paciente.

Con un Consentimiento Informado realizado según estos criterios, sostiene Garay, se pueden evitar la mayoría de los malentendidos entre los profesionales de la Medicina y del Derecho.

---

<sup>6</sup> *Ibidem*, p. 87.

<sup>7</sup> Garay A., *El paciente, el médico y el abogado*, en “Persona y Bioética”, n. 6, 1999, pp. 115-116.

<sup>8</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 121-122.

## B. breve historia del consentimiento informado

### 1. Introducción

La historia del Consentimiento Informado<sup>9</sup>, considerando la delimitación conceptual del término realizada por diversos autores, se puede considerar como reciente, pues se inicia a partir de la mitad del siglo XX.

De todos modos, hay quien la considera tan antigua como la misma Medicina, entendiendo el Consentimiento Informado como expresión de la relación que desde siempre se ha establecido entre el médico y el paciente. Es lo que insinúa Martin S. Pernick cuando afirma que “la información al paciente y su consentimiento pertenecen a la común relación médico-enfermo”<sup>10</sup>.

Nosotros consideramos que, en líneas generales, ha existido desde siempre un cierto grado de Consentimiento Informado en la relación del médico con el paciente, en el sentido que, desde que el enfermo reconoce su enfermedad y se confía al cuidado del médico, se establece una relación de mutua confianza, que incluye de modo implícito una determinada cantidad de información y un consentimiento.

La información que el médico ha dado al enfermo tradicionalmente ha sido poca por dos motivos: primero, porque el propio médico desconocía el mecanismo del enfermar y del curar, por lo que gran parte del éxito terapéutico residía en la capacidad persuasiva del médico y en la seguridad que generaba al enfermo; el segundo, porque la generalidad de los pacientes desconocía aún más todo lo relacionado con la Medicina. Esta situación ha ido cambiando con los siglos en la medida que se desarrolla la Medicina como ciencia y, todavía más, cuando el desarrollo cultural y audiovisual ha permitido la difusión masiva de la información.

El consentimiento también ha sufrido una evolución, desde épocas en que se consideraba implícito, en cuanto que el paciente veía en el médico no sólo una autoridad en su ciencia, sino también una autoridad moral, hasta el desarrollo de los derechos del enfermo y la necesidad de obtener su consentimiento explícito.

Hasta el nacimiento del Consentimiento Informado, las relaciones médico-paciente se movían en el ámbito de la beneficencia, entendida como búsqueda exclusiva del bien del enfermo, donde era el médico quien decidía en qué consistía el bien del enfermo. En este sentido, Katz afirma que “la historia de la relación médico-enfermo está influenciada por la desatención

---

<sup>9</sup> Para un estudio más completo recomendamos la obra de Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1986.

<sup>10</sup> Pernick Martin S., *The Patient's Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy*, en President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Behavioral Research, *Making Health Care Decisions*, U.S. Government Printing Office, Washington 1982, Vol. 3, p. 3.



de los derechos del enfermo debido a su incapacidad para entender los misterios de la Medicina”<sup>11</sup>.

El motivo de incluir un breve recorrido histórico se debe a la importancia que tiene el desarrollo del concepto de la Medicina como relación entre dos sujetos: el médico y el enfermo. No pretendemos hacer una descripción de los avances técnicos de esta ciencia sino describir escuetamente cómo se ha ido perfilando a lo largo de los siglos esta relación para tener un poco de perspectiva histórica a la hora de juzgar los nuevos modelos que han ido apareciendo a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Para introducir esta parte histórica pensamos que se puede empezar dando la definición del “buen médico” que proporciona un historiador de la medicina.

“El buen médico es científico y artista a un tiempo. Debe poseer el medio para curar y el arte de curar. El medio es perecedero e inestable, el arte de curar imperecedero e inalterable”<sup>12</sup>.

Ahora bien, ¿cuáles son los atributos del buen médico? Ciertamente ni la teoría ni la práctica de la ciencia médica los determina. Hipócrates, Galeno y Paracelso no supieron nada de rayos X, antibióticos o inyectables y, sin embargo, fueron excelentes facultativos. Lo único que perdura a lo largo del tiempo es el arte médico, es decir, la compenetración con el enfermo y la localización intuitiva de sus padecimientos. Ahí estriba la similitud entre un buen médico sacerdotal de Egipto hace 4.000 años, el errático descendiente de Esculapio 2.500 años atrás y el sobresaliente doctor de nuestros días. (...) El médico tiene una misión específica que fue y sigue siendo la misma por doquier en todas épocas: asistir de palabra y obra al enfermo desorientado e indefenso<sup>13</sup>.

## **2. etapas del desarrollo del consentimiento informado**

### **a. Desde los orígenes de la medicina hasta Hipócrates**

Los comienzos de la profesión médica se remontan a tiempos muy remotos. Cierta vez, allá por la era cuaternaria, una persona caritativa resolvió hacer de su vida una misión: socorrer a sus semejantes enfermos. Nuestros antepasados más lejanos no conocían de modo científico la enfermedad tal como la conocemos hoy día: etiología, mecanismo lesional, anatomopatología, terapéutica específica..., y por eso atribuían los males a fenómenos que les trascendían: dioses, espíritus, fenómenos atmosféricos, etc.

---

<sup>11</sup> Katz J., *The Silent World of Doctor and Patient*, Free Press, New York 1984, pp. 3-4.

<sup>12</sup> Pollak K., *Los discípulos de Hipócrates*, P&J, Barcelona 1969, p. 9.

<sup>13</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 8-11.

Surge de este modo la figura del hechicero, personaje importante dentro de la tribu que, por una especial conexión con lo trascendente, puede invocar a los espíritus causantes de la enfermedad, romper maleficios, ahuyentar demonios y proporcionar medios para aplacar a la encolerizada divinidad. Los tratamientos tienen un carácter mágico-religioso, el influjo maligno debe ser roto mediante un contrainflujo. Cuando llegan tiempos adversos la fama del hechicero se acrecienta hasta darle un poder ilimitado; en él depositan sus esperanzas de salvación los indígenas.

El testimonio más antiguo de esta primera medicina, datado hace 17.000 años, lo encontramos en la cueva de *Les Trois Frères*, en el sudoeste francés, donde se haya una representación pictórica de un individuo mimetizado de animal salvaje realizando una danza ritual con inequívoco significado terapéutico<sup>14</sup>.

Con el paso de los años el hombre se ha dado cuenta de que, además de los factores sobrenaturales, hay también elementos naturales que pueden influir en la enfermedad, por lo que el hechicero va añadiendo remedios “científicos” a los mágicos.

En la cultura egipcia, por ejemplo, la incorporación del médico a la jerarquía sacerdotal supuso una ventaja tanto para el propio médico como para los enfermos. El médico ganó prestigio y el enfermo podía contar en cualquier momento con la atención de médicos expertos y doctos.

En 1845, Sir A.H. Layard marchó a Nínive donde descubrió la biblioteca del rey asirio Asurbanipal (668-626 a. C.). Fueron trasladadas a Londres e instaladas en el *British Museum* alrededor de 22.000 tablas de escritura cuneiforme, de las cuales, unas 800 contienen textos médicos: en estas tablas se describe el *Asu*, sacerdote con dedicación exclusiva a los enfermos. Junto con los conjuros empleaba medicamentos y agua; además practicaba intervenciones quirúrgicas con el bisturí<sup>15</sup>.

No pretendemos ser exhaustivos en la recogida de testimonios de las civilizaciones previas a los griegos, pero pensamos que con los breves datos expuestos se puede sacar una primera idea de la función del médico y su relación con el paciente durante muchos milenios.

## **b. La Escuela Hipocrática**

La persona de Hipócrates, a pesar de ser una de las más importantes dentro de la Historia de la Medicina, está rodeada de un cierto misterio pues hay muy pocos datos ciertos de su vida. Sabemos que nació en la isla griega de Cos, aproximadamente en el 460 a.C. y que perteneció a los Asclepiádes, corporación médica que decía ser descendiente del dios Esculapio<sup>16</sup>. Esta corporación enseñaba la Medicina en escuelas propias y, al finalizar la educación, los alumnos debían pronunciar el famoso “Juramento de los

---

<sup>14</sup> Cfr. Arana Amurrio J.I., *El Médico y la Historia*, en “El Médico”, n. 691, 1998, pp. 70-77.

<sup>15</sup> Cfr. Pollak K., *Los discípulos de Hipócrates*, ob. cit., p. 43.

<sup>16</sup> Cfr. Jouanna J., *Ippocrate*, Società Editrice Internazionale, Torino 1994, pp. 11-14.

Asclepiades”, atribuido tradicionalmente a Hipócrates, pero que los historiadores actuales consideran más verosímil que fuera de la escuela neopitagórica. En todo caso, los aforismos de esta escuela han servido de falsilla para el pensamiento médico, y sobre todo para la praxis médica, hasta nuestros días.

La Escuela Hipocrática se desarrolla en un clima de gran respeto por la profesión médica, sus conocimientos y esfuerzos. Defiende un modelo de trato con el enfermo en el que lo principal es el bien del paciente: “Prescribiré la dieta oportuna que convenga a cada enfermo”, “no daré jamás medicamentos mortales ni cometeré jamás acciones de este género”, “estaré atento solamente a la salud de los enfermos”<sup>17</sup>.

Algunos autores han descrito la medicina hipocrática en clave fundamentalmente moral, pues las enfermedades que trataban los médicos eran, sobre todo, enfermedades crónicas, debidas a determinados desarreglos en las costumbres, de manera que los médicos actuaban ante todo, recomendando formas saludables de vida, limpieza, buenas costumbres, etc. La medicina se presentaba así, como un tipo de educación moral donde el médico tenía una gran autoridad, también por el ejemplo que debía dar<sup>18</sup>.

Desde el siglo VII a.C. la Ciencia Médica se ha basado en la teoría de los cuatro elementos básicos y los cuatro humores complementarios. La salud se consideraba como el equilibrio de los cuatro humores y la terapéutica consistía en el restablecimiento del equilibrio perdido. Hipócrates y su escuela recogieron esta tradición, y la describieron en los siguientes tres aforismos:

-la enfermedad es un proceso biológico, un desorden debido a influencias externas.

-el cuerpo tiende por naturaleza al equilibrio y la función del médico es ayudarlo.

-la pauta del médico es beneficiar o, por lo menos, no perjudicar.

Se ve claramente como Hipócrates simboliza el raciocinio práctico, el autodeterminismo sabiamente aplicado y las leyes morales idóneas.

### **c. Galeno**

Nació en el año 130 d.C. en Pérgamo, en el Asia Menor. Recibió enseñanzas de Medicina en su ciudad natal donde había un famoso asclepeion. Completó su educación en Alejandría, emporio del saber helenístico. Ejerció la profesión de médico en Roma al servicio de los emperadores, donde también frecuentó los círculos científicos y culturales de su tiempo<sup>19</sup>.

Como clínico, Galeno es un devoto de Hipócrates, y se aprecia como el “hipocratismo” subyace en toda su obra médica. Sin embargo, superó

---

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 373.

<sup>18</sup> Cfr. Gracia D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid 1989, p. 38.

<sup>19</sup> Cfr. Paniagua J.A., voz *Galeno*, en *Gran Enciclopedia Rialp*, Tomo X, Madrid 1989, pp. 624-626.

claramente a sus maestros en la observación del enfermo, en la diferenciación de las distintas enfermedades, en el recto régimen de vida, etc.

Otro de los campos en el que refulge el genio de Galeno es el de la investigación de la estructura y el funcionalismo orgánico, trabajo que recogió en una obra de anatomía sin paralelo en la antigüedad.

Simplificando las cosas, puede decirse que Galeno introduce en moldes aristotélicos la Medicina Hipocrática, enriquecida con la ciencia helenística y con sus propias aportaciones: estudio de las causas de la enfermedad, estudio de los accidentes de la enfermedad que a los ojos del médico son síntomas de la afección, y el estudio individualizado de cada enfermo<sup>20</sup>.

Galeno era sobre todo un médico y todo en él se supeditaba al arte de la curación. Por eso se le considera el precursor de la medicina antropológica, o personal, que supone un esfuerzo complementario de la medicina puramente científico-natural, en el sentido de humanizarla, de destacar la peculiaridad individual de cada enfermo. Galeno proporciona un importante empuje científico a la relación del médico con el enfermo.

#### **d. Tradiciones hebraica y árabe**

La tradición hebraica es consecuente con el contenido del libro del Eclesiástico: “Honra al médico, porque lo necesitas, pues el Altísimo es el que lo ha elegido” (38,1).

El más antiguo texto médico hebraico, probablemente del siglo VI d.C., se considera el “Juramento de Asaph”<sup>21</sup>. Recoge en parte fragmentos del juramento hipocrático, manteniendo el mismo estilo en la relación médico-enfermo, es decir, hacer el bien y evitar el mal, pero todo esto con una continua referencia a Dios.

El médico judío más famoso de la Edad Media fue el rabino Moshe ben Maimon, conocido más frecuentemente como Maimónides. Un poeta árabe lo ensalzaba diciendo que Galeno curó solamente el cuerpo, mientras que Maimónides atendió también el alma. También se atribuye a Maimónides la conocida “Oración matinal de un médico judío”<sup>22</sup> que, por su contenido y belleza, es interesante transcribirla parcialmente:

“¡Oh, Dios, dame siempre una mente lúcida y pura para que no se deje distraer por pensamientos extraños junto al lecho del enfermo! ¡Permíteme retener todo cuanto me han enseñado la experiencia y la ciencia, sin que ello entorpezca mi callado trabajo!”

“No me dejes caer en la ilusoria convicción de que lo puedo todo. Dame fuerza, voluntad y oportunidad para ampliar mi saber.”

---

<sup>20</sup> Cfr. *Idem.*, voz *Medicina. Historia*, en *Ibidem*, tomo XV, pp. 442-447.

<sup>21</sup> Cfr. *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, vol. IV, p. 1733.

<sup>22</sup> Pollak K., *Los discípulos de Hipócrates*, ob. cit., p. 179.

“Hazme ver siempre en el paciente un ser humano y nada más. Dios infinitamente bondadoso, Tú me has elegido para velar por la vida y la muerte de tus criaturas. Ahora me consagro a mi profesión. Ayúdame en esta gran tarea para que prospere”.

En esta plegaria se puede ver un avance importante en la relación médico-paciente, en cuanto que el enfermo es tratado como un ser humano, con la dignidad que ello lleva consigo.

De la tradición árabe podemos destacar la obra titulada *Kholasah al Hekmah*, escrita por Mohamad Hosin di Shiraz en el año 1770. Al comienzo de dicha obra se presentan un conjunto de deberes que tiene que guardar el médico. En el número 15 se puede leer: “No debe jamás prescribir ningún tipo de fármaco mortal, dañoso o debilitante”<sup>23</sup>.

#### **e. Época medieval**

Con la caída del Imperio Romano de Occidente se produce también una caída de ideales. El panorama del estamento médico al comenzar la Edad Media era muy poco atractivo. Solo el cristianismo naciente pudo liberar de nuevo a la asistencia médica de sus denigrantes accesorios de lascivia, poder y riqueza. Cuando el mundo antiguo se desmoronó, la Iglesia fue el único baluarte donde aún pudieron refugiarse la ciencia y la ilustración. Así pues, el sacerdote cristiano, como portador de cultura y moral, fue también médico y lo siguió siendo durante medio milenio. Las dos instituciones que tomaron esta responsabilidad fueron el episcopado y el monacado. Los médicos monásticos no asistían solamente a los padres y novicios del monasterio, sino también a todas las poblaciones circundantes y a los viajeros. Aparte de la actividad terapéutica, se traducían y transcribían textos médicos de la antigüedad y se impartía enseñanza médica en la escuela catedralicia y el seminario. En el año 534, San Benito de Nursia escribió la regla para los monjes del Monasterio de Montecasino. En el capítulo XXXVI, *sobre los hermanos enfermos*, se lee: “La asistencia a los enfermos ha de prevalecer sobre todo y ante todo. Se les debe servir como si fueran Cristo, pues realmente por conducto de ellos le servimos a El”<sup>24</sup>.

El primer período de la medicina medieval ha sido denominado “Medicina Monacal” (año 500-1100). Y hasta que la enseñanza de esta ciencia cesó en los monasterios para pasar al dominio de la “escuelas” y universidades, no se inició el segundo período llamado “Medicina Escolástica”.

Como hemos visto hasta ahora, la medicina tradicional estaba sostenida por la tradición hipocrática, donde el paciente estaba sujeto a las decisiones del médico que, a su vez, se movía por el interés del paciente. Los primeros escritos sobre ética médica eran copias de los escritos hipocráticos y se superponían a las normas que dictaba la costumbre moral del tiempo.

---

<sup>23</sup> Cfr. *Encyclopedia of Bioethics*, op cit., p. 1736

<sup>24</sup> San Benito, *Regula Cap. XXXVI*, PL (LXVI), p. 256.

Con la llegada de las Universidades de Artes Liberales seculares aparecieron también los primeros escritos “laicos” respecto a la ética médica. quizás el autor más significativo de esta época fue Henri de Mondeville (1260-1325), cirujano y profesor de anatomía, que trasladó importantes tradiciones médicas desde la floreciente Boloña hasta Francia. Mondeville abrazó abiertamente las tradiciones hipocráticas, asumiendo un modelo de relación médico-paciente basado más en la confianza del enfermo que en su consentimiento. En esta época todavía no se habían desarrollado los planteamientos filosóficos para poder hablar del consentimiento del enfermo; de hecho, se dice que Mondeville aconsejaba a los médicos no aceptar casos en los que, por culpa de un paciente combativo o reivindicativo, se pudiera perder la reputación como buen médico<sup>25</sup>. Actitudes como ésta muestran que todavía existía un gran desequilibrio en la relación médico-enfermo, el médico seguía estando en un pedestal. Tardaremos aún varios siglos en ver los primeros intentos de reequilibrar la relación.

#### **f. Medicina de la Ilustración**

Los dos primeros autores que recogieron la influencia del pensamiento ilustrado en el campo médico fueron John Gregory (1724-1773) y su discípulo Benjamin Rush (1745-1813).

John Gregory escribió su obra más importante, *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician* (1772), profundamente influenciado por Francis Bacon. Introdujo dos elementos importantes para la futura relación médico-paciente:

-El deber de los médicos de educar al público, como un primer paso en el proceso de la información al paciente.

-El deber de las personas relacionadas con la Ley de tener conocimientos de medicina.

Gregory también estuvo muy influenciado por las ideas de Hume respecto al sentimiento de compasión, y las aplicó al trato que todo médico debería tener respecto al enfermo<sup>26</sup>.

Entendía el rol del médico en los términos clásicos de la beneficencia, introduciendo el importante elemento de la información veraz al enfermo, aunque sin llegar a hablar de su autonomía. Se da una conjunción entre una orientación benéfica de la Medicina y un ideal de caballerosidad y buena conducta.

Por otro lado, tenemos a su discípulo, Benjamin Rush, a quien no se puede considerar como el típico exponente del médico de finales de siglo XVIII, pues era, a diferencia de la mayoría de sujetos de la clase médica de entonces, un hombre de amplia cultura y escribió además muchos ensayos sobre costumbres sociales. Utilizó su bagaje filosófico, unido con una ética

---

<sup>25</sup> Cfr. Welborn H., *The Long Tradition*, en Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, ob. cit., p. 63.

<sup>26</sup> Cfr. McCullough L.B., *Hume's Influence on John Gregory and the History of Medical Ethics*, en “Journal of Medicine and Philosophy”, n. 24, 1999, pp. 376-395.

médica constructiva, como herramienta para hacer una crítica a sus maestros en la Medicina, a causa de los vicios en sus costumbres<sup>27</sup>.

La filosofía iluminista, que considera la felicidad y la libertad de elección como integrantes de la salud del individuo, influyó en Rush para que abogara por compartir la información con los pacientes. También fue el precursor de la desmitificación de la medicina, adelantándose a lo que será luego la medicina pública con acceso libre y educación de los pacientes.

Rush no entró a considerar el consentimiento del paciente pues pretendía que, a base de educación y de información, el paciente estuviera preparado para entender las recomendaciones del médico y encontrarse así motivado a cumplirlas. Rush era consciente de que no todos los pacientes podrían llegar a ese grado de entendimiento de su enfermedad, por lo que introdujo, para estos casos, la posibilidad de dar libertad al paciente respecto a elementos de poca repercusión para la salud manteniendo, en cambio, la inflexibilidad para las cuestiones importantes<sup>28</sup>. El objetivo de las teorías éticas de Rush no era tanto justificar la libertad de decisión del enfermo sino el principio de informar y decir la verdad al enfermo por el bien de los resultados terapéuticos. Su forma de actuar continúa perteneciendo al ámbito de la beneficencia.

Con lo visto hasta ahora se puede afirmar que el primer elemento del Consentimiento Informado, es decir, la información al paciente, se va imponiendo en la práctica de la medicina, pero en la Historia de la Medicina hasta comienzos del siglo XIX no existen las bases teóricas que justifiquen la libertad de consentimiento por parte del enfermo.

### **g. La Medicina Moderna en Inglaterra y Estados Unidos**

En el Viejo Continente el representante más destacado de esta época es Thomas Percival (1740-1804). Su obra más importante titulada *Medical Ethics* es una conjunción entre ética y etiqueta, entre modos de conducta profesional y beneficencia clásica. Respecto a las relaciones con los enfermos podemos destacar algunas de sus propuestas que reflejan una nueva concepción de la Ética Médica:

-los médicos y cirujanos deben auxiliar a los enfermos con la debida estima de la importancia de su ministerio.

-deben estudiar en su proceder, la forma de unir la ternura con la firmeza, la condescendencia con la autoridad, para inspirar gratitud, respeto y confianza a sus pacientes.

Percival continuó con la tradición previa de la beneficencia y siguió con la línea iniciada por Gregory y Rush de dar información al paciente, pero a diferencia de estos, consideró que la veracidad no siempre favorece al enfermo, sino que puede ir en su detrimento en condiciones extremas, o cuando la información es deprimente, triste o desesperanzada. Es interesante

---

<sup>27</sup> Cfr. Rush B., *On the Vices and Virtues of the Physicians*, en Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, ob. cit., p. 65.

<sup>28</sup> Cfr. Rush B., *Medical Inquires and Observations*, en *Ibidem*, p. 65.

destacar las limitaciones que Percival encuentra al principio de decir toda la verdad al enfermo.

En los Estados Unidos, el trabajo de Percival sirvió de guión para el Código de Ética Médica que elaboró, en 1847, la *American Medical Association* (AMA). Como ejemplo del punto anterior (ocultación de la verdad al paciente cuando se considera que le pueda resultar dañina), se incluyó en este Código el “engaño por beneficencia” para los enfermos con pronósticos nefastos<sup>29</sup>. Este código influyó en las restantes reglamentaciones que se desarrollaron posteriormente en cada Estado, por lo que se puede afirmar que el concepto de Ética Médica de Percival se transformó en el credo común de los médicos de Estados Unidos en esta época.

En 1849, también en Estados Unidos, Hooker escribe un libro titulado *Physician and Patient* en el que incluía comentarios al Código de la AMA. El libro estaba destinado inicialmente a combatir la plaga de curanderos que surgieron en esa época aprovechándose de la credulidad de la población y de cierto desprestigio de la clase médica. Hooker defendía, por un lado las tesis de la AMA en cuanto defensa de la clase médica, pero a la vez, criticó algunos aspectos del citado Código en lo que se refiere al trato con los pacientes. Hooker tenía una especial sensibilidad por los sentimientos del enfermo y por su necesidad de recibir información, por lo que mantuvo una actitud crítica frente al “engaño por benevolencia”, argumentando que el bien que se deriva de este engaño, en los pocos casos en que estaría justificado, es muy poco en comparación con el gran daño que se deriva en los demás casos<sup>30</sup>.

Al igual que sucedió inicialmente con Percival, las ideas de Hooker tuvieron una gran aceptación en muchas sociedades médicas. La medicina americana necesitaba aumentar su nivel de credibilidad para combatir a los curanderos e impostores y, en este sentido, el código de caballerosidad propuesto por Percival, no era visto por muchos como el mejor método para lograrla.

En este contexto surgieron los primeros disidentes del Código de la AMA: Bigelow en Boston, Austin Flint en Nueva York, etc., lo que llevó a que la propia AMA hiciera revisiones sucesivas de su Código en 1903, 1912, 1947, 1957 y 1980. En estas revisiones se fueron añadiendo distintos apartados respecto al trato con los enfermos y el respeto de sus derechos.

#### **h. La aparición del Consentimiento Informado**

Hasta aquí hemos visto como han ido surgiendo, a lo largo de los siglos, los elementos definitorios de lo que hoy día llamamos Consentimiento Informado: la información al paciente y el derecho del mismo a tomar parte en las decisiones que le afectan.

El Consentimiento Informado, así llamado, hizo su aparición en la medicina estadounidense a finales de los años 50 y principios de los 60.

---

<sup>29</sup> Cfr. American Medical Association, *Proceedings of the National Medical Conventions*, en *Ibidem*, p. 69.

<sup>30</sup> Cfr. Hooker W., *Physician and Patient*, en *Ibidem*, p. 71.



Los antecedentes más importantes los encontramos en el famoso -y siempre citado- *caso Schloendorff* (1914), en el cual el juez Cardozo afirmaba que “todo ser humano adulto y capaz tiene el derecho de determinar qué cosa se va a hacer con su cuerpo; un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento del paciente comete una violencia a la persona”<sup>31</sup>. Esta sentencia judicial a favor del paciente, en el sentido de reconocer su plena autodeterminación respecto a las intervenciones que pueda sufrir, dio origen a una jurisprudencia que tuvo un gran influjo en posteriores casos judiciales en los que se enfrentaba la libertad del médico con la del enfermo. En uno de estos casos judiciales (*Salgo vs. Leland Stanford Jr. University of Trustees*), cuya sentencia promulgó el Tribunal Supremo del Estado de California en 1957, se utilizó por primera vez el término “Consentimiento Informado”: una expresión sintética que enuncia el derecho de los pacientes a recibir información acerca de los procedimientos médicos a los que van a ser sometidos y a decidir libre y voluntariamente si desean o no someterse a ellos<sup>32</sup>.

De hecho, la mayoría de los autores reconocen la influencia que han tenido, tanto esta serie de casos judiciales como el renovamiento producido en la ética, para explicar la aparición y la importancia del Consentimiento Informado. En esta línea, Faden y Beauchamp<sup>33</sup> afirman que el origen está motivado por el aumento de casos legales contra médicos y por el revitalizamiento de la Ética Médica. Tanto el Derecho como la Ética han sido influenciados a partir de la mitad del siglo XX por cuestiones sociales acerca de las libertades individuales, la igualdad social y la tecnificación de una medicina que corre el riesgo de acabar siendo impersonal. Estos mismos autores quieren encuadrar este hecho en un contexto histórico-social determinado: un mayor interés social por los derechos humanos que influye determinadamente en la elaboración de las bases filosóficas para llegar al principio de autodeterminación de la persona, una mayor conciencia social de los derechos civiles, los derechos de la mujer, el movimiento de defensa del consumidor, etc. Ante este panorama de exigencia y de trabajo por determinar y defender los derechos de la persona, es fácil entender que se haya llegado a una aceptación en la sociedad de la noción de derecho aplicada a la salud.

Un análisis similar lo realiza A. Spagnolo<sup>34</sup> cuando señala que, después de la segunda mitad de siglo XX, ha habido una profunda transformación de la ética médica y de la política sanitaria: algunos casos de orden médico-legal y jurídico, la orientación hacia los derechos civiles llevada a cabo por movimientos sociales y grupos de opinión que promueven el derecho a la

---

<sup>31</sup> Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, ob. cit., pp. 123.

<sup>32</sup> Cfr. Simón Lorda P., *Apunte histórico sobre el desarrollo de la Bioética*, en “Documentos semFyC”, n. 7, 1996, pp. 15-24.

<sup>33</sup> Cfr. Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, ob. cit., p. 87.

<sup>34</sup> Cfr. Spagnolo A., *Testamenti di Vita*, en Bompiani A. (a cura), *Bioetica in Medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996, pp. 340-343.

salud y a la información, hacen que la tradicional supremacía del llamado paternalismo médico tenga que enfrentarse con una ética centrada en el paciente y su autonomía.

### **i. El nacimiento de la Bioética y de los modelos de relación médico-paciente**

Hasta hace un tiempo no muy lejano, era sólo la Teología Moral quien hablaba y proponía soluciones con autoridad a los problemas planteados por la Deontología Médica. Después, poco a poco, se ha comenzado a desarrollar también una Ética Médica “laica” e independiente de referencias teológicas. Surge así la Bioética que debería ser un puente para superar el abismo que se ha creado entre Ciencia y Ética<sup>35</sup>. Este abismo se manifiesta cuando vemos que los criterios para establecer la bondad de una acción son puestos en duda por la gran posibilidad de modificar las condiciones más íntimas de aquello que debería constituir la referencia última de valores para ese juicio de licitud. Por ejemplo, muchos están de acuerdo en que es bueno aquello que promueve el bien de la persona, el problema es determinar a qué llama persona y qué se entiende por bien.

Hay quien piensa que la Bioética sólo cabe desarrollarla en términos “laicos”, como una verdadera separación de la Ética Médica precedente<sup>36</sup>. A este respecto, nos parece interesante el estudio que realiza A. Spagnolo<sup>37</sup> sobre el desarrollo histórico de la Bioética. Afirma que la primera y más amplia aproximación a la materia ha sido hecha en base a los “principios”. Explica que, ante los nuevos problemas que se derivan de la biotecnología, no se podían usar categorías dependientes exclusivamente de las razones científicas o profesionales, sino que era necesario buscar un modelo argumentativo que fuera lo más riguroso posible y que tuviera en cuenta el contexto fuertemente pluralístico en el cual se encontraba la naciente Bioética. El primer modelo basado en los principios se desarrolló en el *Kennedy Institute of Ethics*, en la Universidad de Georgetown, y durante varias decenios ha sido el paradigma de la Bioética. De hecho, la definición de Bioética que aporta la *Encyclopedia of Bioethics* hace referencia explícita a los principios<sup>38</sup>. Los filósofos intentaron buscar cuáles eran los principios comunes sobre los que posteriormente se pudieran basar las soluciones a los diversos problemas. El problema es que se creó una Bioética muy teórica y abstracta, que no daba soluciones a los problemas reales y que caía frecuentemente en el error de la descontextualización, en la separación teórico-práctica de los problemas<sup>39</sup>.

---

<sup>35</sup> Cfr. Melina L., *Corso di Bioetica*, Ed. Piemme, Casale Monferrato 1996, pp. 7-9.

<sup>36</sup> Cfr. Mori M., *Nuova scienza o riflessione morale?*, en “Mondoperaio”, n. 11, 1990, pp. 120-128.

<sup>37</sup> Cfr. Spagnolo A., *I Principi della Bioetica Nord-Americana e la critica del “Principlismo”*, en “Camillianum” n. 20, 1999, pp. 225-246.

<sup>38</sup> *Encyclopedia of Bioethics*, ob. cit., p. 19.

<sup>39</sup> Cfr. De Vries R., Subedi J., *Bioethics and Society. Constructing the Ethical Enterprise*, Prentice Hall, New Jersey 1998, pp. 30-35.

El campo de las relaciones médico-paciente también ha estado influenciado por el desarrollo de la Bioética; de hecho, el primer contexto en el que se desarrolló la Ética de los Principios fue en el campo de la experimentación humana, para solucionar los conflictos de intereses que aparecían entre las normas que guían los trabajos de los investigadores y los Comités de Ética<sup>40</sup>. Como fruto de este trabajo se describieron los siguientes principios:

a) Principio del respeto de la persona: Incluye tratarla como sujeto autónomo y tutelarla cuando su autonomía esté reducida o ausente. Más adelante se formulará como el Principio de Autonomía.

En este marco de respeto por el paciente, su autonomía y su conciencia individual, surge la figura del Consentimiento Informado.

b) Principio de la Beneficencia: no hacer daño, minimizar riesgos y maximizar los beneficios. Supone, por tanto, una pareja de principios: el precepto hipocrático de “no hacer daño” (no maleficencia), que se complementa con el precepto de la “beneficialidad” o beneficencia que busca activamente la consecución de un bien (beneficencia propiamente dicha). En cierto sentido, hay quien considera que este principio engloba al de autonomía.

c) Principio de Justicia: en el reparto de los riesgos y de los recursos. Conecta tanto con la beneficencia como con el respeto de la persona. Subraya, tanto el valor social de la acción particular, como la regla de la equidad con que se reparten los beneficios y las desventajas de una situación concreta.

Este modelo, utilizado inicialmente en el campo de la experimentación, ha sido posteriormente propuesto por Beauchamp y Childress<sup>41</sup> para toda la Bioética como forma de superar las divergencias que se dan entre diferentes concepciones morales. Así, el dogma central del Principialismo es que, mientras teorías morales contrapuestas como el Contractualismo y el Utilitarismo, pueden no estar de acuerdo sobre conceptos teóricos o métodos de justificación de un acto, se puede llegar a un acuerdo de consenso (*overlapping consensus*) sobre principios idénticos y, por tanto, también sobre la acción que se recomienda hacer. El éxito de este modelo se basa en su simplicidad: con cuatro principios básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) se pueden dar soluciones a todos los problemas éticos.

Este modelo encuentra problemas prácticos de aplicación en cuanto entran en conflicto los principios, pues no hay un principio que los ordene jerárquicamente. De todos modos, la crítica más de fondo la realiza el propio Spagnolo quien señala que, en última instancia, falta la inserción de estos principios dentro de una antropología integral y racional, y particularmente falta una definición de lo que es el bien para el hombre.

---

<sup>40</sup> Cfr. The National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, US Government Printing Office, Washington 1979.

<sup>41</sup> Cfr. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1978, p. 67.

También hay quien critica, desde un punto de vista menos filosófico, la Bioética basada en los principios por considerarlos demasiado abstractos, demasiado racionalistas, demasiado distantes del ambiente psicológico. Acusan también al Principialismo de hacer caso omiso del carácter de la persona, de la historia de su vida, de su trasfondo cultural, de su sexo. Los principios suponen una perfección técnica en las decisiones morales que no se cumple debido al carácter psicológicamente único de cada agente moral y de cada acto<sup>42</sup>.

La Escuela Ética Personalista propone, en cambio, una teoría unificada respecto a la persona humana como criterio último de actuación, y por tanto, puede dar verdaderas soluciones a los problemas éticos. Así, Juan Pablo II, claro exponente de la Ética Personalista, afirma que “el paciente no es un individuo anónimo sobre el cual se pueden aplicar los frutos del conocimiento médico, sino que es una persona responsable, que debe ser llamada a hacerse copartícipe de la mejoría de su propia salud y de lograr la curación. Debe estar en condiciones de poder elegir personalmente y no sufrir decisiones tomadas por otros”<sup>43</sup>. El mismo Juan Pablo II, consciente de la necesidad de la experimentación para los avances de las ciencias y teniendo presente el peligro que esta experimentación ha supuesto para la defensa de la dignidad de la persona humana, añade: “no tengo motivos de aprensión por una experimentación biológica hecha por científicos que tengan un profundo respeto por la persona humana”<sup>44</sup>, mostrando de este modo, como el respeto de la persona humana es la base sobre la que se funda toda relación médico-paciente.

En esta misma línea se mueven Cafaro y Cottini, cuando afirman: “La tendencia general de nuestra sociedad a burocratizar todo, a cosificar las relaciones, las dificultades de un sistema sanitario muy complejo, parecen, hoy día, dificultar los intentos de refundar la profesión médica en el sentido más noble y magnánimo. Sin embargo, no se debe renunciar a encontrar los elementos esenciales de una ética profesional no formalística o ligada solo al conjunto de las competencias específicas. Esto solo puede darse redescubriendo que el contenido del trabajo sanitario es la atención a la dignidad de la persona y el cuidado de su promoción integral”<sup>45</sup>.

## **j. ¿Qué ha cambiado?**

Tras haber estudiado brevemente la Historia de la Medicina en lo que se refiere al Consentimiento Informado como expresión de la relación médico-paciente, hay quien afirma, como Katz<sup>46</sup>, que la llegada del Consentimiento Informado ha supuesto un espejismo a la hora de ver las relaciones médico-

---

<sup>42</sup> Cfr. Pellegrino E.D., *La metamorfosis de la Ética Médica*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, p. 81.

<sup>43</sup> Juan Pablo II, *Ai Congresso Mondiale dei Medici Cattolici*, 3-X-82, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” V/3 (1982), p. 673.

<sup>44</sup> Juan Pablo II, *Ai Partecipanti a un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze*, 23-X-82, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” V/3, p. 897.

<sup>45</sup> Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, Ares, Milano 1991, p. 30.

<sup>46</sup> Cfr. Katz J., *The Silent World of Doctor and Patient*, ob. cit., p.100.

paciente; defiende la tesis de que las relaciones se siguen basando en un modelo tradicional de beneficencia o de paternalismo.

Es posible que todavía muchos médicos continúen usando los parámetros de relación que hoy día consideramos como pertenecientes al pasado, pero también es cierto que una gran cantidad de médicos se han adaptado a los cambios sufridos por la Medicina. Han entendido que los pacientes tienen cada día un mayor grado de instrucción y de información, son más sensibles a sus derechos, etc.

El Consentimiento Informado, como intento de respetar la autonomía del paciente es una práctica frecuente en nuestros días. Está unánimemente reconocida la necesidad de actuar siempre respetando, en la medida de lo posible, la voluntad del paciente, aunque no está exenta de abusos. Como siempre, nos encontramos ante la difícil misión de encontrar el equilibrio entre dos extremos.

## **C. intentos de focalización del consentimiento informado**

### **1. Qué se entiende por Consentimiento Informado**

Cualquier paciente que haya sido sometido recientemente a una intervención nos dirá que ha firmado un papel donde daba su consentimiento a la referida intervención. Esta es la primera aproximación que la gente común tiene respecto del Consentimiento Informado: un papel que hay que firmar para dar permiso al médico para realizar la intervención. Como veremos, esto supone una visión restrictiva e incompleta. Simón Lorda<sup>47</sup>, ante el riesgo de considerar el Consentimiento Informado como un mero requisito legal de la llamada “medicina defensiva”, afirma que el Consentimiento Informado constituye la columna vertebral del comportamiento ético de todo profesional sanitario; al ser un derecho del enfermo ya no es una cuestión potestativa sino una obligación ético-jurídica. El mismo autor concluye diciendo que la idea de “proceso” es crucial en la teoría del Consentimiento Informado pues aporta una idea dinámica, histórica al concepto estático previo. Se opone a la idea de un acto aislado, ejemplificado por la lectura de un frío formulario escrito.

Retomando la idea de obligatoriedad del Consentimiento Informado, destacamos la definición de Filiberti y Bellotto: “con el término Consentimiento Informado en el ámbito médico se entiende normalmente un procedimiento, una particular especificación o connotación de la relación médico-enfermo, por la cual una serie de intervenciones diagnósticas, terapéuticas o de investigación científica, pueden ser realizadas”<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Cfr. Simón Lorda P., *El Consentimiento Informado como un nuevo modelo en la relación médico-paciente*, en “Documentos semFyC”, n. 7, 1997, pp. 51-56.

<sup>48</sup> Filiberti A., Bellotto M., *Consenso Informato: Biases psicosociales*, en “Medicina e Morale”, n. 1, 1990, p. 41.

El derecho al Consentimiento Informado, reconocido por la normativa internacional, asume un significado más profundo cuando se considera parte del imprescindible deber del médico de obrar por el interés de la persona enferma<sup>49</sup>.

De modo sintético hay quien define el Consentimiento Informado como un procedimiento -documentado con un módulo escrito, fechado y firmado- mediante el cual un sujeto acepta voluntariamente participar en un estudio clínico (tratamiento, exploración, etc.), después de haber sido informado de todos los aspectos del estudio pertinente para su decisión. Este procedimiento tiene un primer momento fundamental en la información, que para ser válida debe ser completa, correcta y objetiva. El consecuente consentimiento debe ser explícito y ejecutado bajo plena libertad de decisión<sup>50</sup>.

Desde el punto de vista del paciente, “El Consentimiento Informado es la voluntaria y libre decisión hecha por una persona competente y autónoma, en base a una adecuada información y deliberación, para aceptar un tratamiento específico cuando se conocen completamente la naturaleza del tratamiento, sus consecuencias y riesgos”<sup>51</sup>. Nos parece interesante destacar en esta definición el carácter de competencia y autonomía que debe tener el paciente que otorga el consentimiento. En esta misma línea se afirma también que “para que sea válido, el consentimiento debe ser voluntario, libre de presiones y sin coacción”<sup>52</sup>.

Hoy día, hay quien ve el Consentimiento Informado como una reacción lógica a la tradición paternalista que ha dominado el contexto médico hasta mitad de siglo XX, donde, como más adelante estudiaremos, no se reconocía apenas la importancia de la opinión del enfermo a la hora de tomar las decisiones médicas que le afectan. Así lo destaca el Diccionario de Bioética de S. Leone y S. Privitera donde se afirma que, en contraste con la tradición paternalista, surge en nuestros días un primado de la voluntad y de la autodeterminación del sujeto en cuanto al consentimiento al acto médico<sup>53</sup>.

Hemos visto que no toda relación médico-paciente implica necesariamente el Consentimiento Informado, en este sentido hay autores que han propuesto unos criterios para intentar definir cuando un proceso de relación médico-paciente se puede considerar Consentimiento Informado<sup>54</sup>:

---

<sup>49</sup> Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato: un'indagine conoscitiva in cardiologia*, en “Medicina e Morale”, n. 5, 1994, pp. 955-972.

<sup>50</sup> Cfr. AA.VV., *Il Consenso Informato nella Sperimentazione Clinica*, en “Bolletino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri”, ob. cit. p. 9.

<sup>51</sup> Saunders C.M., Baum M., Houghton J., *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., Baffins Lane (West Sussex) 1994, p. 461.

<sup>52</sup> Voz *Consent*, en *New Dictionary of Christians Ethics and Pastoral Theology*, Intervarsity Press, Downers Grove (Illinois) 1995, p. 252.

<sup>53</sup> Cfr. Salvinelli R., voz *Consenso*, en *Dizionario di Bioetica*, a cura di Leone S., Privitera S., Istituto Siciliano di Bioetica-Edizione Dehoniane, Bologna 1994, pp. 180-183.

<sup>54</sup> Cfr. Faden Ruth R., Beauchamp Tom L., *A History and Theory of Informed Consent*, ob. cit. p. 54.

- a) El paciente debe estar de acuerdo con la intervención en base a la comprensión de la información recibida.
- b) El consentimiento no debe estar influenciado por elementos que afecten la libertad para tomar una decisión.
- c) El consentimiento debe implicar la entrega del permiso para realizar la intervención.

Los propios autores reconocen la dificultad para comprobar si se cumplen los tres elementos a la hora de estudiar modelos de relación médico-paciente del pasado y así poder determinar el momento de aparición del consentimiento. De todos modos resaltan los dos elementos que entendemos son fundamentales para definir el Consentimiento Informado: la información previa y el consentimiento libre consecuente.

Hemos visto antes como la idea de proceso era importante para no pensar que el Consentimiento Informado se limita a la firma de un simple formulario, sino que pertenece a la relación que se va estableciendo entre el médico y el enfermo conforme avanza la enfermedad. Esta misma idea se destaca de la definición que da el Colegio de Médicos Americanos: “explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para solicitarle a continuación su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”<sup>55</sup>. Añade más adelante que la presentación de la información debe ser comprensible para el enfermo y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no puede sacar provecho de su potencial dominio psicológico sobre el enfermo. El Consentimiento Informado así definido debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de una relación médico-paciente.

Un matiz algo distinto se desprende al considerar la situación de desigualdad en que se encuentra el paciente al enfrentarse con el médico. Bajo este punto de vista, Castellano Arroyo<sup>56</sup> destaca la afectación física y moral del enfermo que se ve en minusvalía y dependencia respecto del médico. El autor destaca como el mero hecho de que el enfermo acuda al médico presupone que lo hace libremente, aceptando la relación y sus consecuencias. Todo esto sin perder de vista que todo acto de consentir implica estar previamente informado de las circunstancias de aquello que se acepta o rechaza.

Siguiendo en esta línea de entender la relación médico-paciente, nos parece interesante la aportación que hace Idoate García<sup>57</sup> al introducir la idea de confianza en la relación como parte fundamental del consentimiento. El

---

<sup>55</sup> Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, en Vidal Casero M.C., *La Problemática del Consentimiento Informado*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 33, 1998, p. 12.

<sup>56</sup> Cfr. Castellano Arroyo M., *El Consentimiento Informado de los pacientes*, en Polaino Lorente A. (dirigido por), *Manual de Bioética General*, Rialp, Madrid 1994, pp. 328-339.

<sup>57</sup> Cfr. Idoate García V., *Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del Consentimiento Informado*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 33, 1998, pp. 9-11.

mismo autor añade que la información aumenta la confianza y, por tanto, la relación de amistad que incluye la relación de igualdad entre ambos, como hombres con un proyecto común.

Más adelante nos centraremos en la confianza como elemento fundamental para basar las relaciones médico-paciente; por ahora nos interesa destacar como, según palabras de G. Herranz<sup>58</sup>, “es una necesidad psicológica que el paciente deposite su confianza en el médico. Ningún momento de la relación médico-enfermo puede realizarse sin que exista la confianza”. Un elemento importante para generar esta confianza es el compartir la información con el enfermo, tal como lo manifiesta Castro Barreiro en su definición de Consentimiento Informado: “información sobre las ventajas e inconvenientes, las alternativas y las consecuencias de un determinado procedimiento asistencial que prepara un profesional sanitario con la finalidad de compartirla con el paciente con el fin de hacerle partícipe de las decisiones clínicas que le afectan”<sup>59</sup>.

El propio Juan Pablo II insiste en este mismo tema cuando, dirigiéndose a los médicos de un hospital romano, les decía: “El enfermo es el primer motivo de vuestro estudio y vuestro trabajo. Toda relación con él se basa sobre la recíproca confianza y sobre una amplia confianza que reviste vuestra persona”<sup>60</sup>.

Continuando con esta forma de entender el Consentimiento Informado, el Comité Nacional de Bioética Italiano<sup>61</sup> publicó en 1992 un conjunto de consideraciones, conclusiones y propuestas respecto a la información y el consentimiento al acto médico. En primer lugar, este informe constata la frecuente carencia del Consentimiento Informado en la práctica médica y los episodios de litigios legales que esto ocasiona. También se reafirma en varios principios:

-La actividad médica, tanto en su globalidad como en los actos particulares, debe conformarse a las normas generales indicadas en los Códigos de Deontología, encaminados a realizar el bien del paciente.

-El enfermo es el primer responsable de su salud, por lo cual se confía a la actividad de un profesional de la salud para ser ayudado a prevenir o a combatir la enfermedad.

-El Consentimiento Informado supone una mayor participación del enfermo en las decisiones que le atañen.

-Reconoce la necesidad de poner un límite al énfasis legalista del principio de autonomía que se manifiesta en un exceso de burocracia, en entender la relación médico-enfermo como un contrato en el que deben ser consignados

---

<sup>58</sup> Herranz G., *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Eunsa, Pamplona 1992, p. 40.

<sup>59</sup> Castro Barreiro J., *La implantación del Consentimiento Informado en los hospitales de Galicia*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 33, 1998, p. 67.

<sup>60</sup> Juan Pablo II, *Discorso nella Piccola Chiesa dell’Ospedale San Carlo, 16-III-86*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IX/1 (1986), p. 723.

<sup>61</sup> Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Informazione e Consenso all’atto medico*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l’informazione e l’editoria, Roma 1992, p. 8.



todos los elementos, en la pérdida de la confianza que debe envolver toda relación, etc.

-Por último, insiste en que sin una relación basada en la confianza mutua es imposible una comunicación genuina, quedando solo una fría y distante información.

También Ciccone<sup>62</sup> encuadra el Consentimiento Informado como parte del respeto por la persona, en cuanto que asegura la libertad y la conciencia.

Hasta ahora los diversos autores que hemos estudiado han entendido siempre el Consentimiento Informado como parte o expresión de una realidad más amplia, como es la relación médico-paciente. En este sentido, Laín Entralgo<sup>63</sup> entiende, a su vez, la relación médico-paciente como un contrato entre dos partes, añadiendo a continuación, el elemento del Consentimiento Informado cuando existe una verdadera relación de mutua confianza, establecida en la comunicación entre ambos, fundamentalmente por la palabra.

Una vez revisadas todas estas definiciones de Consentimiento Informado pensamos que se pueden extraer una serie de puntos en común:

1- Es un procedimiento en dos tiempos: el primero de información que se da al paciente y el consentimiento consecuente a esa información.

2- El consentimiento tiene que ser voluntario, sin coacción, es decir, que sea consecuencia de la voluntad libre del paciente.

3- Es un proceso gradual, no puntual. Si consideramos el Consentimiento Informado como expresión de la relación médico-paciente, entonces constituirá un proceso en el tiempo, como temporal es dicha relación. Es susceptible de reafirmarse sucesivamente o de retirarlo si cambia algún elemento a lo largo de la relación.

4- Es un procedimiento que hace partícipe al paciente de la decisión, pudiendo ser así, expresión de la confianza que se deposita en la relación.

5- Se pueden distinguir dos tipos de Consentimiento Informado<sup>64</sup>: uno genérico y otro específico. El Consentimiento Informado genérico a un tratamiento médico sería aquel que el paciente concede implícitamente cuando inicia una relación profesional y humana con el médico. El Consentimiento Informado específico, en cambio, es aquel que se necesita para cualquier intervención en el que haya una mayor relación riesgo-beneficio, o cuando las preferencias del paciente puedan ser relevantes en la elaboración de una decisión sobre un tratamiento concreto.

6. El Consentimiento Informado puede darse de dos modos: como aceptación de un tratamiento propuesto o como rechazo del mismo. En ambos casos es una manifestación de la libertad del sujeto.

---

<sup>62</sup> Cfr. Ciccone L., *Salute e Malattia*, Ares, Milano 1986, p. 281.

<sup>63</sup> Cfr. Laín Entralgo P., *La relación médico-enfermo*, Ed. Alianza Universidad, Madrid 1983, pp. 46-54.

<sup>64</sup> Cfr. Minacori R., Spagnolo A., *É sempre necessario il consenso informato nei trials clinici?*, en "Medicina e Morale", n. 4, 1999, p. 810.

## **2. Declaraciones y Códigos Deontológicos**

Para mostrar cómo ha sido la evolución de la implantación del Consentimiento Informado visto en el punto anterior, vamos a estudiar brevemente las primeras Declaraciones y Códigos Éticos surgidos después de la II Guerra Mundial.

La primera referencia la encontramos en el Código de Nuremberg<sup>65</sup>, en el año 1946, pero sólo respecto a la experimentación humana. Posiblemente estaban muy frescos en la mente de todo el mundo los recientes abusos en este campo cometidos durante la Guerra Mundial, donde en aras de un progreso médico se llevaron a cabo experimentaciones en seres humanos sin ningún control ético y sin el mínimo respeto por la libertad y la salud de los pacientes.

Pocos años después, en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Ginebra en 1948, fue aprobada la denominada *Declaración de Ginebra*<sup>66</sup> en la que se afirma que la principal preocupación del médico es la salud de sus pacientes. No se encuentra en ningún lugar de esta declaración referencia alguna al Consentimiento Informado ni tampoco a la obligación de informar a los pacientes sobre su enfermedad.

La misma Asociación, en su III Asamblea General celebrada en Londres en 1949, promulgó el Código Internacional de Ética Médica<sup>67</sup>, en el que tampoco encontramos referencia al Consentimiento Informado. El objetivo principal de la Medicina se sigue considerando todavía la salud y el bien del enfermo.

En 1962 se publica la primera Declaración sobre la Investigación Biomédica<sup>68</sup>, documento de la Asociación Médica Mundial reunida en Helsinki, que contiene las normas para las condiciones de experimentación sobre humanos. Como ya hemos visto en el apartado relativo a la historia del Consentimiento Informado, este hace su aparición en el contexto de la experimentación. De todos modos, conviene destacar que dicha Declaración inicia recordando que “la misión del médico es salvaguardar la salud del hombre” como ya había declarado antes en Ginebra. En este documento, en sus principios de base, se reconoce el derecho de cada sujeto a la integridad y por tanto se obliga al investigador a informar de modo adecuado sobre los objetivos, métodos, riesgos potenciales, etc. El médico debe obtener el consentimiento libre y consciente del sujeto, preferiblemente por escrito. Para evitar condicionamientos por parte del sujeto, se recomienda incluso que el Consentimiento Informado lo obtenga un médico ajeno a la experimentación.

En diciembre de 1982 se celebró la Conferencia Internacional de las Ordenes Médicas y otros Organismos de atribuciones similares de la C.E.E. para estudiar los diversos Códigos Deontológicos y preparar una Guía

---

<sup>65</sup> Cfr. Codice di Norimberga, en Spisanti S. (a cura), *Documenti di deontologia e etica medica*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1985, pp. 37-38.

<sup>66</sup> Cfr. Dichiarazione di Ginevra, en *Ibidem*, p. 33.

<sup>67</sup> Cfr. Codice internazionale di Etica Medica, en *Ibidem*, pp. 34-35.

<sup>68</sup> Cfr. Dichiarazione sulle Ricerche Biomediche, en *Ibidem*, pp. 39-43.

común. Debido a la particularidad de las leyes de algunos de los Países implicados, no se llegó a aplicar esta Guía como norma, pero sí se decidió su publicación por unanimidad<sup>69</sup>. En ella se define el acto médico como “una confianza que alcanza la conciencia”. Confianza que el paciente deposita en el médico en base a su conocimiento técnico y al clima psicológico en el que debe desenvolverse el acto médico, consagrado al interés del enfermo. En este texto es conveniente destacar el capítulo IV, referente a la libertad del enfermo. En él se afirma, como corolario a la independencia del médico, que se debe respetar la libertad del enfermo en su máximo grado.

La Asamblea de los delegados de la *American Hospital Association* en 1973 aprobó La Carta de los Derechos del Paciente<sup>70</sup> que fue modelo para documentos similares en muchos países de Occidente. En ella reconoce que el paciente tiene el derecho a recibir del médico la información necesaria para dar un Consentimiento Informado antes de someterse a cualquier tratamiento. De todos modos resalta que ningún elenco de derechos puede garantizar al paciente el tipo de tratamiento que debería recibir, pues un hospital debe desarrollar muchas funciones, como el tratamiento de enfermedades, la educación del personal sanitario y gestionar la investigación clínica, todo ello reconociendo la dignidad de ser humano.

En los actuales Códigos Deontológicos Europeos<sup>71</sup> ha sido ya incorporada toda la doctrina relativa al Consentimiento Informado, como veremos a continuación:

- **La Guía Europea de Ética Médica**<sup>72</sup>, publicada en París en 1982, es la línea primaria en la que se deben inspirar todos los Códigos Deontológicos de la Comunidad Europea. En ella se afirma que “salvo en el caso de urgencia, el médico informará al paciente de los efectos y las consecuencias que se prevean en el tratamiento”. Solo en un segundo momento se añade que “solicitará el consentimiento del paciente, sobre todo cuando las acciones propuestas comporten un grave riesgo”. La Guía sostiene que “el médico no puede aplicar la propia concepción sobre la calidad de vida al paciente”, esta premisa toca el problema que más golpea al médico en el momento en que el paciente rechaza un tratamiento que el médico entiende como necesario.

Esta doctrina sobre el Consentimiento Informado corresponde al pensamiento común por el cual el acto médico está basado sobre un contrato de confianza entre el paciente y el médico.

- **El Código Belga** (1983)<sup>73</sup>. No contiene un artículo específico que trate del Consentimiento Informado, aunque aparece reflejado en varios momentos. En primer lugar, reconoce que la información debe ser dada al

---

<sup>69</sup> Cfr. Guida Europea di Etica e di Comportamento Professionale dei Medici, en *Ibidem*, pp. 62-72.

<sup>70</sup> Cfr. Carta dei Diritti del Paziente, en *Ibidem*, pp. 114-116.

<sup>71</sup> Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Informazione e consenso all'atto medico*, ob. cit., p. 35.

<sup>72</sup> *Ibidem*, p. 36.

<sup>73</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 37.

enfermo (art. 29), pero deja un gran campo decisional al médico en caso de que el paciente sea incapaz, inoportuno, etc. (art. 30). A continuación, enumera las intervenciones para las cuales es necesario un consentimiento explícito por parte del enfermo.

- **El Código Español** (1979)<sup>74</sup>. Solicita al médico que informe al paciente de todo procedimiento terapéutico y diagnóstico, dejando la capacidad de obrar según ciencia y conciencia en caso de que esto resulte imposible o inoportuno.

- **El Código de Luxemburgo** (1991)<sup>75</sup>. En línea con la Guía Europea, pide el consentimiento en las actuaciones médicas, sobre todo las que comportan un riesgo.

- **El Código Portugués** (1985)<sup>76</sup>. Parte también de la información para alcanzar el consentimiento, especificando que, en caso de que el enfermo sea un menor o incapaz, el médico debe respetar en lo posible las opciones del paciente de acuerdo con la capacidad de discernimiento que le reconozca, comportándose siempre con conciencia en la defensa de los intereses del enfermo. En este sentido, es el primer Código que reconoce cierto derecho a la elección al paciente incapaz o infantil, en la medida de sus posibilidades. También reconoce la posibilidad de aplicar tratamientos de riesgo o “bajo condición” siempre que el paciente haya dado previamente su Consentimiento Informado, y siempre entendiendo que el fin es la recuperación de la salud. En este caso no parece que quede suficientemente protegido el enfermo ante la experimentación temeraria. A este respecto, nos parece interesante la consideración que hace García-Alonso hablando del Consentimiento en casos de experimentación: “Si en un ensayo clínico frente a placebo es previsible que un grupo de pacientes vaya a sufrir un daño relevante como consecuencia de privarle de un tratamiento que se considera necesario, el hecho de que los participantes hayan dado previamente el Consentimiento Informado no hace válida éticamente la experiencia. En este caso, aunque se haya respetado el Principio de Autonomía, se ha conculcado uno previo y más importante, el Principio de no Maleficencia”<sup>77</sup>.

- **El Código Francés** (1980)<sup>78</sup>. En línea con el Código Portugués afirma que “si el incapaz está en condiciones de dar un parecer, el médico lo debe tener en cuenta en la medida de lo posible”.

- **La Guía de Conducta Ética y Comportamiento Irlandesa** (1989)<sup>79</sup>. Destaca la dificultad de saber cuando una persona está suficientemente informada, y/o cuando es libre de decidir sobre un tratamiento. Asimismo, manifiesta como es difícil para un paciente no estar condicionado en su

---

<sup>74</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 38.

<sup>75</sup> Cfr. *Ibidem*

<sup>76</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 39.

<sup>77</sup> García-Alonso F., *El placebo en ensayos clínicos con medicamentos*, en “*Medicina Clínica*”, n. 20, 1997, p. 324.

<sup>78</sup> Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Informazione e consenso all’atto medico*, ob. cit., p. 40.

<sup>79</sup> Cfr. *Ibidem*.

elección por la condición de inferioridad respecto al médico, por la influencia de la enfermedad y la posibilidad del médico de curarla.

- **Reglas Éticas adoptadas por la Asociación Médica Danesa** (1989)<sup>80</sup>. Por primera vez se reconoce el derecho del paciente a no ser informado cuando no lo desea.

- **El Código Italiano** (1989). Hace un especial hincapié en la forma como hay que dar la información al paciente. Respecto al Consentimiento Informado en sí, está en la línea de los demás Códigos europeos. En el artículo 40, hablando del consentimiento que el paciente debe dar a la actividad diagnóstico-terapéutica, afirma que este consentimiento está substancialmente implícito en las relaciones de confianza, pero debe hacerse explícito y consciente cuando el acto médico suponga un riesgo. En todo caso, si existe el rechazo explícito por parte de un paciente capaz de entender y de querer, el médico debe desistir de la actuación, no siendo consentido ningún acto médico contra la voluntad del enfermo<sup>81</sup>.

A la vista de las afirmaciones recogidas en estos Códigos, el **Comité Nacional de Bioética Italiano** extrae las siguientes conclusiones:

-Todos siguen las líneas directrices de la Guía Europea, algunos matizando o profundizando en algún detalle concreto.

-El Consentimiento Informado se requiere especialmente cuando la intervención que se propone es de riesgo. En este caso debe estar consignado por escrito.

-Se resalta la necesidad de dar la información previamente al consentimiento. Algunos códigos profundizan en este sentido dando orientaciones sobre cómo debe ser esta información.

- Sigue siendo difícil determinar el momento en que una persona está suficientemente informada para poder dar un consentimiento libre.

- Merece la pena destacar la posibilidad que algunos países dan a los enfermos incapaces y a los menores para manifestar su decisión en la medida de sus posibilidades.

Con lo que hemos estudiado hasta este punto, es evidente la importancia que los Códigos Deontológicos tienen en el momento actual, y el importante papel que han jugado en la conformación de una conciencia moral de la clase médica. Pero también es cierto que estos Códigos no pueden resolver todos los problemas que pueden surgir en la práctica médica<sup>82</sup>.

### **3. Magisterio de la Iglesia sobre el Consentimiento Informado**

En la parte de este trabajo que hemos dedicado a la historia de las relaciones entre médico y paciente y, por tanto, del Consentimiento Informado, hemos visto que éste ha surgido a raíz de la irrupción de la Bioética basada en los

---

<sup>80</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 42.

<sup>81</sup> Cfr. Codice Deontologico della Federazione Italiana degli Ordini dei Medici, en Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, ob. cit., pp. 163-182.

<sup>82</sup> Cfr. Villanueva Cañadas E., *Bioética vs. Derecho Médico*, en "Medicina e Morale", n. 2, 1998, p. 294-295.

Principios y, más concretamente, en el Principio de Autonomía. Algunos han querido ver en este hecho un triunfo de la Bioética “laica” sobre la Teología Moral, pero olvidan como ya Pío XII, recogiendo la tradición cristiana de respeto a la persona, proporcionó por adelantado los elementos principales del Consentimiento Informado.

La primera referencia que encontramos se remonta a 1957, año en que Pío XII, contestando a unas preguntas formuladas por el Profesor Piero Mazzoni, Presidente del Comité Organizador del IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología, afirmaba: “El anestesista debe, ante todo, preparar al paciente en el aspecto médico y en el psicológico. Se informa con cuidado de las particularidades de cada caso, (...), inspira confianza al enfermo, solicita su colaboración y le proporciona una medicación destinada a calmarlo y a preparar su organismo”<sup>83</sup>. En este párrafo adelantan ya los primeros elementos del Consentimiento Informado: la información al paciente y el consentimiento de este. En el mismo documento, hablando de la licitud o no de anestesiar a un paciente moribundo, leemos: “Pero si el moribundo ya ha cumplido todos sus deberes y recibido los últimos sacramentos, si las indicaciones médicas claras sugieren la anestesia, si se mide cuidadosamente su intensidad y duración y el enfermo está conforme, entonces ya no hay nada que a ello se oponga: la anestesia es moralmente lícita”<sup>84</sup>. Vemos que Pío XII considera la conformidad del enfermo como elemento esencial para juzgar la licitud de esta actuación médica.

Ese mismo año, respondiendo a unas cuestiones formuladas por el Dr. Haid, Jefe de la Sección de Anestesia de la Clínica Quirúrgica Universitaria de Innsbruck, acerca de la utilización de la anestesia, el mismo Pío XII afirmaba: “El médico, en efecto, no tiene respecto al paciente derecho separado o independiente; en general, no puede obrar sino cuando el paciente le autoriza explícita o implícitamente (directa o indirectamente)”<sup>85</sup>. Aquí ya aparece de forma implícita la figura del Consentimiento Informado con todos sus principales elementos.

Como se recoge en estas declaraciones de Pío XII, en la base de la relación médico-enfermo se encuentra, por tanto, la relación de confianza que se establece entre ambos. El médico que obra sobre un paciente sin su autorización se atribuye un poder arbitrario. “La persona, principal responsable de su vida, debe ser el centro de cualquier intervención de asistencia: los demás están presentes para ayudarla, no para sustituirla”<sup>86</sup>.

Juan Pablo II afirma además que la relación sanitaria es una relación humana: dialógica, no entre objetos. El paciente no es un individuo anónimo

---

<sup>83</sup> Pío XII, *A los médicos de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24-II-1957, Colección de Encíclicas, Acción Católica Española, Madrid 1962, p. 1807.

<sup>84</sup> *Ibidem*, p. 1817.

<sup>85</sup> Pío XII, *Ai medici dell’Istituto G. Mendel*, 24-XI-57, en AAS 49 (1957), p. 1031.

<sup>86</sup> Pontificio Consilio “Cor Unum”, *Alcune questione etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 27-VII-81, in *Enchiridium Vaticanum*, 7, Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-81, EDB, Bologna 1985, p. 1137.

sobre el que se aplican los conocimientos médicos, sino una persona responsable, que debe ser llamada a hacerse copartícipe del mejoramiento de la propia salud o del alcance de la curación. El paciente debe ser puesto en la condición de poder elegir personalmente y de no deber sufrir decisiones y elecciones de otros<sup>87</sup>.

Por eso, para que el paciente pueda dar este consentimiento, es necesario que primero conozca su situación y las posibilidades que se le ofrecen, es decir, es necesario que esté previamente informado<sup>88</sup>.

En los casos en que el paciente, por las razones que sea, no puede expresar un consentimiento y se considera que existe una presunción del consenso, la Carta a los Operadores Sanitarios<sup>89</sup> sostiene que se debe hacer una distinción entre el paciente que está y el que no está en grado de comprender ni decidir. En el primer caso no se puede dar por supuesto el consentimiento: este debe ser determinado y explícito. En el segundo caso, en cambio, el operador sanitario puede, y en situaciones extremas debe, presumir el consentimiento para las intervenciones terapéuticas, que el médico cree que debe realizar según su ciencia y conciencia. En el caso de defecto momentáneo de conciencia o voluntad, la actuación del médico se basa en el Principio de la fiabilidad terapéutica, o sea en la confianza con que el paciente se ha puesto en sus manos. En el caso de defecto permanente de conciencia o voluntad, la actuación del médico se basa en el Principio de responsabilidad por el cuidado de la salud, que obliga al operador sanitario a hacerse cargo de la salud del enfermo.

En el campo de la experimentación y la investigación, el mismo Juan Pablo II pone especial énfasis en el Consentimiento Informado del paciente, que “debe ser informado de la experimentación, de su fin y de sus posibles riesgos, de modo que pueda dar o rechazar el propio consentimiento con plena conciencia y libertad. El médico, de hecho, solo tiene sobre el paciente aquel derecho que el propio paciente le confiere”<sup>90</sup>.

El mismo Catecismo de la Iglesia Católica recuerda que “la experimentación en seres humanos no es conforme a la dignidad de la persona si, por añadidura, se hace sin el consentimiento consciente del sujeto o de quienes tienen derecho sobre él”<sup>91</sup> y “el transplante de órganos no es moralmente aceptable si el donante o sus representantes no han dado su consentimiento consciente”<sup>92</sup>.

---

<sup>87</sup> Cfr. Juan Pablo II, *Al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici*, 3-X-1982, ob. cit., p. 673.

<sup>88</sup> Cfr. Juan Pablo II, *Ai Partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27-X-1980, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” III/2 (1980), pp. 1008-1009.

<sup>89</sup> Cfr. Pontificio Consilio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1994, pp. 58-60.

<sup>90</sup> Juan Pablo II, *Ai Partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27-X-1980, ob. cit., pp. 1008-1009.

<sup>91</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, Asociación de Editores del Catecismo, Madrid, 1992, n. 2295.

<sup>92</sup> *Ibidem*, n. 2296.

Como vemos, el Magisterio recoge la doctrina tradicional de la ética cristiana de respeto por el enfermo y búsqueda de su bien, ambas afirmaciones compatibles en la figura del Consentimiento Informado.

#### **4. Elementos en juego en el Consentimiento Informado**

##### **a. La Información**

El primer elemento que entra en juego a la hora de analizar el Consentimiento Informado es, precisamente, la información. Para que el paciente pueda dar su opinión sobre cualquier intervención que se vaya a realizar sobre su persona necesita recibir previamente la información de parte del médico.

Como hemos podido comprobar al hablar de la historia del desarrollo del Consentimiento Informado, hasta épocas bien recientes, las relaciones del médico con el paciente no se caracterizaban por la información que se le daba. La relación era tan asimétrica que no precisaba la transmisión de conocimientos. Hoy día, en cambio, asistimos a un cambio, a un mayor equilibrio en la relación, que se manifiesta, entre otros aspectos, por:

-Mayor cultura pública de aspectos relacionados con la medicina: hay gran cantidad de programas de TV donde al espectador se le introduce dentro de un quirófano, donde se educa al público en materias de salud. Se puede decir que hay una difusión mucho más amplia de todo lo relacionado con la salud, la medicina, etc.

-Desmitificación del médico como ser superior: se ha perdido el aura de superioridad que antiguamente existía en torno a la figura del médico. Esta tendencia comenzó a raíz del descubrimiento de los abusos y atrocidades que los médicos nazis cometieron en los campos de concentración durante la segunda Guerra Mundial, y ha continuado a partir de la publicación en la prensa de escándalos médicos. El público se ha dado cuenta de que los médicos son hombres como los demás, con las mismas posibilidades de hacer el mal.

-El auge de la democracia y los derechos de la persona: han hecho que los pacientes exijan una mayor participación en aquellas decisiones que les afectan directamente, introduciendo la sanidad entre estas exigencias, y no tolerando imposiciones.

Estos cambios se manifiestan también en las legislaciones y Códigos Deontológicos de los diferentes países. Por ejemplo, en el Código Deontológico de la Federación Médica Italiana de 1989, en el artículo 39, leemos: "El médico tiene el deber de dar al paciente, teniendo en cuenta su nivel de cultura y de discernimiento, la más serena información sobre el diagnóstico, el pronóstico, las posibilidades de tratamiento y sus consecuencias, con la conciencia de los límites de los conocimientos médicos, con el respeto de los derechos de la persona, con el fin de lograr la mejor adhesión a la propuesta terapéutica. Toda duda expresada por el



paciente debe ser escuchada por parte del médico y resuelta convenientemente”<sup>93</sup>.

Para ver cómo puede influir la información a la hora de dar el Consentimiento Informado, nos parece adecuado poner un ejemplo de la vida real:

Un médico oftalmólogo trabaja en la medicina privada. Realiza sesiones quirúrgicas en jornada de tarde consistentes en ocho intervenciones de cataratas si las realiza bajo anestesia local, o bien, cuatro intervenciones, también de cataratas, si las realiza bajo anestesia general. Partimos del principio de que son igualmente válidas ambas opciones desde un punto de vista médico. Una de las diferencias más importantes es que con la primera opción el médico gana el doble que con la segunda. El médico, en la consulta previa, ofrece a los pacientes la posibilidad de elegir una de las dos técnicas anestésicas, pero, en la información que ofrece sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, se inclina favorable a la primera, dirigiendo, en cierto modo, la decisión del paciente hacia esa opción.

El caso real es que un día aparece una paciente de 65 años, sin antecedentes de importancia salvo su carácter nervioso, que con la información que recibe en la consulta decide operarse bajo anestesia local y firma el módulo de Consentimiento Informado. Durante la intervención la paciente está consciente y sufre una crisis de ansiedad. El médico está en una fase delicada de la intervención y manda poner un tranquilizante intravenoso. La paciente sufre una reacción de parada respiratoria y muere a consecuencia de la misma.

La familia denuncia al médico, quien alega la firma del Consentimiento Informado por parte de la paciente en el cual asume la posibilidad de una complicación debido a la anestesia, por lo que el juez desestima la denuncia.

En este triste caso real nos podemos preguntar si la información que daba el médico recomendando la anestesia local era la más indicada en una paciente nerviosa. La respuesta obvia es que no. Este ejemplo muestra como es difícil para el médico ser absolutamente imparcial a la hora de dar una información, pues es parte implicada también en la decisión que el paciente toma. Existen diversos factores, que pasamos a examinar, que son fuente de

---

<sup>93</sup> Codice Deontologico della Federazione Italiana degli Ordini dei Medici, en Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, ob. cit., pp. 163-182.

problemas a la hora de transmitir la información: la cantidad de información que hay que dar al paciente y la calidad de esa información.

a) Respecto a la cantidad de información

Un exceso de información puede resultar, en ocasiones, contraproducente como es el caso, por ejemplo, del tratamiento de una luxación donde el factor sorpresa a la hora del tratamiento es fundamental para el éxito de la reducción. En este caso no se debe explicar al paciente todo lo que se le va a hacer, si se quiere sanarlo con facilidad.

Tampoco se pueden explicar con detalles los pasos de una intervención de artroplastia de rodilla pues el paciente quedaría abrumado y sería contraproducente. No consiste en dar mini-cursos de medicina a cada paciente.

b) Respecto a la calidad de la información.

Es muy difícil determinar donde está el punto de equilibrio para lograr una información altamente cualificada, pues cada paciente es distinto. Al final acaba siendo la prudencia del médico la que indica la mejor forma de adaptar la información a cada paciente.

En este sentido, los médicos se encuentran a menudo, por ejemplo, con el dilema de dar una medicina cuyo prospecto incluye una interminable lista de efectos no deseados, que el paciente también lee, y ante la cual es difícil justificar la necesidad de esa medicina:

Por ejemplo, en el prospecto de una medicación utilizada comúnmente para las rinitis, encontramos como efectos adversos: retención urinaria en sujetos con hipertrofia prostática, hiperestimulación con excitación, arritmia, taquicardia, temblor muscular, náusea, vómito, cefalea, sequedad de nariz y garganta, erupción cutánea eritematosa. Además, debe ser evitado o usado con extrema prudencia en casos de pacientes con enfermedades cardiovasculares graves, hipertensión, hipertiroidismo, diabetes, glaucoma, úlcera péptica estenosante, estenosis pilórica, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello vesical, etc.

En este caso, el paciente que lee el prospecto puede asustarse y preferir pasar su catarro con la nariz congestionada que tomar esa medicina. El médico y los pacientes sufren en estos casos las consecuencias de la práctica defensiva de los laboratorios farmacéuticos, que, en vez de transmitir esta información sólo a los médicos como sería lógico, para que estos, a su vez, transmitan la que crean necesaria al paciente, descargan toda la responsabilidad de los efectos secundarios en los médicos y los pacientes, debido al exceso de información que el paciente concreto recibe. Pensamos que toda la información del prospecto la debe conocer en principio el médico, y éste debe valorar la conveniencia o no de dar esa medicina a un paciente informándole de los riesgos que le atañen. Pero un paciente sin antecedentes, en el que esa medicina no tenga ninguna contraindicación ni

efecto nocivo, pensamos que no necesita toda esa información, pues lo único que se consigue es angustiarse.

Con los ejemplos anteriores, vemos que no se puede “dirigir” la información en un sentido para favorecer la causa del médico.

Dado que el problema de la información se ha planteado desde hace años, no sólo en cuanto al Consentimiento Informado, sino también en todo lo relacionado con la información al paciente terminal, la información de pronósticos infaustos en un primer momento, etc., se han creado unos modelos mínimos de información.

Como recoge G. Ambadan<sup>94</sup>, a partir de diversos autores, hay una serie de elementos que deben estar presentes en toda información que se da al paciente:

- a. El diagnóstico del paciente o el estado de salud actual.
- b. Explicación de la naturaleza y utilidad de los métodos de diagnóstico que se proponen.
- c. Molestias, riesgos y consecuencias razonables que se esperan del tratamiento propuesto. Aquí es donde se encuentra la mayor discusión pues los riesgos se pueden exagerar o disminuir según cada caso.
- d. Índice de éxitos y beneficios que se esperan de esa intervención.
- e. Alternativas posibles con sus ventajas.
- f. Pronóstico y daños posibles si no se realiza el tratamiento.
- g. Respuesta a las preguntas que el paciente tenga al respecto.
- h. Dar la posibilidad al paciente de rechazar la propuesta que se le hace.

Lógicamente, esto sería el ideal de toda información. El problema práctico se encuentra, normalmente, en el tiempo que el médico dispone para transmitir toda esta información. Hoy día, la mayoría de la atención médica se realiza bajo régimen de Seguridad Social, en la que la masificación limita a unos pocos minutos el tiempo de cada consulta, debiendo dar la información por escrito en el mejor de los casos, con las limitaciones que ello conlleva.<sup>95</sup> También nos encontramos a menudo con el problema de que al paciente se le entrega el módulo del Consentimiento Informado la víspera de la intervención, por lo que el nerviosismo lógico impide una correcta asimilación de lo que se está firmando<sup>96</sup>.

Una posible solución a este problema se ha dado en varios hospitales donde se entrega al paciente una información escrita antes de acudir a la consulta definitiva con el especialista, de tal modo que se gana tiempo y además, el paciente puede preparar las preguntas que se le ocurran tras leer dicha información. A modo de ejemplo, en el *Ninewells Hospital* de la Universidad de Dundee<sup>97</sup>, una vez que el paciente ha sido diagnosticado de

---

<sup>94</sup> Cfr. Ambadan G., *Moral Dimensions of Informed Consent in Medico-Surgical Treatment*, Pontificia Universitas Lateranensis, Roma 1994, pp. 19-20.

<sup>95</sup> En la experiencia personal del autor, ha habido consultas en el ambulatorio en las que hay que atender a 40 ó 50 paciente en dos horas.

<sup>96</sup> Cfr. Boyarski S., *Informed Consent*, en “New England Journal of Medicine”, n. 311, 1984, pp. 1583-1584.

<sup>97</sup> Zanella E., *Il Consenso Informato in Chirurgia*, en Bompiani A. (a cura), *Bioetica in Medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996, p. 215.

Colecistitis (inflamación de la vesícula biliar, normalmente por cálculos en la misma), antes de acudir a la consulta con el Cirujano que le va a intervenir, se le entrega la siguiente información por escrito:

1. Su vesícula biliar está enferma, por contener cálculos en la misma.
2. Durante la intervención le será extirpada la vesícula con los cálculos en su interior. Esta intervención se realiza con técnica laparoscópica en el 95% de los pacientes, pero en algunos (5%), por razones técnicas, se realiza la apertura del abdomen.
3. La intervención se realizará bajo anestesia general, es decir, que permanecerá dormido durante la misma.
4. El periodo de permanencia en el hospital se prolongara de dos a diez días después de la intervención. Esto dependerá del tipo de intervención realizada y de la eventual presencia de cálculos también en las vías biliares principales.
5. También en base al tipo de intervención, a la actividad física que exija su trabajo y tipo de vida, la convalecencia será de dos semanas a tres meses.

Pensamos que el paciente que ha recibido previamente esta información, tiene una mayor capacidad de expresar el consentimiento que el paciente que la recibe en el momento de la consulta, pues ha tenido más tiempo para madurarla, ha podido consultar con otras personas, ha podido hacer un balance mas adecuado de riesgos y beneficios, etc.

A causa del problema de la información que hay que dar a cada enfermo, el momento, la cantidad, la calidad, etc., se ha intentado diseñar unos standares de información que unifiquen criterios de cantidad y calidad de información. Estos standares han ido variando con el tiempo:

A. Se comenzó con el **Standard Profesional**: se dejaba a la discreción de los profesionales la cantidad de información que daban a los pacientes, según las reglas de la costumbre o de la práctica tradicional de la comunidad profesional. Era la comunidad médica quien autorizaba a cada médico en particular a dar la información que creyera conveniente, justificando este modo de actuar en que es el médico quien carga profesionalmente con la responsabilidad de proteger la salud del paciente y, por tanto, elige la forma apropiada, desde el punto de vista profesional, de determinar la información que debe ser comunicada y la que debe ser ocultada.

Este método tenía sus inconvenientes:

-Riesgo de perpetuar la desinformación.

-Riesgo de no informar convenientemente por ignorancia, por solidaridad profesional, por un excesivo paternalismo, por intereses propios del médico, etc.

-El médico tiene un conocimiento subjetivo de la enfermedad y de cada paciente.

-No permite que el paciente tome una decisión de modo autónomo.

-La diferencia de concepción de lo que es el bien del paciente que tienen distintos médicos y los propios pacientes.

Debido a todos estos inconvenientes, se pasó al siguiente modelo:

### **B. Standard de la persona razonable:**

Materialmente se determina en referencia a una hipotética persona razonable, sin considerar los intereses o valores concernientes a un sujeto en particular. De este modo se busca una objetividad en la información, sin que dependa del subjetivismo del médico. Los defensores de este standard de información pensaban que defendía mejor la autonomía decisional del paciente, pero como nos muestra el mismo Ambadan<sup>98</sup>, también tiene sus límites:

-Nunca se ha definido lo que es una persona razonable. Es un standard muy difícil de aplicar en la práctica.

-No se puede universalizar un standard de paciente cuando encontramos gran diversidad de pacientes con opiniones distintas, idiosincrasias particulares, religiones diversas, etc.

Para que sea aplicable este modelo se tiene que adaptar a cada caso en particular.

### **C. Standard Subjetivo:**

Es un modelo cercano al anterior, que exige al médico revelar cualquier información que sea importante para el paciente. Los defensores de este modelo arguyen que, de este modo, se protegen mejor los derechos del paciente para tomar una decisión, se minimiza el riesgo de deslealtad del médico y no se considera tanto la cantidad de información como la ayuda para la toma de decisiones.

Los oponentes de este modelo presentan las siguientes dificultades:

-Este modelo exige a los médicos el conocimiento de las características idiosincrásicas de cada paciente. Es muy difícil conocer todas las necesidades informativas del paciente.

-En los pleitos judiciales, el médico se encuentra a la merced del testimonio del paciente.

Ninguno de los estándares de información propuestos hasta ahora está exento de dificultades en su aplicación, pero a partir de ellos, podemos sacar el llamado “Núcleo de la revelación” (*Disclosure core*), mediante el cual el médico debe informar:

-lo que el paciente considera importante para tomar una decisión.

-Lo que el propio médico considera importante para que el paciente pueda expresar un Consentimiento Informado válido.

-el propósito del consentimiento que se solicita, con sus consecuencias.

---

<sup>98</sup> Cfr. Ambadan G., *Moral Dimensions...*, ob. cit., pp. 23-24.

Si se estructura de modo adecuado, este “núcleo de revelación” puede ser la base de diálogo para un entendimiento importante entre médico y paciente.

### **b. El Consentimiento.**

Una vez estudiado el primer elemento de la relación, es decir, una vez que el paciente tiene en su poder la información pertinente, le toca a él tomar la decisión que considere más oportuna de acuerdo con su sistema de valores, y por tanto debe expresar su consentimiento o rechazo, como acto de la voluntad libre. En este punto esbozaremos, en primer lugar, unas breves ideas sobre la capacidad del paciente para tomar decisiones, y después veremos algunos límites teóricos y prácticos del consentimiento, como expresión de esa capacidad.

La literatura estudiada sobre el consentimiento se refiere sobre todo a la capacidad de consentir como requisito esencial del negocio jurídico. Pensamos que la relación médico-paciente, a pesar de tener en ocasiones cierta similitud con el contrato jurídico, en la mayoría de los casos supone una realidad más amplia, más rica, más humana y, por tanto, los elementos jurídicos para juzgarla pueden ser, con frecuencia, restrictivos.

El consentimiento “supone dos voluntades relacionadas que convergen a la formación del negocio; es decir, constituye el acuerdo coincidente de voluntades de las partes sobre el contenido del negocio”<sup>99</sup>. En el caso de la relación médico-paciente, cada una de las partes ejerce su voluntad, una de curar y la otra de ser curada, siendo el contenido del negocio la salud que se procura restablecer.

Al igual que sucede en el Derecho, el consentimiento es expresión de una voluntad que se manifiesta en un molde explícito o declaración (sería el módulo de Consentimiento Informado) y, por este motivo, puede suceder que haya discordancia entre la voluntad y lo declarado. En estos casos “la regla general es preferir la voluntad general a la declarada”<sup>100</sup>. Esta forma de actuar tiene aplicación en la práctica médica cuando un paciente firma un módulo de Consentimiento Informado en el que no expresa su verdadera voluntad, bien por un vicio en la información recibida, bien por una influencia externa (del propio médico, de los familiares, etc.) que oriente en un sentido u otro la decisión del paciente.

La libertad del paciente para tomar decisiones en el campo médico se basa en un doble principio: el de la dignidad de la persona que incluye su propia libertad como uno de los bienes más importantes a respetar, y el principio de que la persona concreta es la primera responsable de su salud. De este modo se forma el binomio libertad-responsabilidad, que es clave para entender la libertad en su contexto y no caer en el liberalismo.

El hombre experimenta de modo existencial la libertad como posibilidad de elección, elección de unas posibilidades que excluyen la elección de otras<sup>101</sup>. Es consciente de que la elección de ciertas opciones imposibilita la

---

<sup>99</sup> Doral J.A., del Arco M.A., *El Negocio Jurídico*, Trivium, Madrid 1982, p. 87.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p. 104.

<sup>101</sup> Cfr. Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, ob. cit., pp. 15-20.

elección de otras, de tal forma que cada acto de la libertad de elección no es neutral, sino que está influenciado por condicionamientos físicos, culturales, históricos, etc., en los que cada uno está inmerso. El hombre quiere ser el protagonista de su propio destino y constructor de su propia historia pero se encuentra con el límite de que su capacidad de elección no es ilimitada. En este sentido, la “libertad de hacer cualquier cosa” es un concepto abstracto, no aplicable a la realidad. En cambio, la naturaleza personal y relacional del hombre pide una “libertad para algo y con alguien”, libertad de construir un fin positivo de la vida y de relacionarse.

Se distingue así, la libertad de elección (libre arbitrio que permite elegir entre varias posibilidades) y la libertad plena de adherirse al Bien y encontrar en él el fin y el sentido de la vida. Es lo que Pinckaers explica al hablar de las dos formas de entender la libertad<sup>102</sup>. Habla de una *libertad de indiferencia*, que sería la primera representación que se nos viene a la mente, descrita como la posibilidad de elegir entre cosas contrarias. Es la concepción de libertad que deriva de la concepción nominalista a partir de Ockam. A continuación, describe la *libertad de calidad*, que basa la libertad en el sentido de lo verdadero y del bien, es decir, determinada por la inteligencia y la voluntad, que necesita de un desarrollo para su formación. Este modo de entender la libertad considera la ley como una ayuda exterior necesaria al desarrollo de la libertad, en conexión con el atractivo por la verdad y el bien interior a la libertad.

Como explica F. Russo<sup>103</sup>, la libertad solo puede ser plenamente entendida y justificada sobre la base de una adecuada comprensión de la persona humana. El problema se da cuando se subraya tanto la libertad que algunos autores la ponen como substrato de la persona: solo se es persona cuando se ejercita la propia libertad. Para presentar una visión positiva de la libertad hace falta fundarla sobre una noción metafísica de la persona. O se es persona o no se puede llegar a serlo. En cambio, la libertad viene ejercitada en el tiempo y conoce diversas fases de maduración. Es, por tanto, la libertad la que se asienta sobre la persona y no al revés.

En el caso del enfermo, el valor superior al que debe dirigir los actos de su libertad de elección es la custodia de la vida y la salud, siempre dentro del respeto de la dignidad humana. El paciente es responsable de velar por su salud y de poner los medios para recuperarla cuando ésta falta. En esta situación, el paciente depende, además, de la ciencia y la técnica del médico que colabora con él. Podemos hablar de dos libertades, la del médico y la del paciente, orientadas hacia un mismo fin. Como es lógico, esta necesidad de relación con el médico por parte del paciente para lograr su fin, pone al enfermo en una situación de inferioridad respecto del médico. Inferioridad en el plano del conocimiento y de las posibilidades para lograr la curación, pero en una situación de igualdad en lo que se refiere a la dignidad de la

---

<sup>102</sup> Cfr. Pinckaers S., *Las fuentes de la moral cristiana*, Eunsa, Pamplona 1988, pp. 419-577.

<sup>103</sup> Cfr. Russo F., *Questioni di Antropologia Filosofica*, Pontificia Università della Santa Croce, Roma 1999, pp. 39-40.

persona. En el siguiente punto veremos la importancia que tiene la confianza en esta relación terapéutica que el paciente tiene que establecer para lograr su fin.

En cuanto a la libertad del paciente para expresar su consentimiento, esta se manifiesta en dos momentos principales:

-Una vez que el paciente detecta o sospecha la enfermedad, toma la decisión de acudir al médico. Normalmente toma esta decisión por cuenta propia o empujado por los seres queridos que le rodean. En estos casos, se presupone la libertad con la que el enfermo acude al médico y esto implica un cierto grado de consentimiento en lo que el médico realice. Esta es la razón por la que, en consultas banales o en problemas de poca importancia, no haga falta pedir un consentimiento explícito, pues se supone que el hecho de acudir al médico incluye el consentimiento para aceptar un tratamiento normal. El propio Juan Pablo II, hablando a los participantes de un congreso de Cirugía, les decía: “El acto con el que el enfermo se confía al médico contiene en sí mismo, más o menos explícitamente, el reconocimiento de la pericia del médico, el asentimiento a las acciones, la confianza en la discreción y responsabilidad. (...) La relación médico-enfermo debe, por tanto, ser cada vez mas, un verdadero encuentro entre dos hombres libres, entre una *confianza* y una *conciencia*”<sup>104</sup>. Otra cosa es cuando el tratamiento que propone el médico no es el esperado, supone un alto riesgo o es desproporcionado a lo que uno se esperaba, en estos casos entonces, sí está previsto un consentimiento explícito, tras recibir la información, pues son problemas que superan la “normalidad” de la relación médico-paciente, y por tanto no se benefician del consentimiento implícito que se presupone al iniciar la relación. En el caso de que se exigiera un Consentimiento Informado explícito por cada consulta que se realiza al médico, se llegaría a la pérdida total de la confianza y a la degeneración de las relaciones.

Hay quien considera que, en principio, se cuenta con el consentimiento implícito, pero que se precisa que sea explícito cuando una de las dos partes está “a disgusto”. El mismo autor concreta cinco situaciones en las que el consentimiento debe ser explícito: la experimentación sobre el hombre, el paciente incapaz, el moribundo, los casos de tratamientos particulares o difíciles, los conflictos de valores entre médico, paciente y sociedad<sup>105</sup>.

Pero también puede suceder que, ante una urgencia (infarto, accidente de tráfico, etc.) sea llevado ante el médico sin su consentimiento explícito. En estos casos se presupone la voluntad del paciente aplicando la presunción de que el paciente hubiera obrado de modo similar si hubiera tenido la posibilidad. Es importante destacar que en estos casos estamos admitiendo la existencia de un bien objetivo para el enfermo, un bien que no depende de sus preferencias y opciones, sino que se puede establecer desde fuera (la vida, por ejemplo, es un bien que no hace falta que el paciente tenga que

---

<sup>104</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti ad un congresso de Chirurgia*, 19-II-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/1 (1987), pp. 373-377.

<sup>105</sup> Cfr. Spagnolo A.G., *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*, Ed. Camilliane, Torino 1997, p. 409.



elegir explícitamente, pues siendo un bien objetivo y necesario para poder ejercer las demás libertades, está por encima de ellas). De este modo se puede tomar una decisión sin contar con la voluntad del paciente siempre que ésta sea admitida objetivamente como buena. Este ejemplo es importante para señalar como la libertad personal no es tampoco el valor más alto que se deba defender, pues si una persona está en riesgo inminente de perder la vida, se puede actuar sin contar con su consentimiento, e incluso, en contra del mismo.

-Un segundo momento lo encontramos en el momento de la entrevista médica, cuando el médico ha informado al paciente respecto del diagnóstico, tratamientos posibles, riesgos, etc., y el paciente debe dar su consentimiento a la opción que el médico presenta como mejor. En estos casos es evidente que la información que el médico ha proporcionado influye en gran manera en la decisión, tanto por el contenido de la información como por el modo de transmitirla. También influye la confianza que el paciente haya adquirido en el transcurso de la consulta, tanto por las cualidades profesionales como humanas del médico. De todos modos, el médico no puede conocer todas las circunstancias del paciente para determinar qué opción es la mejor para cada paciente en particular. Ante un mismo diagnóstico, el mejor tipo de tratamiento puede ser muy diferente dependiendo de las circunstancias personales de cada paciente.

En estos casos el médico debe valorar también el impacto que la enfermedad, el pronóstico, la sorpresa, etc., pueden causar en el paciente, y que influirán decisivamente en su capacidad de expresar un consentimiento libre. Hay que contar con que el miedo, la sorpresa, la desesperanza, y otros factores pueden limitar, y hasta anular, la posibilidad de expresar un consentimiento por parte del paciente.

Respecto a los factores que pueden disminuir la capacidad de expresar el consentimiento de manera correcta, podemos agruparlos en dos apartados:

a) Factores intrínsecos: los que pertenecen a la propia naturaleza del paciente.

-Edad: Los niños hasta la edad del uso de razón no tienen suficiente capacidad para expresar voluntariamente su consentimiento. A esto se añade el no tener desarrollada la capacidad intelectual para asumir la información respecto de su estado. De todos modos, entre la edad del uso de razón y la edad legal para expresar la voluntad (desde los 6-7 años hasta los 18), tenemos un grupo de pacientes a los que el médico debe escuchar pues, en mayor o menor grado, tienen suficiente capacidad intelectual y volitiva para manifestar sus preferencias.

En general, en los menores de edad se considera que son los padres o tutores legales quienes, buscando el bien del paciente y no su propio interés, otorgan el consentimiento a las intervenciones médicas.

Lo mismo sucede con los pacientes de edad avanzada, cuyas facultades mentales están disminuidas o anuladas. En estos casos, en los que no pueden expresar su consentimiento, también se reconoce que son los familiares quienes sustituyen la libertad de expresar el consentimiento del paciente. Hay que estar especialmente atentos a que la decisión que toman sea un bien

objetivo para el paciente, pues puede haber intereses sociales, económicos, familiares, etc., que se pretendan poner por encima del derecho y la dignidad de la persona.

-Otras incapacidades de expresar el consentimiento: en enfermos mentales, inconscientes, en coma, etc. En estos casos aplicamos los mismos principios que en los casos anteriores.

b) Factores extrínsecos:

-El primer factor extrínseco que puede afectar la capacidad de dar el consentimiento es la forma de dar la información, como ya hemos visto en el punto anterior. El médico puede dirigir, en interés propio, la decisión del paciente, según cómo le proporcione la información.

-La propia enfermedad, con sus componentes psicológicos añadidos de miedo, nerviosismo, ignorancia, etc., influye muchas veces en la capacidad de expresar un consentimiento plenamente consciente.

Otro modo de agrupar los defectos del consentimiento es siguiendo el esquema que la ciencia jurídica aplica a la formación viciosa de la voluntad en el negocio jurídico<sup>106</sup>:

-Error en la voluntad: el paciente emite o no un consentimiento a una intervención que no es la que espera. Puede ser causado de forma espontánea (falta de capacidad intelectual del paciente para asimilar la información) o de forma provocada (el médico proporciona la información alterada para hacer caer al paciente en el error).

-Violencia en la voluntad: la violencia, en cuanto que excluye o suprime la voluntad, es causa de la falta de ésta. Más que un vicio de la voluntad, es la falta de la misma. Puede tener diversas causas:

-Física: más propia del ámbito jurídico. En el ámbito médico no suele darse.

-Moral: es lo que los juristas llaman intimidación. En el caso de la medicina esta puede venir de parte de los familiares, conocidos, etc., que presionan al paciente a tomar una decisión. También el propio médico puede realizar esta violencia en la voluntad.

-Ambiental: es lo que llaman coacción ambiental. En la medicina se observa normalmente por motivos económicos (por ejemplo, paciente que consiente la eutanasia por no ser gravoso a la familia), sociales, etc.

A modo de resumen, nos parece interesante describir brevemente los requisitos que Zanella<sup>107</sup> pone a un Consentimiento para que sea lícita una intervención (en este caso quirúrgica, pero es extensible a las demás actos médicos):

1. Oferta de la información: con todas las características que hemos visto en el apartado anterior, para que el paciente pueda ejercitar correctamente sus derechos y formar, por tanto, una voluntad que pueda elegir libremente.

2. Comprensión de la información: sólo es información válida para un consentimiento válido la que es comprensible y comprendida de modo efectivo por parte del paciente.

---

<sup>106</sup> Cfr Doral J.A., del Arco M.A., *El Negocio Jurídico*, ob. cit., pp. 141-174.

<sup>107</sup> Zanella E., *Il Consenso Informato in Chirurgia*, ob. cit., p. 213.

3. Libertad de decisión: no debe haber vicios en la libertad.
4. Capacidad de decisión: la edad, la enfermedad mental o la misma enfermedad física pueden afectar la capacidad de tomar una decisión. Hay que valorarla en cada acto médico.
5. Personalización: el consentimiento debe venir dado del propio paciente, que es quien tiene la disponibilidad del bien que ha de proteger.
6. Conformidad al orden público o las buenas costumbres: la libertad individual no puede superar determinados límites del ordenamiento jurídico del Estado.
7. El paciente tiene que tener la posibilidad de revocar el consentimiento ya dado, por lo que el médico debe asegurarse de que el consentimiento se mantiene a lo largo del proceso médico.
8. Solamente es lícito actuar sin consentimiento en los llamados “casos de necesidad”: atención de urgencias, durante una intervención quirúrgica bajo anestesia general en la que hay un cambio de la indicación que no pueda esperar a una segunda intervención, etc.

9. No es válido el consentimiento emitido para un acto que comprometa los bienes primarios, como el bien de la vida o el de la integridad física.

Una vez determinados los elementos principales para individualizar el estudio del Consentimiento Informado, podemos plantear hasta qué punto tiene validez el consentimiento expresado bajo la presión de la enfermedad, si es válido el consentimiento para una acción contra la vida, si es válido el rechazo de un tratamiento necesario para la vida. Son preguntas que analizaremos más adelante, pero que muestran claramente la importancia que tiene definir bien el consentimiento, la libertad del paciente y su autonomía, la fundamentación de sus derechos, etc.

Hay otro elemento fundamental, que veremos a continuación, sin el cual, la transmisión de información y el consentimiento como ejercicio de la voluntad, quedan reducidos a un frío acto que no expresa la riqueza de contenido interpersonal que se da en la relación médico-paciente.

### **c. La Confianza**

La confianza es algo intrínseco a toda relación humana<sup>108</sup>. En el caso de la relación médico-paciente, la confianza implica hacerse vulnerable y depender de la buena voluntad y de las motivaciones del médico. La enfermedad, al igual que otras situaciones como la injusticia y la desesperanza, crea un estado de necesidad, un estado en el que dependemos del médico, del abogado o del sacerdote. El hecho de buscar la ayuda de un profesional de la medicina significa confianza en que los médicos poseen capacidad para ayudar y sanar. Juan Pablo II lo explica de modo claro: “la confianza puesta en el médico por el paciente, no es solo confianza en la ciencia, sino también confianza en la humanidad y sensibilidad del

---

<sup>108</sup> Cfr. Pellegrino E.D., *Las relaciones entre médicos y enfermos*, en “Atlántida”, n. 5, 1991, pp. 44-51.

médico”<sup>109</sup>. El paciente realiza un acto de confianza, primero en la existencia y utilidad del saber médico en sí, y después, en que dicho conocimiento es poseído por aquel a quien se consulta. Cuando nos montamos en un avión lo hacemos confiando en el piloto, dando por supuesto que tiene los mismos deseos que nosotros de efectuar con éxito la travesía. Pero no exigimos una entrevista con el piloto para tener seguridad, nos fiamos en el sistema de formación de pilotos. En el caso del médico, además de fiarnos del sistema que forma a estos profesionales, queremos un trato personal dadas las características personales e íntimas de esta relación: buscamos un profesional que nos conozca, que se preocupe de nuestro bienestar, que respete nuestra dignidad y nuestra libertad. Pero para que el médico pueda actuar debemos concederle un amplio margen de libertad. Hasta el paciente más desconfiado y escéptico debe afrontar el hecho de que el médico es el conducto por el que todas las cuestiones relacionadas con la medicina deben pasar.

En el ámbito jurídico, más que del término “confianza”, se habla de la “buena fe”, como principio que lleva a que cada uno no debe defraudar la confianza o abusar de ella, ya que ésta forma la base indispensable de todas las relaciones humanas<sup>110</sup>.

Hay quien propone modelos basados en contratos para evitar así depender de la voluntad del médico. El problema está en que también los contratos dependen, en último término, de la confianza para ser cumplidos: si no permiten libertad discrecional al profesional no sirven para nada. Además, los contratos funcionan entre personas semejantes o cuasi-semejantes, cosa irreal en el caso de la relación médico-paciente.

Hoy día asistimos al desarrollo de una Ética Médica basada en la desconfianza, que se limita al respeto absoluto por la autodeterminación, tanto del médico como del paciente, dejando de lado las influencias negativas que un posicionamiento moral concreto podrían tener en contra de esa autonomía.

También se dan casos de mala conducta, casos de comercialización de la medicina, de ingresos abusivos y/o desproporcionados, de vida lujosa por parte de algunos médicos, etc., de tal forma que muchos pacientes no ven que el médico se interese por su enfermedad sino por sus ingresos. Esta pérdida de confianza tiene como consecuencia la aparición de la cautela, los médicos y los enfermos se acercan unos a otros como enemigos.

También la estructura social contemporánea ha tenido su influencia para reforzar estas actitudes: la participación en todos los niveles de la vida gracias a la extensión de la democracia, el interés por los *mass media*, la desconfianza en la autoridad y en “los expertos”, etc. Estos factores también han tenido una consecuencia positiva: incitan a una mayor independencia en las decisiones de los pacientes y, por tanto, ayudan a superar el tradicional paternalismo en las profesiones. Es un paso hacia la consecución de

---

<sup>109</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti al Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia*, 18-X-94, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XVII/2 (1994), pp. 511-513.

<sup>110</sup> Cfr. Doral J.A., del Arco M.A., *El Negocio Jurídico*, ob. cit., p. 134.

relaciones más maduras, abiertas y honestas, reforzando el Principio de Autonomía de cada sujeto. De todos modos, la confianza puede deteriorarse cuando se defiende la autonomía absoluta del enfermo: ¿Puede acaso un enfermo sanar cuando sospecha de las motivaciones y métodos de su médico? A un enfermo se le deben dar fuerzas para que se cure él mismo. ¿Es esto posible cuando la persona que debe alentar al enfermo es sospechosa de estar buscando sus propios intereses? La confianza es algo intrínseco a las relaciones profesionales y su cultivo es indispensable para lograr el fin de cada profesión. Una ética basada en la desconfianza lleva consigo que los profesionales, y aquellos que solicitan su ayuda, adopten una actitud defensiva. Los pacientes buscan relaciones estrictamente contractuales con el médico. Al final, el enfermo deposita su confianza en un abogado defensor que vela por sus derechos y su autonomía frente al médico del cual no se fía. En esta situación el médico se limitaría a cumplir su parte de contrato, estando a la defensiva y sin estar vinculado por la beneficencia respecto a su paciente.

La tensión que contemplamos entre la ética de la confianza y la ética de la desconfianza nos lleva a considerar el Consentimiento Informado como elemento clave para dar una solución práctica equilibrada que respete el derecho a la autonomía del enfermo y la dignidad de una relación basada en la confianza.

El Consentimiento Informado, bien entendido, capacita a los enfermos a tomar sus propias decisiones. El médico proporciona la información que el paciente precisa pero debe, a su vez, superar la tentación de exceder los límites de su autoridad, aun cuando el paciente se lo exija.

En un contexto de confianza, el médico presenta la información con el menor grado de influencia personal o profesional y, a continuación, obtiene el consentimiento sin manipulación, coerción o fraude. Pensamos que en este contexto se puede lograr la reconciliación entre la autonomía y la beneficencia mediante la llamada “liberalidad de la confianza”. Ahora bien, es el médico quien tiene que pelear para ganarse esa confianza, no puede esperar que el paciente deposite su confianza por el simple hecho de ser un profesional. La confianza exige un esfuerzo gradual, como gradual es el Consentimiento Informado.

El esfuerzo por alcanzar esta relación es arduo, pero merece la pena. Se presenta como la única alternativa a una ética legalista y minimalista, que en realidad no es una ética, sino una relación de mutua defensa personal.

#### **d. Existencia de los derechos del enfermo**

Llegados a este punto en nuestro estudio, vemos que hemos hablado continuamente del Consentimiento Informado como uno de los derechos del enfermo, pensamos que ahora conviene estudiar cuál es la fundamentación de estos derechos<sup>111</sup>.

---

<sup>111</sup> Cfr. Sgreccia E., *Fondazione Etica dei Diritti del Malato*, en “Medicina e Morale”, n. 4, 1987, pp. 567-575.

Un primer precedente aparece con la Revolución Francesa, donde surge la afirmación del “derecho” del ciudadano a los cuidados médicos. Pero este principio adquiere contenido pleno y se explicita sólo a partir de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre por la ONU en 1948 y con la institución de la OMS. A partir de este momento, el “derecho a la salud” es recogido por las Constituciones de la gran mayoría de los Países.

De todos modos, hay que empezar por definir lo que significa “derecho a la salud” pues, si por este concepto entendemos el derecho a estar libre de enfermedades “por decreto”, estamos exigiendo a la ley algo que está por encima de sus posibilidades. Hay que dejar claro que cuando se habla de “derecho a la salud” estamos hablando del derecho a recibir los medios para cuidar de nuestra salud, bien de modo preventivo o curativo. Así lo refleja Juan Pablo II en la Encíclica *Laborem Exercens* cuando defiende “el derecho primario de todo hombre a todo cuanto es necesario para el cuidado de la salud y, por tanto, a una adecuada asistencia sanitaria”<sup>112</sup>. Esta primera idea ayuda a entender que las relaciones del médico con el enfermo están encaminadas a proporcionar a éste los medios que se encuentran al alcance para lograr la curación, pues, a diferencia de otras relaciones profesionales que se definen por los resultados (por ejemplo, la relación de un cliente con el arquitecto, un contrato de compraventa, etc.), en el caso de la medicina, el resultado no está asegurado, lo único que se asegura es el poner los medios para intentarlo. De este modo, la relación médico-enfermo se encuentra como base fundamental de todo Código y Norma Ética. El problema está en que, a nivel jurídico, hay una serie de lagunas a la hora de individuar los derechos, tanto del médico como del enfermo, que se derivan de esta relación.

La gestación de las decisiones entre médico y enfermo está, ante todo, fundada sobre la responsabilidad de cada uno. Hablando de esta responsabilidad ética es necesario decir que algunos proyectos de codificación de derechos del paciente son muchas veces unilaterales y reductivos: hablan solo de los derechos del enfermo y no también, como sería justo, de sus deberes. Hablan también de los deberes del médico olvidando injustamente que también tiene sus derechos<sup>113</sup>.

Hay que partir del hecho de que el ciudadano es el primer responsable de la propia vida y de la propia salud, pero no es el árbitro ni el juez: el bien de la vida y la salud es vinculante para el propio beneficiario porque se trata de un bien objetivo, sacro y trascendente, del cual todo ciudadano es guardián. Esta responsabilidad es fuente simultáneamente de derechos y de deberes.

El hombre tiene plena conciencia de ser él y no otro, el responsable de la propia salud mental y psicosomática, de la propia integridad y de la propia supervivencia. Pero al mismo tiempo es consciente de que debe confiarse al profesional de la salud<sup>114</sup>.

---

<sup>112</sup> Juan Pablo II, Enc. *Laborem Exercens* n. 19, en AAS 73 (1981), pp. 625-629.

<sup>113</sup> Cfr. Sgreccia E., *Fondazione Etica dei Diritti del Malato*, ob. cit., p. 572.

<sup>114</sup> Cfr. Perico G., *Problemi di Etica Sanitaria*, Ancora, Milano 1992, p. 75.

En el momento en que el ciudadano se confía al médico, éste se convierte en un colaborador del enfermo, empeñado en el mismo bien que el ciudadano. Tiene una función subordinada, está llamado a un servicio cualificado, pero no es sólo un ejecutor de la voluntad del paciente. El paciente puede retirar su confianza al médico pero no puede cortar totalmente el espacio de su propia responsabilidad. Se determina así el llamado triángulo de la responsabilidad médico-enfermo<sup>115</sup>. El paciente -responsable principal- y el médico -colaborador cualificado- están vinculados por el bien que les supera a ambos y les une. Este punto está claro cuando la relación se establece entre un médico y un paciente afecto de una enfermedad, pues ambos buscan el mismo bien: la salud del paciente. Hay un consentimiento implícito en el momento en el que el paciente se confía al médico o a la estructura sanitaria. Este consentimiento, sin embargo, no dispensa al médico del deber de informar al paciente. La vida y al salud son confiadas prioritariamente a la responsabilidad del paciente, y el médico no tiene sobre el paciente más derechos que los que el propio paciente tiene sobre sí mismo<sup>116</sup>.

Durante las dos últimas décadas, más o menos, hemos estado viviendo una polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, polémica que ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Para tratar de reducir el tradicional poder del médico, muchos han abogado por un modelo en el que el paciente tenga un mayor control. Otros cuestionan un modelo así porque no asume el potencial desequilibrio que caracteriza la relación médico-paciente, donde una parte está enferma y demanda seguridad, y donde se realizan juicios que conllevan la interpretación de la información técnica. En fin, otros están intentando delinear una relación más recíproca. Esta confrontación engloba tanto las expectativas de los médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los Códigos Médicos, el Consentimiento Informado y el concepto de mala práctica. Este enfrentamiento nos lleva a preguntarnos cómo debe ser la relación médico-paciente ideal<sup>117</sup>.

La historia de la relación médico-paciente es tan antigua como la misma historia de la Medicina; en cambio, es mucho más reciente el intento de comprender y explicar las características de dicha relación. En el capítulo anterior hemos hecho una breve referencia a la historia del Consentimiento Informado dentro de la historia de las relaciones entre médico y paciente. En este capítulo veremos por qué ha entrado en crisis esta relación y los diferentes Modelos que se han propuesto para solucionarla.

Para explicar ésta crisis, De Natale<sup>118</sup> ha invocado cinco motivos:

---

<sup>115</sup> Cfr. Sgreccia E., *Fondazione Etica dei Diritti del Malato*, ob. cit., p. 573.

<sup>116</sup> Cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 1994, p. 126.

<sup>117</sup> Cfr. Emanuel E.J., *Cuatro modelos de relación médico-paciente*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, ob. cit., p. 109.

<sup>118</sup> De Natale A., *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente*, en "Bioetica e Cultura", n. 7, 1995, p. 58.

1. La importancia creciente que tiene el componente tecnológico en el campo de la Medicina, que hace menos necesaria la función del médico, despersonalizando el proceso clínico por completo.
  2. La escasa atención que se pone, durante el período formativo universitario y profesional del médico, al estudio de las habilidades de relación frente a los conocimientos técnicos-científicos.
  3. La mediación, en el ámbito de las relaciones, del sistema sanitario que, a menudo, quita responsabilidad al médico y burocratiza la relación.
  4. La fragmentación en especialidades de la Medicina que determina una sectorialización de la misma, penalizando la visión unitaria del enfermo.
  5. La pérdida de la centralidad del médico de familia.
- Se podrían analizar más causas, pero pensamos que son suficientes para explicar esta crisis. A continuación, vamos a exponer los modelos de relación, tratando antes de profundizar en los elementos de la relación.

## **A. modelos éticos de relación**

### **1. Elementos de la relación médico-paciente**

#### **a. Introducción**

En toda relación médico-paciente se establece una modalidad peculiar de relación interpersonal, determinada por dos elementos: la situación vital del paciente (un ser humano que, a consecuencia de su enfermedad, tiene necesidad de ayuda) y la capacidad atribuida al médico (un ser humano que está dispuesto a prestar la ayuda que se espera de él).

Las relaciones entre un médico y un paciente se pueden dar de diverso modo: visita domiciliaria, visita en la propia consulta, intervención quirúrgica, asistencia de un enfermo en coma, etc., pero en todos estos casos persiste algo común, esencial a todo tipo de relación, que es el contacto directo entre dos personas. Se ha hablado mucho de la posibilidad de sustituir el médico por una máquina en la que se introducen los datos solicitados y se recibe un diagnóstico y un tratamiento. Es lo que han llamado *Medicina sin médico*. De todos modos, veremos como esta posibilidad no podrá sustituir nunca un trato interpersonal.

La naturaleza de la relación médico-paciente, según Laín Entralgo<sup>119</sup>, reside en la relación que se establece entre ambos por el hecho de encontrarse, uno como enfermo y el otro como médico. La naturaleza propia de esa relación depende, sobre todo, del estado de necesidad de uno y de la capacidad de ayuda técnica que posee el otro.

El hombre es, de por sí, un ser necesitado, indigente. Necesita de lo que le rodea, tanto en el sentido físico (aire para respirar, alimentos que ingiere, etc.), como personal (otras personas que le ayuden a remediar sus necesidades). También necesita, aunque muchas veces no se dé cuenta, de

---

<sup>119</sup> Cfr. Laín Entralgo P., *Antropología Medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1988, p. 261.



una realidad que fundamente el sentido de su existencia, es decir, de Dios o un sucedáneo.

### **b. El fundamento de la relación**

En este estado de necesidad radical, hay momentos en los que requiere más ayuda, como es el caso de la enfermedad. Pero la ayuda no es posible si se considera el hombre como un ser egoísta, movido por el beneficio propio, o por el frío cumplimiento de un contrato. Es precisa la donación amorosa. El verdadero fundamento de la relación médica ideal está en el binomio necesidad-amor. De todos modos, hay otros elementos que también forman parte de la relación, como son los elementos técnicos, económicos y sociales de la misma.

Yepes Stork afirma que dicho fundamento “es la necesidad del que sufre, es la realidad de que un hombre preste ayuda al menester de otro, para volverle a su ser”<sup>120</sup>. Primera condición de la relación es, por tanto, que el paciente se reconozca como tal, como una persona necesitada de la ayuda de otra.

### **c. Naturaleza de la relación**

El mismo Laín Entralgo, para explicar la naturaleza de la relación médico-paciente, establece tres niveles de análisis en la relación entre dos personas: interhumano, de ayuda y técnica<sup>121</sup>. Para nuestro estudio nos interesa tratar los dos primeros niveles:

## **1-Relación entre seres humanos**

Toda relación entre seres humanos se puede agrupar en dos grandes modos de relación: la objetivizante y la interpersonal.

Llamamos **relación objetivizante** aquella en la cual, una de las dos personas que la establecen, tratan de transformar al otro en un objeto. El otro queda, entonces, intencionalmente reducido a una realidad carente de libertad personal y de finalidad propia; en definitiva, queda reducido a una cosa, un objeto. Esta relación puede darse cuando se reduce al otro a espectáculo (disfrute estético, curiosidad científica, voluntad de mofa o de desprecio, interés profesional, etc.) o a instrumento (de placer, de odio, etc.). El problema de este modo de ver al otro es que se trata como un objeto a alguien que es un sujeto, una persona. Esta forma de relación, aplicada a la Medicina, es descrita por Yepes Stork, cuando escribe al respecto: “Es la tendencia tecnocrática al objetivismo: ver ‘casos’, ‘enfermedades’, ‘tratamientos’, ‘resultados’, ‘éxitos’, y no enfermos, personas dolientes; aplicar cirugía, fármacos, prescripciones, ordenanzas, horarios y honorarios, pero sin *escuchar al que sufre*, sin preguntarle, sin dialogar verdaderamente con él”<sup>122</sup>.

En esta misma línea, Fazzari afirma que el médico puede ser arrollado por un enorme aparato tecnológico, perdiendo así la posibilidad de humanizar la

---

<sup>120</sup> Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., p. 457

<sup>121</sup> Cfr. Laín Entralgo P., *Antropología Médica*, ob. cit., pp. 263-264.

<sup>122</sup> Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., p. 457.

relación médico-paciente y llegando incluso a rechazar todo lo que va más allá del mero problema técnico<sup>123</sup>.

Para que se dé un trato entre personas hace falta acudir al Modelo de **relación interpersonal**: es aquel que se da cuando ambas partes se consideran y se tratan como personas.

Esquemáticamente, podemos agrupar las relaciones interpersonales, según una gradualidad descendente en cuanto al componente de amor-amistad:

-**Relación diádica**: es la relación de amor y amistad pura.  
-**Relación quasi-diádica**: hay una mezcla progresiva de elementos objetivizantes. Podemos dividirla, a su vez, en tres tipos:  
    -Consejo  
    -Educación  
    -Asistencia médica  
-**Relación de dúo**: es la colaboración que se da en las relaciones de camaradería.

La actividad constitutiva y distintiva de la relación personal debe ser la realización empática de los actos con los que el otro realiza su condición de persona. En este sentido, la relación amorosa expresa este significado, pues ambas partes creen en el amor del otro y expresan esa convicción en obras de donación total de uno mismo, pasando de ser una simple asociación de dos personas, a ser una unión diádica.

También Cafaro y Cottini<sup>124</sup> afirman que, en la relación que un operador sanitario establece con un paciente que se confía a él, lo primero que tiene que considerar es que no está frente a un simple organismo vivo, sino frente a una persona, un ser capaz de sentimientos y de afectos, consciente del propio sufrimiento y, por este motivo, deseoso de ayuda y agradecido por todo lo que se haga en su favor. El enfermo no busca solo una prestación técnica del médico sino también una capacidad de encuentro personal que se manifieste en una actitud de comprensión, de empatía, de amor.

El paciente no es un órgano enfermo; es una persona, un ser integral que deposita, mediante un voto de confianza, el bien más preciado, cual es su salud, en el médico<sup>125</sup>.

Esta misma idea la expresa J. Bernard<sup>126</sup> cuando habla del enfermo como un ser humano con sus preocupaciones, sus angustias, su desesperación, sus dificultades, etc., que el médico debe esforzarse por comprender, tal vez de condicionar, de aliviar, de mitigar.

---

<sup>123</sup> Cfr. Fazzari C., *L'Etica come elemento di professionalità dell'operatore sanitario*, en Spisanti S. (a cura), *Bioetica e Antropologia medica*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1991, p. 128.

<sup>124</sup> Cfr. Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, ob. cit., p. 44.

<sup>125</sup> Arango Restrepo P., *La formación en Bioética: una alternativa para la calidad de la relación médico-paciente*, en "Persona y Bioética", n. 2, 1998, p.89.

<sup>126</sup> Cfr. Bernard J., *Grandezza e tentazioni della medicina*, en Spisanti S. (a cura) *Bioetica e Antropologia medica*, ob. cit., pp. 137-144.

## **2-Relación de ayuda**

La asistencia médica pertenece, genéricamente, a este modo de relación. Pero ahora, hay que preguntarse si, dentro de esta relación de ayuda, la relación médico-paciente es objetivizante o interpersonal.

Analizando las relaciones médicas en Occidente, vemos que, tradicionalmente, se ha visto al enfermo como un objeto de contemplación cognoscitiva y de acción terapéutica. En este sentido, sería una relación objetivizante, en cuanto que la técnica médica actúa sobre el paciente como el cincel del escultor sobre la piedra. Pero, por otro lado, no se puede olvidar la naturaleza personal de la relación. De todos modos, tampoco es una relación puramente interpersonal, pues el médico tiene que transformar en objeto observable el cuerpo del enfermo, debe intervenir sobre él como si fuera un objeto para reparar. El paciente se pone en manos del médico como un organismo estropeado que el médico repara con su capacidad técnica. En este sentido, se puede afirmar que la relación médico-paciente tampoco puede basarse en un modelo exclusivamente interpersonal. La solución la encontramos buscando gamas de relación intermedias entre ambos extremos: caben dos modos que podemos llamar el “dúo” y la “quasi-diada”. El dúo consiste en una asociación de dos personas para alcanzar una meta común, es lo que se conoce por relación de camaradería, cosa que no nos parece que se pueda aplicar con propiedad a la relación médico-paciente. Ésta, más bien, sería una forma de cuasi-diada, que se constituye dentro de las relaciones de ayuda.

Las relaciones de ayuda se pueden dividir, a su vez, en tres modalidades: el consejo, la educación y la asistencia médica. En la relación de consejo, una persona ayuda a otra para que tome una decisión, pero le deja la libertad de aceptar o no el consejo. Esta forma cuasi-diádica de relación es, dentro de las formas de ayuda, la más próxima a la diada de amor y amistad que hemos visto antes.

También la relación educativa es cuasi-diada. En esta, el educador ayuda al discípulo a adquirir un determinado conocimiento, teórico o práctico. Requiere cierto grado de amistad entre ambos, pero no es una relación interpersonal pura, pues el educador no acepta la situación de ignorancia del discípulo, mientras que el amigo acepta al amigo a pesar de sus defectos.

Por último, vemos la relación médico-paciente, que es la más objetivizante y, por lo tanto, menos diádica de las tres. El médico ayuda al enfermo a recuperar la salud. Para esto, debe haber cierto acercamiento empático entre ambos pero, sobre todo, exige también una serie de medidas objetivizantes, en cuanto que la enfermedad afecta al cuerpo y el médico debe actuar sobre este cuerpo como si fuera un objeto.

Hay una diferencia clara entre la relación de amor-amistad pura y la relación médico-paciente. En la primera, lo importante es la comunión y lo instrumental es la parte de objetivación que presenta. En cambio, en la relación médico-paciente, se invierten los términos, la comunión es instrumental y la objetivación es el verdadero fin, en cuanto que lo que

interesa es modificar la realidad del otro, es transformar un enfermo en una persona sana.

Otro aspecto importante respecto a las relaciones de ayuda, es su implicación social: no se puede aislar la relación de consejo, la enseñanza o la asistencia sanitaria del contexto social.

#### **d. Estructura y Dinámica de la relación**

Una vez encuadrada la relación médico-paciente como una relación de ayuda, en la que hay una parte objetivizante (se actúa técnicamente sobre el cuerpo del enfermo para modificarlo) y otra parte de relación interpersonal (es el cuerpo de un ser humano con la dignidad de persona que le es propia), pasamos ahora a describir la **estructura** y la **dinámica** de la relación. Lo haremos partiendo de la situación ideal: el médico que actúa con vocación y tiempo suficiente, que trata a un paciente con auténtico deseo de curarse y que confía en la capacidad técnica de la persona que le asiste.

### **1-La estructura de la relación**

La relación se compone de cinco momentos principales, integrados entre sí:

-Momento afectivo: la amistad médica en cuanto presupone un trato interpersonal.

-Momento cognoscitivo: el conocimiento diagnóstico.

-Momento operativo: el tratamiento en cuanto elemento objetivizante.

-Momento ético: condiciona los tres anteriores, en cuanto que deben cumplirse una serie de normas morales.

-Momento histórico-social: incluye factores histórico-culturales, políticos, sociales, económicos, etc.

En todo acto médico se dan estos cinco momentos de modo simultáneo, creándose así una dinámica en dicha relación.

### **2-La dinámica de la relación**

Para estudiar esta dinámica deberemos estudiar por tanto, el fin propio, la consistencia propia, el vínculo y la comunicación.

-**El fin propio** de la relación médica es la curación del enfermo, la reconquista de la salud que ha perdido. Cuando la enfermedad es incurable, el fin se debe limitar a conseguir el mejor modo de vida, o el menos malo. Cuando la muerte del paciente parece inminente, la función del médico será dar la ayuda necesaria para lograr una buena muerte.

-**Consistencia propia**: ya hemos hablado algo de esto cuando hemos visto la conexión entre la actividad objetivizante y la actividad de relación empática.

Es obvio que el médico objetiviza cuando escucha al paciente, cuando lo explora, cuando le aplica un tratamiento, etc., pero esto no es suficiente si no se da, a la vez, una relación de empatía entre ambos. Las escuelas médicas organicistas que opinan que es suficiente el componente objetivizante, se apoyan en concepciones reductivistas de la persona humana, sólo ven un

conjunto de órganos enfermos que hay que sanar, pero son incapaces de entender el sufrimiento de la persona.

Este mismo problema es analizado también por Yepes Stork, quien afirma que “el *homo faber*, armado del poder inmenso de la Medicina, tiende a pensar que el mal y el dolor requieren una solución simplemente tecnológica. Pero ésta, de poco sirve si se deshumaniza, si olvida que el sufrimiento no se cura sólo con pastillas, sino con el *diálogo terapéutico*, que nace de la benevolencia. La Medicina, en manos de un materialista, puede ser un instrumento casi mágico, pero también un arma letal contra los débiles”<sup>127</sup>.

No hay que identificar, por tanto, Medicina Científica con la parte de la Medicina que se basa en una relación exclusivamente objetivizante de la misma. La verdadera Medicina Científica es la que trata al paciente bajo la doble modalidad científica de las ciencias naturales y las ciencias del hombre. El lograr una verdadera empatía con el paciente pertenece a la misma esencia de la naturaleza de la relación médico-paciente. El médico se ve obligado, por tanto, a entrar en sintonía empática con los actos psíquicos que constituyen la subjetividad del paciente. Esto lo vemos claramente en la relación que se establece entre un cirujano y un paciente anestesiado. Se podría pensar que el cirujano se enfrenta a un cuerpo inconsciente como ante un objeto sobre el cual debe realizar una serie de incisiones físicas. Pero es evidente que el cirujano debe tener en la imaginación lo que va a suponer la intervención física sobre la persona del enfermo. Debe conocer la personalidad del paciente, la previsión sobre su vida futura, etc. Una intervención quirúrgica es, sobre todo una relación objetivizante (en el sentido que se trata directamente al cuerpo del paciente como un objeto), pero es también la manifestación visible de una relación humana empática e interpersonal.

Podemos decir que la relación médico-paciente se tiene que desarrollar como una progresión hacia el tratamiento óptimo. Esta progresión se logra combinando momentos de relación objetivizante con momentos de relación empática o interpersonal.

-**Vínculo propio:** con lo visto hasta ahora podemos afirmar que el vínculo ideal en la relación médica es una forma particular de amor que llamaremos “amistad médica”. En el primer capítulo hemos visto como se ha ido entendiendo esta “amistad médica” a lo largo de los siglos. El problema, hoy día, surge a la hora de entender qué significa esta amistad.

Cuando el médico es fiel a la concepción del hombre como persona, el núcleo del vínculo ideal entre médico y enfermo continúa siendo la “amistad técnica”, esto es, una relación de diagnóstico y tratamiento con un ser capaz de proponerse fines propios con autonomía. En cambio, cuando el médico se adhiere a una antropología naturalista, con una concepción reduccionista del hombre y de la persona, la relación se concibe como una camaradería. Y como explica Yepes Stork, la relación médica debe ser algo más que camaradería; tiene que consistir en amistad. (...) Para el buen logro de esa

---

<sup>127</sup> Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., p. 453.

*amistad médica* hay que vencer, dentro de cada situación histórica y social, toda una serie de obstáculos. Algunos de estos obstáculos han sido monótonamente repetidos desde que, en la Antigua Grecia, la Medicina llegó a ser *técnica* (por ejemplo, la impericia, el desmedido afán de lucro, el dogmatismo deshumanizado, la incuria, la pereza o el mal humor por parte del médico; también la veleidad, la intemperancia o el egoísmo extremado, por parte del enfermo), otros obstáculos, en cambio, son peculiares de la situación actual (por ejemplo, la abusiva conciencia del derecho y el espíritu pleicista en nuestro siglo)<sup>128</sup>.

-**Comunicación propia:** se establece a través de la mirada, la palabra, el silencio, el contacto manual y la relación instrumental.

Hasta ahora hemos visto la estructura y la dinámica de la relación médica ideal, en la que un médico amante de su profesión trata a un enfermo con ganas de curarse y que tiene confianza en la persona y la técnica del médico. El problema está en la gran dificultad que existe para que se den las circunstancias ideales.

#### **e. La motivación en la relación**

Siguiendo con el análisis de Laín Entralgo<sup>129</sup>, este autor considera que las dificultades en lograr un trato ideal se deben, en gran medida, a las diferencias en la motivación por parte de médicos y pacientes, y a la variedad de circunstancias que se derivan de la naturaleza de la enfermedad y del ambiente que rodea el encuentro del médico con el paciente. Vamos a estudiar estos motivos:

### **1-Los motivos del enfermo**

El enfermo, movido por la enfermedad, decide buscar asistencia médica. Esta decisión hace que surjan varias preguntas:

-¿Cuál es el fin que ha movido al paciente a buscar la asistencia médica? En la respuesta debemos diferenciar dos tipos de motivaciones: las que se refieren al enfermo en sí mismo y las que se refieren a quienes le rodean.

Cuando un enfermo va al médico por decisión propia, lo puede hacer movido por varias motivaciones: lo más frecuente es el deseo de recuperar la salud. En otros casos le mueve el deseo de conocer la enfermedad que padece para saber el futuro que le espera. Otros buscan inconscientemente un refugio en la enfermedad, aspiran a ser reconocidos como enfermos. Otros, normalmente los enfermos incurables, buscan el refugio en el médico, por el apoyo y confort que la asistencia médica proporciona. Finalmente, hay quien busca la asistencia médica para descartar la enfermedad, para confirmar su estado de salud.

Cuando el enfermo va al médico por decisión de otros, podemos distinguir las motivaciones de quienes le son próximos (familiares o amigos) de quienes no lo son tanto (empresa, aseguradora, sociedad, etc.).

---

<sup>128</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 457

<sup>129</sup> Cfr. Laín Entralgo P., *Antropología Médica*, ob. cit., pp. 277-283.

Una vez que el paciente está frente al médico hay una gran variabilidad en las actitudes que se toman. Hay quien está acostumbrado al sufrimiento y no da importancia a un nuevo dolor, y hay quien no lo está y exagera el síntoma más banal. Hay quien tiene interés en disimular los síntomas para que no sea reconocida la enfermedad y quien se los inventa para aprovecharse de ella. En fin, el médico tiene que estar atento a todas estas posibilidades para poder establecer una correcta relación con el paciente<sup>130</sup>.

-¿Como responde el paciente ante el hecho de sentirse enfermo? Se pueden describir tres componentes:

-afectivo: rebelión, aceptación, depresión, apatía, ansiedad, miedo, desesperación, alegría, etc.

-interpretativo: como castigo, casualidad, como desafío, como prueba, etc.

-operativo: comunicación del propio estado o disimulo del mismo, automedicación, llamada al médico, etc.

Cualquiera de estas posibilidades de respuesta ante la enfermedad influye por fuerza en la relación médico-paciente.

## **2-Los motivos del médico**

De aquí surgen dos cuestiones principales:

-Modo de ser del médico. En el fondo de la vocación médica hay dos instancias: la inclinación, natural o adquirida, de ayudar a las personas necesitadas y la pasión de vencer con el conocimiento las acciones y problemas que pone la naturaleza. De la formación técnica del médico depende en gran parte la eficacia de su trabajo y, por tanto, la relación médico-paciente.

Entre los diversos intereses que mueven hoy día a los médicos podemos citar los cuatro más importantes, comenzando por lo más material: el afán de lucro y de prestigio (enfermo como objeto de lucro), el cumplimiento del deber de funcionario (enfermo como objeto operante en la sociedad, como un problema social que hay que solucionar), el conocimiento científico (ven el enfermo como objeto de conocimiento) y la voluntad de ayudar (que trata al enfermo, no como un objeto, sino como una persona que sufre y tiene necesidad de ayuda).

Es difícil encontrar un médico que se mueva solo por este último noble motivo, es más frecuente que en cada médico se combinen varios de estos elementos. Lo ideal sería que el cuarto predomine sobre los otros tres.

-Modo de ser persona. La práctica de la Medicina exige por parte de quien la practica un mínimo de inteligencia, de capacidad de acción y habilidad manual. De todos modos se puede hablar de un tipo de “personalidad ideal”: la que irradie simpatía, sea acogedor, luchador ante los problemas, que no se rinda ante las dificultades, que tenga capacidad de observación, de entrar en sintonía con los demás, la disponibilidad, la repulsión por lo ilícito, etc.

A pesar de la distinción, por motivos de exposición, entre el modo de ser como médico y el modo de ser como persona, pensamos que en la vida real,

---

<sup>130</sup> Cfr. Salvestroni F., *Il Medico della Persona*, Vallecchi Editore, Firenze 1968, pp. 87-93.

ambas características van unidas y se influyen recíprocamente. En este sentido, se pueden describir las características morales fundamentales del operador sanitario, siendo conscientes de que no se debe individuar un standard excesivamente rígido, pero sin olvidar tampoco ni las dotes naturales ni aquellas que se pueden adquirir a través del ejercicio de la libertad. Primero hay que destacar la necesidad de estar en un buen grado de salud física y mental, que permitan afrontar la dureza de esta profesión. Se exigen también los requisitos intelectuales, muchas veces necesitados de estudio y de actualización. También se describe de modo sucinto una serie de virtudes que constituyen el substrato de la propia competencia profesional, sin las cuales se cae en el tecnicismo de la Medicina: espíritu de sacrificio, laboriosidad, eficiencia, tenacidad, orden, generosidad, responsabilidad, lealtad, comprensión, fortaleza, sinceridad, buen humor, etc. Estas dotes o virtudes se adquieren en el tiempo, con el esfuerzo personal y la relación con los demás.

## **f. Otros factores de la relación**

### **1-La naturaleza de la enfermedad**

Respecto a las relaciones médico-paciente es diferente la asistencia de urgencia, la enfermedad aguda, la enfermedad crónica, etc. En cada situación se articulan de modo diverso, tanto la objetivización como la empatía. Normalmente, la relación que se establece en la asistencia de urgencias es, sobre todo, objetivizante, en cuanto que hay una emergencia vital y también por la disminución en la capacidad de relación interpersonal que la propia situación de urgencia genera. En cambio, en el tratamiento de enfermedades crónicas, predomina, y muchas veces es exclusivo, el componente interpersonal.

### **2-El contexto del encuentro**

La relación varía mucho dependiendo del contexto. Es distinto atender al enfermo en el domicilio que en la consulta privada, en el ambulatorio que en el quirófano, etc. El paciente en su propio domicilio tiene mucha más confianza en sí mismo que cuando acude a un centro hospitalario.

Habiendo visto tantos factores diversos que influyen en la relación médico-enfermo, es fácil intuir cuál es la combinación ideal y cuáles son las combinaciones que acaban en un fracaso de la relación.

Hay varias posibilidades a la hora de clasificar los diversos modelos de relación médico-paciente. Nosotros utilizaremos la que describen Pellegrino y Thomasma<sup>131</sup>, pues pensamos que es suficientemente descriptiva y que, además, refleja convenientemente las concepciones filosóficas de fondo que sustentan a cada modelo. De todos modos, no es la única clasificación que

---

<sup>131</sup> Cfr. Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the Patient's Good*, Oxford University Press, New York 1988.



hemos encontrado en la bibliografía por lo que, al terminar este apartado descriptivo, comentaremos brevemente otra clasificación alternativa.

## **2. El Modelo Paternalista**

### **a-Descripción del Modelo**

En la *Encyclopedia of Bioethics*<sup>132</sup> se encuentra una primera definición de Paternalismo que nos proporciona los elementos más característicos: “práctica que actúa sobre el paciente restringiendo su libertad, es decir, sin su consentimiento, donde la justificación para esas acciones reside, bien en la prevención de un mal que se pueda hacer el paciente a sí mismo, o bien en la producción de un beneficio que de otro modo no se garantizaría”. En esta definición encontramos que lo que caracteriza al Paternalismo es, precisamente, la actitud “paternal” de sustituir la libertad de elección del paciente por la decisión del médico que conoce mejor lo que es bueno para aquel. Hay que dejar claro desde el principio de esta exposición que nos referimos a las decisiones médicas que normalmente afectan a la esfera de la persona del enfermo y sus circunstancias. Lógicamente, no entran dentro de este campo las decisiones puramente técnicas, como las dosis de anestésico que hay que utilizar o el tipo de analítica que se solicita, pues estas decisiones pertenecen, habitualmente de modo exclusivo, al campo técnico-decisional del profesional médico.

Esta actitud de sumisión de una voluntad respecto a la otra, ha sido la base de la relación del médico con el paciente durante muchos siglos. Ya en el Juramento Hipocrático<sup>133</sup> veíamos como el médico se proponía: “Adoptaré aquella terapia que, según mi juicio y conocimiento, considero más apropiada para el paciente”. El tratamiento lo decidía el médico pues es quien tenía conocimiento y juicio. El paciente no tenía normalmente ningún conocimiento de su enfermedad y rendía su juicio al del médico, pues se suponía que tenía los mismos intereses que él.

Este Modelo de relación no se ha caracterizado, precisamente, por la valoración de la opinión o la voluntad del paciente, sino en la consideración de que el médico tiene una visión más amplia de lo que es el bien del enfermo, por lo que realiza lo que él piensa que es mejor, aunque esto no coincida con la valoración personal del paciente<sup>134</sup>. Durante muchos siglos, no ha habido duda a la hora de considerar cuál era el bien del enfermo; el problema lo encontramos hoy día, cuando el relativismo ético y otros factores que estudiaremos más adelante, hacen que se haya difuminado la idea de bien.

El Paternalismo choca, además, con las corrientes ideológicas actuales sobre la libertad. De todos modos, se reconoce la existencia de los llamados “principios limitantes de la libertad”, que justifican una limitación de ésta en

---

<sup>132</sup> *Encyclopedia of Bioethics*, ob. cit., p. 1194.

<sup>133</sup> *Ibidem*, p. 1731.

<sup>134</sup> Cfr. Childress J., *Priorities in Biomedical Ethics*, Westminster Press, Philadelphia 1981, p. 14.

individuos o grupos. El “Principio del Paternalismo” es uno de estos principios. Los motivos de esta limitación pueden ser variados: que la acción libre de una persona sea una ofensa o agresión contra otra, que la acción libre de una persona limite un beneficio para otra, etc. En estos casos, la libertad de los demás es el límite de la libertad de uno. En el caso del Modelo del Paternalismo, se aplica este mismo Principio, en el sentido de limitar la libertad del paciente cuando ésta puede ser causa de un daño para él mismo<sup>135</sup>.

El Modelo Paternalista toma su nombre de la semejanza de dicha relación con la que se establece, de modo habitual, entre un padre y su hijo. En estas relaciones, hay una gradualidad en el intervencionismo sobre su voluntad: es máximo en los primeros años de vida pues el niño no tiene todavía desarrollada su capacidad intelectual y volitiva; pero, a medida que el niño va entrando en la adolescencia, comienza a pensar y a decidir, comienza a saber lo que es bueno para él y a poner en práctica sus deseos. En esta edad, la función de los padres es fundamentalmente de orientación, de formación, de información y sobre todo de estímulo para que el joven tome sus propias decisiones. Cuando el ser humano ya es adulto, la función de los progenitores se limita a transmitir la experiencia que los años les han dado, aconsejar según los modelos éticos que tienen y han intentado transmitirles, pero todo esto, dentro de un marco de libertad responsable.

Usando este ejemplo de la vida real, con la legitimidad que el mismo nombre de paternalismo le otorga, podemos ver que en las relaciones médico-paciente también hay una gradualidad en el intervencionismo de la voluntad del médico sobre la del paciente según las capacidades de éste: nadie se sorprende de que se decida un tratamiento sobre un recién nacido sin pedirle su consentimiento<sup>136</sup>, tampoco se espera que un paciente, que se encuentra en coma tras un accidente, opine sobre cuál es el mejor tratamiento que pueda recibir. En cambio, a un paciente adulto, lúcido y capaz, lo normal será proporcionarle la suficiente información para que pueda expresar su voluntad respecto a un determinado tratamiento médico. Esta gradualidad, tomada de la vida real, también la utiliza M. Barni<sup>137</sup> cuando presenta una tabla de los tres momentos fundamentales de la relación médico-paciente:

<b>Modelo</b>	<b>Rol del médico</b>	<b>Rol del enfermo</b>	<b>Aplicación clínica</b>	<b>Prototipo</b>
<b>Actividad-pasividad</b>	Hace cualquier cosa al enfermo	Incapaz de respuesta	Anestesia, coma, trauma agudo	Padre-niño

<sup>135</sup> *Encyclopedia of Bioethics*, ob. cit., p. 1195.

<sup>136</sup> Cfr. Ackerman T.F., *Fooling Ourselves with Child Autonomy and Assent in Nontherapeutic Clinical Research*, en “Clinical Research”, n. 27, 1979, pp. 345-348.

<sup>137</sup> Cfr. Barni M., *Il Modello deontologico nel rapporto medico-malato*, en Spisanti S. (a cura) *Bioetica e Antropologia Medica*, ob. cit., p. 140.

<b>Guía-cooperación</b>	Dice al paciente lo que debe hacer	Colabora obedeciendo	Infecciones, procesos agudos	Padre-adolescente
<b>Mutua participación</b>	Ayuda al enfermo a ayudarse	Participa en asociación, utilizando la ayuda	Enfermedades crónicas, psicoanálisis	Adulto-adulto

Esta gradación se puede expresar también hablando de dos formas de Paternalismo:

-Paternalismo fuerte: es aquel que llega a actuar en contra de la voluntad explícita del paciente. Por ejemplo, la administración de un analgésico a un paciente en estado terminal, contra su voluntad, dado que este analgésico puede tener, como efecto secundario, una disminución del nivel de conciencia, efecto que el paciente no desea. Es una situación moralmente inadmisibles y rechazada por el común de los estudiosos de la Ética.

-Paternalismo débil: supone obrar por el bien del paciente cuando éste no puede manifestar su preferencia, bien por ser menor de edad, por no estar en condiciones de decidir con libertad, etc. También se contemplan aquí los casos en los que hay una cierta conformidad previa como puede ser el caso de la atención de urgencias, donde el miedo, la ansiedad, la pérdida de conocimiento, etc., impiden tomar decisiones conscientes y libres, y por tanto se deja a la discreción del médico la elección de lo que se considera que es lo mejor para el paciente. Hay autores, como G. Dworkin, que a estos casos, en los que existe un acuerdo previo, no les llaman Paternalismo sino Beneficencia Negociada<sup>138</sup>.

El mismo autor, buscando la esencia del Paternalismo, aquello que lo caracteriza entre otras formas de relación, lo define como la interferencia con la libertad de acción de una persona. Encuentra justificación a esta actuación por razones de salud, necesidad o respeto de otros valores<sup>139</sup>. Siguiendo en esta línea de determinar su esencia, también Culver y Gert<sup>140</sup> piensan que el Paternalismo implica la violación de una regla moral (la del respeto por la libertad del paciente) y exigen que haya siempre una justificación a esta violación. Childress<sup>141</sup>, en cambio, más que insistir en la coerción, amplía el concepto de Paternalismo hasta la “interferencia con los deseos” del paciente.

Hay quien ritiene justificado un comportamiento paternalístico del médico cuando se cumplen determinadas circunstancias<sup>142</sup>:

<sup>138</sup> Cfr. Dworkin G., *Paternalism*, Wadsworth Publishing Co., Belmont 1971, pp. 107-126.

<sup>139</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 110.

<sup>140</sup> Culver C. M., Gert B., *Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York 1982, pp. 126-135.

<sup>141</sup> Childress J., *Who should decide? Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York 1982, p. 13.

<sup>142</sup> Cfr. Iandolo C., *Introduzione all'etica clinica*, en Barni M., *Il Modello deontologico nel rapporto medico-malato*, ob. cit., p. 140.

- El diagnóstico es seguro.
- La probabilidad de éxito es elevada.
- Los riesgos son mínimos.

En estos casos, afirma el autor, el médico podría ignorar los deseos del enfermo pues éste, una vez curado, estará agradecido al propio médico por haber ignorado, en su momento, sus deseos.

Pensamos que no es necesario entrar a este debate sobre el punto concreto de interferencia con la libertad que se da en el Paternalismo. Para el interés de nuestro estudio consideramos suficiente la definición que nos proporcionan Pellegrino y Thomasma: “decisión médica, tomada por el bien del paciente, sin su pleno consentimiento”<sup>143</sup>. En este Modelo se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento del mismo, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico considera que es lo mejor.

Una vez vista la definición del Paternalismo y sus modalidades, se pueden señalar, a grandes rasgos, tres escuelas en cuanto al modo de enfrentarse con el Paternalismo:<sup>144</sup>

- a. Paternalismo amplio: defienden este modo de actuar cuando hay que proteger a la persona de sus propios actos si estos son de alto riesgo para el propio paciente, cuando no actúa por su interés objetivamente reconocido o cuando tienen un efecto irreversible.
- b. Paternalismo limitado: este caso justifica la actuación médica sin el consentimiento del enfermo, sólo cuando los males que se derivan de usarlo son menores que los males que se derivan de no utilizarlo.
- c. Antipaternalismo: hay quien no ve una justificación para este modo de actuar en ningún caso.<sup>145</sup>

Antes de pasar a analizar las causas que han contribuido al abandono casi unánime de este Modelo en la práctica médica actual, nos parece conveniente detenernos brevemente a reflexionar si el Paternalismo ha sido el Modelo más adecuado al tipo de sociedad que le ha tocado, si ha habido alguna alternativa a este modo de relación o si cabría aplicar un Modelo de total autonomía del enfermo en épocas anteriores al siglo XX. Nos parece que, con lo estudiado en el capítulo 1 respecto a la historia del Consentimiento Informado, tenemos elementos suficientes para ahorrarnos un juicio condenatorio a este Modelo de relación médico-paciente. Otro tema es que, hoy día, esté justificado o no, pero esto es otro argumento. Un error frecuente de nuestros días consiste en juzgar cada realidad fuera de su respectivo marco histórico y caer en la condenación genérica de todo lo anterior a lo nuestro, como lo reconoce C.S. Lewis cuando, haciendo autocrítica, escribía: “todavía tenía el orgullo cronológico de mi época y utilizaba el nombre de épocas anteriores como vituperio”<sup>146</sup>. No podemos

---

<sup>143</sup> Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the Patient's Good*, ob. cit., p. 7.

<sup>144</sup> Cfr. *Encyclopedia of Bioethics*, ob. cit., p. 1196

<sup>145</sup> Cfr. Feinberg J., *Legal Paternalism*, en “Canadian Journal of Philosophy”, n. 1, 1971, pp. 105-124.

<sup>146</sup> Lewis C. S., *Cautivado por la alegría*, Encuentro, Madrid 1989, p. 212.

olvidar los aspectos positivos que este Modelo ha proporcionado a la Medicina y a la correcta relación médico-paciente.

### **b- Causas del abandono de este Modelo**

Son muchas y muy complejas las causas con las que se ha tratado de explicar el abandono y, consecuentemente, el rechazo del Modelo Paternalista. Vamos a intentar individualizar alguna de ellas:

#### **1. La Filosofía Política y la Ética de los Derechos Individuales**

Desde la Declaración Universal de los Derechos del Hombre promulgada en 1948 por la ONU, se ha desarrollado muchísimo el campo de la defensa de los derechos, tanto a nivel político, laboral y social, como también respecto a la salud.

Los nuevos modelos filosóficos derivados del humanismo y del racionalismo han destacado la centralidad del hombre y su autonomía personal. Después de siglos de opresión externa han conseguido encerrar al hombre en sí mismo. El conocido “efecto péndulo” lo encontramos también en este caso, aplicado a muchos valores. Antes se consideraba al hombre como un ser necesitado de la salud, hoy día, en cambio, se habla del derecho del hombre a esa misma salud. Este clima de reivindicación de todo lo que rodea al hombre, favorece el pensamiento de que el hombre es dueño absoluto de su cuerpo.

La aparición de los derechos del enfermo coincide con un profundo cambio a la hora de entender las relaciones médico-paciente, debido a varios factores<sup>147</sup>:

-El creciente descontento hacia unas relaciones de dependencia, del enfermo respecto al médico, en las que el enfermo perdía su condición de persona adulta.

-El deterioro de la imagen del médico al transformarse en un técnico, administrador y expendedor de tecnología y farmacopea. Coincide este hecho con la pérdida del contacto y el compromiso interpersonal, al hacerse el médico un asalariado con carácter “funcional”, al que pueden exigírsele las prestaciones por las que el enfermo paga.

-El aumento de los costos de acceso a la Medicina Hospitalaria que la hacen selectiva, limitando el número de pacientes acogidos por ella.

-La tendencia a considerar al paciente como un consumidor de servicios médicos por los que cotiza y a los que tiene derecho; servicios que exige (ya no los solicita), en términos de máxima calidad.

Consecuentemente, el enfermo toma conciencia de que es sujeto de unos derechos y deberes concretos como usuario de estos servicios sanitarios.

En este ambiente que hemos descrito brevemente, hablar de Paternalismo médico, pensar en que un médico pueda actuar sobre una persona sin su pleno consentimiento, es casi imposible.

---

<sup>147</sup> Cfr. Villalaín Blanco J.D., *Los derechos del enfermo*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 24, 1995, pp. 462.

## **2. Elevación del nivel de instrucción**

En el capítulo anterior hemos comentado la importancia de la instrucción cultural de la población a la hora de recibir la información por parte de los médicos. Esta diferencia entre la instrucción de la población y la del médico ha ido acortándose a lo largo de la historia, pudiéndose distinguir tres etapas en esta evolución:

**a.** Hasta la edad moderna: es lo que llamamos época precientífica. El conocimiento médico era muy limitado y poco científico, la capacidad curativa del médico residía más en su personalidad y capacidad de persuasión, que en su ciencia. El paciente debía confiar ciegamente en la persona del médico y no se preguntaba por la validez científica de los tratamientos.

**b.** Desde la edad moderna hasta mitad de siglo XX: es lo que se llama la época científica. Se comienza a estudiar la Medicina basada en causas y efectos que se pueden experimentar. Los médicos poseen un conocimiento técnico al que la población todavía no tiene acceso, por lo que los pacientes siguen confiando plenamente en la ciencia del médico.

**c.** Desde mitad del siglo XX: comienza la llamada época de la comunicación. La ciencia médica se transmite a todos los hogares a través de la prensa, la radio y la televisión. Los pacientes empiezan a tener elementos de juicio para valorar las capacidades de los médicos. Hoy día un paciente normal tiene un cierto grado de conocimiento sobre su enfermedad, las técnicas de diagnóstico y tratamiento, los efectos secundarios, etc., tiene, en definitiva, un conocimiento más científico y racional de su enfermedad, y por tanto, sabe que su voluntad, su capacidad de decidir, tiene una importante función en el proceso de la curación. Se ha ido cerrando poco a poco el abismo cultural que existía antiguamente entre médico y enfermo, y cada vez caben menos las actitudes paternalistas.

## **3. La conciencia de la gente sobre las posibilidades y riesgos de la tecnología médica**

Es una consecuencia del apartado anterior. Cuando la persona es consciente de los riesgos y beneficios de una determinada intervención, cuando sabe que hay posibilidad de elegir entre varias alternativas con diferentes riesgos exige, en base a su derecho de autodeterminación, que se cuente con su voluntad a la hora de tomar una decisión. Ya no es solamente el médico quien decide lo que es bueno para el enfermo, sino que el propio paciente, con la información técnica que recibe por parte del médico, es quien conoce mejor y decide cuál es el bien que le interesa. El paciente exige una participación en la decisión, como consecuencia lógica de que se está tratando sobre un tema de su interés.

## **4. Generalización de los sistemas democráticos**

Hasta la aparición de las democracias modernas, las personas singulares estaban acostumbradas a obedecer, a realizar lo que el superior mandaba. La

extensión de los modelos políticos democráticos a otras esferas de la vida del ciudadano, han hecho que éste tome conciencia de que puede y debe influir en muchas de las situaciones que le afectan directa o indirectamente. Una de estas situaciones es su salud. El paciente no acepta imposiciones unilaterales en las materias que le afectan directamente. El paciente acude al médico como un consumidor de servicios, por lo que exige la misma calidad que cuando paga otro tipo de servicio<sup>148</sup>.

## 5. Crisis del valor de la autoridad

Hoy día la juventud se educa habiendo disminuido el valor de la autoridad paterna, por lo que es evidente que no aceptarán en un futuro la autoridad del médico, aunque las funciones de ambos, padres y médicos, estén encaminadas al bien de la persona.

Es posible que se puedan encontrar más factores para explicar la caída y abandono del Modelo Paternalista en nuestros días, pero pensamos que los descritos anteriormente lo explican suficientemente.

### c- Críticas al Modelo Paternalista

-En cuanto al Paternalismo Fuerte, la crítica es bastante unánime pues:

a. Viola el principio de actuar siempre de acuerdo con la voluntad del paciente.

b. Viola el objeto fundamental de la Medicina, que consiste en la curación del enfermo. La violación de la justa autonomía de una persona, no sólo no cura a esa persona, sino que crea una nueva herida a la naturaleza humana.

-En cuanto al Paternalismo Débil, muchas veces el problema está en pretender aplicar a la totalidad de los casos un modelo válido solo en unos casos concretos que, además, suelen ser los casos extremos. Es lo que sucede, por ejemplo, en el caso en que una intervención es necesaria (aunque no vital) y está médicamente justificada y, en cambio el paciente se niega a la misma apoyando sus razones en el respeto a su libertad y en el miedo a ser sometido a una anestesia. En este caso estaría justificada una actuación médica destinada a “presionar” al paciente por su propio bien (Paternalismo débil), a base de una mejor información, un apoyo psicológico especial, un trato humano más cercano, etc., que consigan un consentimiento por parte del paciente. De todos modos, si el paciente sigue alegando sus principios para negarse a la intervención, en ningún modo se podría forzar el tratamiento, debiendo transmitir al paciente la responsabilidad que asume al negarse.

Esta actuación paternalística débil, en un caso límite, no puede extenderse a todo caso en el que un paciente rechaza el tratamiento que el médico propone, pues como hemos dicho, el médico muchas veces no conoce todos los factores para juzgar qué es lo mejor para cada paciente en cada caso. En los casos sencillos, normalmente se identifica lo que el médico considera que es mejor para el paciente con lo que piensa el propio paciente. El

---

<sup>148</sup> Cfr. Marzuk P.M., *The right kind of Paternalism*, en “New England Journal of Medicina”, n. 313, 1985, pp. 1474-1476.

problema se da en los casos complejos, donde otros factores como los sociales, familiares, económicos, etc., pueden hacer muy difícil al médico la determinación de lo que es mejor para el enfermo.

Pensamos que la actuación según el Paternalismo débil que hay que estudiarla caso por caso, con prudencia, y sabiendo conjugar, tanto el respeto de la libertad del enfermo, como las normas que están por encima de esta libertad, como el respeto de la vida o la integridad física.

#### **d- Paternalismo y Consentimiento Informado**

Con lo que hemos estudiado y entendemos hoy día por Consentimiento Informado, se puede pensar que éste no tiene cabida dentro de un Modelo Paternalista fuerte pues, precisamente, lo que caracteriza a este Modelo es la actuación sin el consentimiento del enfermo, pero en el Paternalismo débil sí cabe un cierto consentimiento, por lo menos implícito. De todos modos no es tan aventurado hablar de Consentimiento Informado dentro del Paternalismo pues, siguiendo el esquema de la *Encyclopedia of Bioethics*<sup>149</sup>, hay dos modos de entender el Consentimiento Informado:

-Desde el punto de vista del paciente: como garantía de su autonomía. Los modelos de relación que absolutizan el Principio de Autonomía del paciente entienden el Consentimiento Informado exclusivamente en este sentido. El Paternalismo, tal como lo hemos estudiado hasta ahora, no cuenta con la autonomía del enfermo.

-Desde el punto de vista del médico: como protección a los pacientes de los daños que les pueden acontecer. En este sentido, en cuanto que busca el bien del enfermo y /o evitarle un daño, sí cabe hablar de Consentimiento Informado dentro del Paternalismo.

El problema surge cuando estas dos formas de entender el Consentimiento Informado entran en conflicto, pues muchas veces para evitar un daño se limita la autonomía del enfermo.

Otro punto importante se encuentra a la hora de determinar la capacidad del paciente de expresar un consentimiento válido. Como ya hemos visto en el capítulo anterior hay muchas circunstancias en las que el paciente no está en condiciones, por lo que el médico tiene que actuar de acuerdo con la familia o los responsables legales, siempre en interés del paciente.

### **3. El Modelo de la Autonomía**

Este Modelo ha surgido, a partir de mitad de siglo XX, como reacción al Paternalismo precedente, y se basa en la absolutización del ya descrito Principio de Autonomía en lo que se refiere a la relación médico-paciente. Pone la autodeterminación del paciente como primer Principio que debe respetar el médico.

---

<sup>149</sup> Cfr. Beauchamp T.L., *Paternalism*, en *Encyclopedia of Bioethics*, ob. cit., pp. 1199-1200.



### **a- Concepto de Autonomía**

Pensamos que, antes de entrar en el análisis de este Modelo, es conveniente repasar brevemente el concepto de autonomía y cómo la entienden dos de los autores que más han influido filosóficamente en su aplicación.

El término autonomía, como es bien sabido, deriva de las palabras griegas *autos* (mismo) y *nomás* (ley): “autoleislación” o “darse a sí mismo la ley”. En el sentido ético, autonomía es la obediencia a una ley que procede de la intimidad propia y es independiente de toda ley que venga de fuera.

Para Kant, el término autonomía se convierte en el eje de su teoría moral, en cuanto que propone el yo como fuente legítima de la moralidad a través del deber<sup>150</sup>. La autonomía aparece en el concepto kantiano, como una intelección inmediata de lo bueno y de lo malo, ajena a toda referencia a algo exterior y objetivo. Es la proclamación de un antropocentrismo absoluto o de un individualismo ético.

En cambio, Max Scheler tiene una concepción de la autonomía como un predicado de la persona en cuanto que persona<sup>151</sup>. Diferencia dos tipos de autonomía: la *autonomía de la intelección* de lo bueno y de lo malo, y la *autonomía del querer* lo dado como bueno y como malo. En ambos casos, subyace la afirmación de que sólo adquieren valor moral los actos de una persona autónoma. La autonomía opera sólo como el presupuesto indispensable para que una persona conquiste un rango ético y para que sus actos le sean imputables.

De la autonomía de la persona, Max Scheler extrae dos conclusiones:

**a-** Solidaridad moral de las personas. No se puede hablar de autorresponsabilidad sin que ésta se fundamente sobre la corresponsabilidad. Todos los seres morales forman una comunidad interna. Scheler armoniza lo individual y lo social, basándose en tres Principios:

1. La esencia de cada persona está abierta a un tú y a una comunidad de personas.
2. Existe una autonomía de la intelección y una autonomía del querer, que hace posible una cierta imputabilidad de la acción moral a una persona diferente de quien realizó la acción.
3. Todos los actos sociales están regidos por un principio formal de reciprocidad y equivalencia: el amor reclama esencialmente otro amor; la promesa, la aceptación; la orden, la obediencia, etc.

**b-** Valor moral de los actos de obediencia: el discernimiento adecuado, autónomo e inmediato de lo que es *bueno* implica “necesariamente” un querer autónomo de lo que es captado como bueno; pero el querer autónomo no implica necesariamente la plena intelección de lo que se da en ese querer como bueno. En los casos de obediencia, aunque falte la intelección autónoma, no son actos realizados por contagio o sugestión,

---

<sup>150</sup> Cfr. Kant E., *Obras Completas*, en Nuñez García J., *Las seis versiones de la Bioética*, en “Persona y Bioética”, n. 4, 1998, p. 28.

<sup>151</sup> Cfr. Vázquez Fernández F., voz *Autonomía* en *Gran Enciclopedia Rialp*, Tomo III, Madrid, 1989, pp. 463-464.

porque el que obedece distingue esencialmente entre el querer propio y el ajeno. Para Kant, en cambio, toda obediencia es un querer forzado.

Estas dos conclusiones que extrae Max Scheler de la forma de entender la autonomía, pensamos que son muy importantes a la hora de estudiar los problemas que hemos planteado en el primer capítulo: las relaciones entre médico y paciente, la capacidad de intelección del bien por parte del enfermo, la posibilidad de “obedecer autónomamente” al médico, etc., como veremos más adelante.

En el contexto del liberalismo, la autonomía se presenta como un ámbito abierto a las posibilidades individuales de actuación frente a la acción del Estado, actuación que se justifica por un cuerpo independiente de principios derivados de una moral utilitarista, deontológica, procedimental, o de otro tipo, sobre los que se asienta el orden social<sup>152</sup>.

Esta doctrina liberalista admite, en ciertos casos, la intromisión en “los derechos del otro”, como lo expone el propio Stuart Mill<sup>153</sup>, cuando pone el ejemplo de una persona que, sin saberlo, va a atravesar un puente inseguro. En este caso sería lícito impedirselo, pues se da por supuesto que si esa persona tuviera la información sobre la inseguridad del puente, no lo habría cruzado. La justificación teórica de esta interferencia con la libertad la basa en el concepto de “voluntariedad o consentimiento del sujeto pasivo”, mediante al cual, el valor de la autonomía personal se puede proyectar sobre estas actuaciones ajenas, y salvar de este modo la presunción inicial de libertad que lo funda. Siguiendo con las teorías del liberalismo, es también Stuart Mill quien sostiene que una persona no puede interferir con la libertad de los otros, a menos que estos causen daño a los demás o actúen por ignorancia<sup>154</sup>. Vemos como, en el momento de la aplicación práctica, hasta los defensores más acérrimos de los modelos liberales, tienen que reconocer un cierto límite a la autonomía personal. Límite que es evidente para todos cuando se considera la persona como individuo social, y que es claro para quienes consideran la persona como ser trascendente.

## **b- Descripción del Modelo**

Este Modelo de relación médico-paciente se ha introducido en las últimas décadas, profundamente enraizado en las teorías del liberalismo. Un claro ejemplo de como se ha ido introduciendo el Principio de Autonomía en la práctica, en Italia, lo pone A. Bompiani: “Se dice que el complejo de reglas contenidas en el artículo n. 2 de la Constitución y en el artículo n. 5 del Código Civil, en definitiva aseguran, en líneas generales, el Principio de respeto de la dignidad de la persona humana en la actividad sanitaria. Pero hay que reconocer que, durante muchos años, el artículo 32 de la Constitución ha sido considerado de valor meramente programático. A partir de 1979, la jurisprudencia ha considerado el derecho a la salud como

---

<sup>152</sup> Cfr. Díaz Pintos G., *Interferencias legales en la autonomía del paciente: las imprecisas fronteras del derecho*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1995, pp. 1147-1173.

<sup>153</sup> Cfr. Stuart Mill J., *Sobre la libertad*, Alianza Editorial, Madrid 1988, p. 182.

<sup>154</sup> Cfr. *Idem*, *El Utilitarismo*, Alianza Editorial, Madrid 1984, p. 47.

fundamental del individuo, configurándolo como primario y absoluto, plenamente operante también en las relaciones entre privados. Esta evolución jurisprudencial ha valorizado cada vez más el Principio de Autonomía del sujeto”<sup>155</sup>.

Según este Modelo, un acto médico es moralmente aceptable, no tanto porque procura el bien del enfermo, sino porque deriva de una elección libre por parte del mismo enfermo. Considera la autonomía del paciente como un bien en sí mismo, independientemente de que la decisión autónomamente tomada comporte un beneficio o no al paciente<sup>156</sup>. En este Modelo, la información que el médico proporciona al paciente no tiene otro significado que el permitir al paciente realizar su propia elección, también si ésta pudiera no ser razonable a su propia condición clínica<sup>157</sup>.

Dworkin interpreta la autonomía en un doble nivel: Independencia (libertad de acción) y Autenticidad (actuación por motivos propios)<sup>158</sup>. En esta línea, Cassell define el verdadero objeto de la Medicina como el restablecimiento de la autonomía del paciente<sup>159</sup>.

En el capítulo anterior, al estudiar el nacimiento de la Bioética en base a los Principios, ya contemplamos el Principio de la Autonomía. Viafora lo define como “el Principio que regula las demandas éticas del paciente que, en base a su dignidad de sujeto, tiene el derecho a decidir autónomamente si acepta o rechaza aquello que se pretende hacer sobre él, bien sea en sentido diagnóstico o terapéutico”<sup>160</sup>. En la práctica, este Modelo deriva directamente de la concepción principialística de la Bioética, que deja a un lado las concepciones morales del bien y del mal, y valora las acciones en base a criterios procedurales, “moralmente asépticos”.

### **c- Causas del desarrollo del Modelo de Autonomía**

En el apartado anterior hemos estudiado las causas que explican la caída del Modelo Paternalista. Dado que el Modelo de la Autonomía surge, a partir de la mitad de siglo XX, como una reacción frente al Paternalismo<sup>161</sup>, las causas de la caída de aquel explican también, en parte, el nacimiento de éste. Se pueden agrupar en cinco:

---

<sup>155</sup> Bompiani A., *Il principio dei diritti umani nella normativa sanitaria italiana*, en “Rivista di Teologia Morale”, n. 124, 1999, pp. 521-544.

<sup>156</sup> Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato: Un'indagine conoscitiva in cardiologia*, ob. cit., p. 955.

<sup>157</sup> Cfr. Spagnolo A., *Testamenti di vita*, en Bompiani A. (a cura), *Bioetica in Medicina*, ob. cit., p. 342.

<sup>158</sup> Cfr. Dworkin G., *Autonomy and Behavior Control*, en “Hastings Center Report”, n.1, 1976, pp. 23-28.

<sup>159</sup> Cfr. Cassell E. J., *The Function of Medicine*, en “Hastings Center Report”, n. 7, 1977, pp. 16-19.

<sup>160</sup> Viafora C., voz *Principi della Bioetica*, en *Dizionario di Bioetica*, Leone S., Privitera S. (A cura), ob. cit., p. 740.

<sup>161</sup> Cfr. Laín Entralgo P., *La medicina Hipocrática*, en “Revista de Occidente”, n. 2, 1970, pp. 342-356.

## **1. Extensión de la democracia a todas las esferas de la vida civil**

El lícito deseo de participar activamente en todos los campos decisionales de la vida influye también en algo tan personal como la propia salud. Esta actitud choca frontalmente con la tradicional autoridad, reserva y exclusivismo de algunas profesiones como la Medicina, la abogacía...

## **2. La mejoría del nivel de instrucción y divulgación de los conocimientos**

Ya hemos estudiado antes como, la entrada en la edad de la comunicación, hace que la diferencia de conocimientos que existía entre médico y paciente haya disminuido. Además, la gente es consciente de que las decisiones que el médico toma influyen de modo notable en sus vidas y que estas decisiones implican siempre la elección de una serie de valores.

## **3. El pluralismo moral**

En las sociedades con cierta uniformidad moral, como puede ser la de Europa hasta hace pocas décadas, el paciente daba por supuesto que el médico tenía la misma concepción del bien y el mal que uno mismo. Normalmente el médico era puesto como garante de la moralidad y las buenas costumbres, era considerado un modelo. La relación que se establecía entre médico y enfermo estaba basada en la mutua confianza y en que ambos se dedicaban con todas sus fuerzas a la obtención de un bien considerado idéntico por ambas partes, un bien objetivo. La importancia de la integridad moral del médico ha sido puesta de relevancia por muchos autores pero, en relación con el Consentimiento Informado, pensamos que es interesante destacar el estudio de Gillett<sup>162</sup>, quien destaca la influencia que tiene la moralidad del médico sobre la confianza que genera en el paciente.

A partir de la mitad de siglo XX y sobre todo, a causa de determinados abusos por parte de la clase médica, se comienza a perder la visión idealista que existía ante el médico y se le puede empezar a ver con un cierto grado de desconfianza, como un posible enemigo. Ya no se confía en que tenga los mismos ideales que uno mismo, sino que se investiga antes, se exige el respeto de la propia autonomía, se toma una actitud defensiva.

## **4. Relativismo moral y pérdida del sentido del absoluto moral**

La fuerte corriente del relativismo filosófico ha influido mucho sobre la conciencia moral del individuo que no acepta la norma impuesta desde fuera, no acepta la posibilidad de la existencia de un Bien objetivo que ordene de alguna forma las decisiones libres, no acepta la posibilidad de hacer compatible la obediencia con la libertad, etc. Hoy día se exige el

---

<sup>162</sup> Cfr. Gillett G. R., *Informed Consent and Moral Integrity*, en "Journal of Medical Ethics", n. 15, 1989, pp. 117-123.

respeto de la propia autonomía por encima de todo. Cada uno tiene su opinión respecto al bien general y su bien en particular, por lo que exigen un respeto absoluto para esa autodeterminación.

Según Spaemann<sup>163</sup>, el relativismo ético equivale a la negación de la posible validez del enjuiciamiento ético en general, pues si la elección de unos estándares que permiten llamar bueno o malo a algo no puede ser, a su vez, buena o mala, sino arbitraria, o bien tan sólo históricamente determinada, entonces el empleo de tales predicados no tiene sentido alguno. Continúa, poniendo el ejemplo de Himmler: si éste festejaba como un acto moral la aniquilación de los judíos y nosotros reprobamos la elección de estándares en la que se basa dicho juicio, con dicha reprobación no estamos queriendo decir simplemente que hoy optamos por otros estándares, sino más bien que optar por otros estándares es mejor, y que también hubiera sido mejor para Himmler. Si no queremos decir esto, entonces no podemos hacer plausible en absoluto la razón por la cual uno debe tener en general estándares éticos, y no simplemente hacer lo que le dé la gana.

## **5. Las transformaciones institucionales y políticas**

Se ha pasado de una atención médica personalizada, del antiguo médico de familia, a un modelo de seguro social, mucho más despersonalizado donde, a causa de la búsqueda de la eficiencia, se ha perdido en muchos casos la esencia de la relación. Los programas sanitarios nacionales de corte fuertemente asistencial, inducen al paciente a tener una mentalidad más protectora de sus propios derechos. Antiguamente el paciente “sólo tenía que defenderse” ante el médico, hoy día debe protegerse de la enorme máquina burocrática.

### **d- Críticas al Modelo de la Autonomía**

Antes de entrar a estudiar las críticas que se han realizado frente a este modelo, es de justicia destacar que, gracias a éste, se ha dado un enorme paso adelante en el respeto del paciente y sus derechos, se ha salido de una situación de frecuente abuso paternalista, se ha dado un marco legal de protección al sujeto de experimentación, etc.

Como suele ocurrir con frecuencia, la primera crítica la encontramos cuando analizamos la filosofía en la que se apoya este Modelo, pues una filosofía individualista no puede analizar con realismo la complicada relación que se establece entre el médico y el paciente. Las decisiones médicas se toman en un marco de bilateralidad, por lo que la actitud individualista y subjetivista no puede describir el amplio campo de acción de este fenómeno.

Otra dificultad, de tipo práctico, se nos aparece evidente cuando pensamos que la autonomía del enfermo a la hora de dar el consentimiento para una actuación médica depende, en gran medida, de la información que haya recibido previamente del médico. En este sentido, dado que el médico no

---

<sup>163</sup> Cfr. Spaemann R., *Progreso en la medicina y ethos profesional del médico*, Conferencia pronunciada en la Universidad Católica de Santiago de Chile, con motivo de la concesión del Doctorado *Honoris Causa*, 1998, pp. 3-4.

puede dar una información totalmente aséptica y libre de impresiones subjetivas, el consentimiento siempre dependerá, en alguna medida, de la personalidad y de la intencionalidad del médico que le haya dado la información. En la práctica, es casi imposible conseguir una absoluta autodeterminación del paciente, pues al ser la parte más débil, siempre depende del médico. Es lo que describe Morris cuando afirma que “para poder tomar una decisión autónoma, el agente debe poseer conocimiento”<sup>164</sup> y, dado que ese conocimiento le llega “filtrado” por el médico, no puede ser verdaderamente autónomo en la mayoría de las ocasiones.

Otro límite práctico se encuentra en que el Modelo de la Autonomía no presta la atención suficiente al impacto que la enfermedad tiene sobre el paciente y cómo afecta su capacidad de tomar decisiones. Es una experiencia común que muchos pacientes rechazan el uso de su derecho de autodeterminación en cuanto se les plantea una alternativa o disyuntiva terapéutica. El temor, la inseguridad, la ignorancia, etc., hacen que los pacientes, a pesar de haber recibido una correcta información respecto al diagnóstico, tratamiento posible, alternativas y riesgos, se sientan abrumados y dejen en manos del médico la decisión final, confiando en que ésta sea favorable para el interés propio.

De todos modos, el que el paciente confíe la decisión al médico no quiere decir que anule o descargue totalmente la responsabilidad que tiene. El miedo u otras pasiones, no anulan la responsabilidad del acto de tomar una decisión, aunque la pueden disminuir<sup>165</sup>.

Parece que a los defensores del Modelo de la Autonomía les cuesta reconocer la situación de inferioridad, en el plano de la relación médico-paciente, en que se encuentra el paciente: es como si pensarán que reconocerse necesitados de la ayuda del médico fuera un atentado contra su libertad o su autodeterminación. Bradley critica este modo de pensar cuando afirma: “sostienen (los defensores de este Modelo) que entre médico y enfermo hay una relación de igualdad, ignorando el hecho de que la enfermedad hace al paciente potencialmente vulnerable respecto a su médico”<sup>166</sup>. En el fondo, existe una confusión entre la igualdad ontológica y la igualdad funcional. El hecho de estar enfermo no disminuye para nada la dignidad ontológica de la persona, pero sí coloca al paciente en una situación de “desigualdad funcional” ante el médico, pues acude a éste como una persona necesitada de ayuda.

Otro límite práctico nos lo muestra Dyer cuando, analizando el trato con los pacientes psiquiátricos, evidencia la importancia del Consentimiento Informado como modo de salvaguardar sus derechos, pero destacando también que el Principio de Autonomía no cubre las necesidades de estos

---

<sup>164</sup> Morris J.F., *Which Principle: Autonomy or Respect?*, en “Ethics & Medics”, n. 4, 1998, pp. 3-4.

<sup>165</sup> Cfr. García de Haro R., *La Vida Cristiana*, Eunsa, Pamplona 1992, p. 338.

<sup>166</sup> Bradley P., *A Response to the March 1979 Issue of the Journal of Medicine and Philosophy*, en “Journal of Medicine and Philosophy”, n. 3, 1980, p. 213.

pacientes<sup>167</sup>. Este mismo límite se puede extender a los demás casos en los que está limitada la capacidad de autodeterminación del paciente (niños, ancianos, dementes, etc.).

Los defensores de este Modelo, después de manifestar la preeminencia del Principio de Autonomía, reconocen la existencia de los otros Principios clásicos de la Bioética (no Maleficencia, Beneficencia y Justicia). Respecto a la Beneficencia, sólo admiten la existencia del primer nivel, es decir, el Principio de la no Maleficencia. Nosotros pensamos que la función del médico debe ir más allá del simple no hacer daño, no se puede quedar en el cumplimiento de una serie de normas procedurales pactadas de antemano.

La relación médico-paciente basada en un Modelo puramente contractual, se inspira más en el criterio de respetar las prestaciones establecidas a modo de contrato, que en la confianza mutua. De esta forma, el enfermo se encuentra sin una figura estable que le sirva de referencia, se encuentra ante una enorme máquina sanitaria más grande que él y de la que no conoce su funcionamiento. A los ojos del paciente el médico se encuentra con que ha perdido gran parte de la credibilidad que tenía el modelo anterior y se enfrenta con el difícil problema de lograr una igualdad jurídica a partir de una desigualdad en la relación. Este conflicto crea un clima de desconfianza, y a veces de sospecha, que no ayuda al ejercicio de una Medicina humanizada<sup>168</sup>.

No cabe ninguna duda de que existen valores superiores al de la propia autodeterminación, como por ejemplo, el valor de la vida, que ordenan a los demás valores. Diversas Cortes y Tribunales, entre ellos el propio Tribunal Constitucional Español, lo han reconocido así, cuando afirma que el bien de la vida, en su dimensión objetiva, es el “valor superior del ordenamiento jurídico constitucional” y “supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”<sup>169</sup>.

Como hemos visto en el apartado anterior, este Modelo tiene sus orígenes en el movimiento de defensa de los derechos del hombre, y esto hace que no se tenga en cuenta la consideración ontológica de las relaciones médico-paciente, provocando que se traslade un modelo de lucha, lícito en muchos campos del derecho, al escenario de la Medicina, donde se corre el riesgo de enfrentar al médico con el enfermo, como si fueran adversarios en vez de colaboradores. Si se considera el acto médico como un simple gesto técnico o científico, se pierde gran parte del contenido trascendental de la relación. Es lo que afirma Niederleytner: “el papel del médico no se reduce al de un mero ejecutor, sino que es portavoz de valores trascendentales”<sup>170</sup>.

---

<sup>167</sup> Cfr. Dyer A., *Informed Consent and the Psychiatric Patient*, en “Journal of Medical Ethics”, n. 13, 1987, pp. 12-16.

<sup>168</sup> Cfr. Cattorini P., Reichelin M., *Rifiuto delle terapie: aspetti etici*, en Bompiani A. (a cura), *Bioetica in Medicina*, ob. cit., pp. 300-303.

<sup>169</sup> Tribunal Constitucional Español, *Sentencia 53/85*, BCJ, 1985.

<sup>170</sup> Niederleytner A., *El futuro del hombre ante el avance científico*, en *Dignidad y Progreso: nuevas formas de solidaridad*, Ed. Universidad Complutense, Madrid 1988, p. 240.

Esta visión, lejos de parecer pesimista, nos tiene que hacer reflexionar sobre los muchos casos de abuso de poder por parte de los médicos, de los excesos que han cometido, aprovechándose de la confianza de los pacientes, en beneficio personal, etc., pero no podemos olvidar que existen muchos médicos que están motivados por una ética de sentimientos de empatía y de empeño por servir al enfermo<sup>171</sup>.

Hasta ahora hemos visto los principales límites, tanto prácticos como teóricos, del Modelo de la Autonomía. Siguiendo con el hilo argumental de Pellegrino y Thomasma<sup>172</sup>, los agruparemos en tres dimensiones:

### **1-Límites de contexto:**

Se refieren a la gran cantidad de casos en los que los pacientes no están en condiciones de dar un consentimiento válido, bien por un defecto en la capacidad intelectual o en la volitiva. En estos casos, de acuerdo con la familia o representante legal -que es quien expresará el correspondiente consentimiento- hay que actuar buscando el bien, es decir, proteger su vida o prevenir un posible daño.

En esta dimensión también se encuentran los casos de atención médica de urgencia<sup>173</sup> donde, en base al Principio de necesidad, no se cuenta con el consentimiento del paciente. En estos casos se sigue el Principio de Beneficencia: hacer lo mejor para el enfermo.

La gran variabilidad de circunstancias personales es la que limita la validez universal del Modelo a la Autonomía.

### **2-Límites existenciales:**

Muchos autores han descrito el impacto que la enfermedad supone en la capacidad de autodeterminación de los pacientes<sup>174</sup>, por este motivo, el Principio de Autonomía no puede ser considerado como el valor absoluto al cual se ordenen todos los demás Principios de la Bioética. No se puede dejar de considerar que la autonomía del enfermo es un bien -nadie duda de ello- y por tanto se puede y se debe incluir dentro de los fines del tratamiento, pero sin excluir ni solapar los demás fines.

### **3-Límites conceptuales:**

Un problema del Modelo de Autonomía es que ha sido planteado conceptualmente en oposición al Modelo Paternalista, por lo que, ni uno ni otro, acaban de describir de modo adecuado el conjunto de normas éticas que regulan la relación médico-paciente.

---

<sup>171</sup> Cfr. Thomasma D.C., *The Basis of Medicine and Religion*, en "Linacre Quarterly", n. 2, 1980, pp. 142-150.

<sup>172</sup> Cfr. Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *For the Patient's Good*, ob. cit., pp. 16-22.

<sup>173</sup> Cfr. Racht-Darfeuille V., *L'Obligation d'information: dialogue entre un juriste et un médecin*, en "Medicine de l'homme", n. 238, 1998, pp. 4-7.

<sup>174</sup> Cfr. Soffer A., *Searching Questions and Inappropriate Answers*, en "Archives of Internal Medicine", n. 142, 1982, pp. 1117-1118.



Hemos estudiado en el primer capítulo, como este Modelo se fraguó en el ámbito de la experimentación. En este caso, la relación que se establece no es de médico-enfermo, sino de investigador-voluntario, y el objeto inmediato de esta relación ya no es el bien del sujeto individual, sino un bien menos inmediato y más abstracto. En estos casos de relación investigador-voluntario, el Modelo de la Autonomía es donde tiene su mayor vigencia, aunque siempre supeditado al respeto del bien superior de la vida, quedando el Principio de la Beneficencia limitado a la no Maleficencia.

El problema se plantea cuando se ha querido trasladar este Modelo a la práctica clínica, a la relación médico-paciente, donde entran en juego elementos que están por encima del derecho del paciente. Como señala Carrasco de Paula, “debemos considerar los bienes parciales no por sí mismos, sino en función del bien total de la persona”<sup>175</sup>. El mismo autor cuestiona los principios basados en la autonomía a ultranza, pues afirma que los valores humanos, defendidos por el Modelo de la Autonomía, sólo tienen sentido como resultado de un consenso entre médico y paciente.

Realizando un análisis crítico de los Modelos éticos que absolutizan la libertad, Tettamanzi afirma que, según estos Modelos, el bien no está determinado por lo que el hombre hace o deja de hacer, sino por “cómo” lo hace, donde el “cómo” equivale a libremente. La bondad de la acción depende, en último grado, de la libertad con la que ha sido hecha. El mismo autor concluye: “si viene interpretada en términos absolutistas, la libertad acaba siendo la fuerza disgregadora de la convivencia social y, más radicalmente, del hombre mismo”<sup>176</sup>.

#### **e- El Consentimiento Informado en el Modelo de la Autonomía**

El Consentimiento Informado, como expresión de una adecuada relación médico-paciente, como reflejo del respeto por la libertad del paciente, es un elemento que todos los Modelos presentan como parte esencial de su actividad.

De todos modos, es evidente que el Principio sobre el que debe fundarse el Consentimiento es el de la Autodeterminación, pues bajo este Principio se impone que la decisión final sobre la aceptación o rechazo de un tratamiento deba ser tomada por el paciente consciente<sup>177</sup>.

En esta misma línea, el propio A. Spagnolo reconoce que, sobre el Principio de Autonomía vienen fundadas todas las consideraciones relativas al Consentimiento Informado dentro del Modelo de la Autonomía<sup>178</sup>. También G. Perico señala que este poder de elegir libremente, del que goza el enfermo, proviene del hecho de que sólo él está en grado de conocer plena y

---

<sup>175</sup> Carrasco de Paula I., *L'Etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente*, ob. cit., p. 8.

<sup>176</sup> Tettamanzi D., *Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato 1990, p. 37.

<sup>177</sup> Cfr. Filiberti A., Bellotto M., *Consenso Informato: biases psicosociali*, ob. cit., p. 41.

<sup>178</sup> Cfr. Spagnolo A., *I Principi della Bioetica Nord-Americana e la critica del "Principlismo"*, ob. cit., p. 230.

globalmente los valores que están en juego en su situación personal, valores que pueden estar mucho más allá del hecho contingente de la enfermedad que padece. Ésta representa para él sólo un sector de su campo de responsabilidad, mientras que en la valoración de la totalidad debe relacionarse con todos los demás intereses, a la luz de los valores que piensa que son importantes para su vida, sobre todo en ese momento<sup>179</sup>.

Justificando el Consentimiento Informado como expresión de la autonomía personal del paciente, Simón Lorda afirma que “mientras no se demuestre lo contrario, las personas son seres racionales autónomos, capaces de tomar decisiones en todo lo que se refiere a su salud, a su vida y a su muerte”<sup>180</sup>. Más adelante abordaremos el problema del límite de la autonomía de la persona, cuando se tocan temas que afectan a valores como la vida y la salud.

Hay otros autores que son más radicales a la hora de defender el Consentimiento Informado, dentro de un marco de autonomía total, donde consideran que no caben excepciones. Uno de estos autores es Santosuosso<sup>181</sup>, quien se lamenta de que entre los médicos haya todavía quienes piensan que pueden trabajar sin el Consentimiento del paciente, justificando su actitud en nombre de la corrección profesional, el bien del paciente o el estado de necesidad. Este autor opina que los médicos deben recibir y asumir la obligación de obtener el Consentimiento del paciente, del mismo modo que se asume una nueva norma de tráfico. Hay que asumir las nuevas exigencias aunque éstas obliguen a cambiar los hábitos de trabajo. Esta opinión refleja la concepción contractualista del consentimiento, propia de quien entiende la relación médico-paciente desde un punto exclusivamente jurídico, opinión que a muchos parece un poco reductiva de esta realidad vital. Además, este tipo de opiniones reflejan también el subjetivismo moral que se deriva de ver la bondad o maldad de un acto, no en cuanto se ordena a un bien o fin superior, sino en cuanto que expresa la opinión de la mayoría. De este modo, el Consentimiento Informado no sería algo bueno y, por lo tanto obligatorio, por su naturaleza, sino porque deriva del consenso de voluntades. Sería la mayoría quien diera la bondad a la acción, no su propia naturaleza.

Esta radicalización del Principio de Autonomía encuentra también la crítica de otros autores, como Tortoreto, el cual afirma que el principio de la Autonomía contrasta con la inspiración tradicional de la Ética Médica, reconducible al Modelo de la Beneficencia. Concluye afirmando que hoy día no es aceptable una postura tan individualista<sup>182</sup>.

---

<sup>179</sup> Cfr. Perico G., *Problemi di Etica Sanitaria*, ob. cit., p. 75.

<sup>180</sup> Simón Lorda P., *El Consentimiento Informado como nuevo modelo de la relación médico-paciente*, ob. cit., p. 51.

<sup>181</sup> Cfr. Santosuosso A., *Il Consenso Informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996, p. IX.

<sup>182</sup> Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato: Un'indagine conoscitiva in cardiologia*, ob. cit. p. 955.

Los problemas morales que se derivan a la hora de aplicar el Consentimiento Informado bajo el Modelo de la Autonomía son reflejo de la radicalización del Principio de Autonomía.

#### **4. La propuesta del Modelo de Beneficencia**

Una vez estudiados los dos Modelos clásicos de relación médico-paciente y sus correspondientes limitaciones, nos podemos preguntar por el Modelo que hay que seguir, por el Modelo de relación que proponga una forma de Consentimiento Informado que respete de verdad la dignidad de la persona. Uno de los objetivos de este trabajo de investigación es precisamente dar solución a las preguntas recién planteadas pues, en nuestros días, es evidente que el Paternalismo que se vivía hace cincuenta años ya no tiene vigencia pero, a la vez, vemos que el Modelo propuesto como reacción al mismo, presenta numerosos problemas morales, tanto en su planteamiento teórico como en la aplicación práctica.

Recientemente ha sido propuesto un tercer Modelo de relación, que trata de reconciliar el Principio de la Autonomía con la Beneficencia: un Modelo que considera que el bien del enfermo incluye también el respeto por su libertad y autonomía.

Este Modelo, llamado Modelo de la Beneficencia, ha sido propuesto por Pellegrino y Thomasma<sup>183</sup>, quienes lo han desarrollado a partir del Principio clásico de la Beneficencia, pero incluyendo, dentro de ésta, la autonomía del paciente. Sería, por tanto, un intento de salvar lo positivo de los dos Modelos clásicos, sin caer en las limitaciones ni mucho menos en los extremismos que hemos estudiado en los apartados anteriores.

El núcleo de este Modelo lo constituye aquello que Spagnolo<sup>184</sup> denomina la “*beneficialità allargata*”, es decir, la prolongación del Principio de la Beneficencia, de modo que incluya también la autonomía. De esta forma, se supera el Modelo de la Autonomía pues, además de los límites que ya hemos estudiado en el apartado anterior, se considera que no pone suficiente atención al impacto que la enfermedad determina sobre la capacidad de autonomía del paciente. De la misma forma, se rechaza el Modelo del Paternalismo por su carácter excesivamente autoritario que, con demasiada frecuencia, se enfrenta con el respeto de la libertad.

Se propone un Modelo que sea auténticamente “de Beneficencia”, es decir, con la capacidad de buscar lo mejor para el paciente, fundado en la confianza que debe existir entre médico y enfermo, donde el objetivo común es actuar uno en el mejor interés del otro. Es lo que Pellegrino y Thomasma denominan *Beneficence-in-trust* (Beneficencia en la confianza).

En este sentido, el mejor interés del enfermo se alcanza también actuando de forma que se busque devolver al paciente la capacidad de reconquistar la propia autonomía amenazada o lesionada por la enfermedad.

---

<sup>183</sup> Cfr. Pellegrino E.D. y Thomasma D. C., *For the Patient's Good*, ob. cit., pp. 25-35.

<sup>184</sup> Cfr. Spagnolo A., *Testamenti di vita*, en Bompiani A. (a cura), *Bioetica in Medicina*, ob. cit., p. 342.

Morris<sup>185</sup>, después de estudiar las dificultades de la aplicación práctica del Modelo de la Autonomía, describe, a su vez, un Modelo de relación basado en el respeto debido a la dignidad de la persona humana, en contraste con el Modelo de la Autonomía; Este Modelo pensamos que es superponible al que se denomina de la Beneficencia, en cuanto que ambos se basan en los mismos Principios de la Ética Personalista, que veremos más adelante.

También Spisanti<sup>186</sup> ha publicado recientemente un libro donde estudia las relaciones entre médico y paciente. Describe un Modelo dentro de la “Ética de la organización”, donde las relaciones médico-paciente vienen representadas en un espacio tridimensional que permite ver la complejidad de las situaciones actuales para satisfacer los Principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia. También esta idea nos parece reconducible, siempre buscando simplificar la exposición, al Modelo que acabamos de presentar.

### **a- El Principio de la Beneficencia**

Antes de nada, pensamos que conviene describir lo que se entiende por Beneficencia, primer Principio de la Medicina y de la terapia.

Según Carrasco de Paula, el Principio de Beneficencia afirma que “la primera y principal obligación del médico es individuar y poner en práctica aquello que es bueno para el enfermo, aquello que, desde el punto de vista del médico, corresponde al mejor interés del paciente”<sup>187</sup>. Por tanto, hay que destacar desde el comienzo de la exposición que el Principio de la Beneficencia incluye, a su vez, un doble aspecto: primero, el principio pasivo de la no Maleficencia, y después, el principio activo de Beneficencia. En el primero, el médico se limita a una actitud pasiva para no hacer nada malo al paciente, en cambio, en el segundo, ya se indica la actuación activa para lograr un bien.

Esto mismo lo explica Cattorini<sup>188</sup> cuando lo describe como una pareja de Principios: el precepto hipocrático, meramente pasivo, *neminem laedere*, se amplía en el deber de la Beneficencia que pretende prevenir o remover un daño o, más activamente, promover un bien. Este doble Principio consigue compatibilizar el Principio de no Maleficencia con el de Beneficencia en los casos de conflicto (por ejemplo, el donador vivo de un órgano) pues actúa en nombre de un bien integral, no sólo físico, sino más globalmente personal. El mismo Cattorini continúa afirmando que el Principio de “Beneficencia ampliado” incluiría el Principio de Autonomía en cuanto que: -Hacer el bien del paciente significa preguntarle qué cosa es el bien para él. -Significa además, promover su misma propia autonomía, es decir, retirar los obstáculos y las limitaciones para el ejercicio de su capacidad de decisión que suele estar ofuscada por la enfermedad.

---

<sup>185</sup> Cfr. Morris J.F., *Which Principle: Autonomy or Respect?*, ob. cit., pp. 3-4.

<sup>186</sup> Cfr. Spisanti S., *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*, Paoline, Milano 1999.

<sup>187</sup> Carrasco de Paula I., *L'etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente*, ob. cit. p. 3.

<sup>188</sup> Cattorini P., *I Principi dell'Etica Medica e il Personalismo*, en “Aquinas”, n. 1, 1993, p. 80.

-Significa cumplir con el mismo Principio de Autonomía, en cuanto que generalmente el enfermo pide al médico que actúe por su bien y que le comunique aquello que es importante para la toma de decisiones.

Otros autores, en vez de diferenciar una pareja de principios, prefieren considerar, como Frankena<sup>189</sup>, dos niveles de Beneficencia:

-nivel mínimo de la “no maleficencia”, es decir, no hacer el mal. Es el primer Principio de la actuación médica que ya Hipócrates recoge en *La Epidemia*: “por lo menos no hacer daño (*primum non nocere*)”<sup>190</sup>. Este nivel mínimo lo reconocen todos los estudiosos de la Ética.

-Un segundo escalón lo representa el empeño activo por prevenir un daño a otro. Esto ya supone una actitud más activa en favor del otro y añade un cambio sustancial respecto al escalón previo, en cuanto que aquí se comienza a actuar sobre otra voluntad, empieza a haber cierto conflicto de voluntades. Es lo que antes hemos denominado Beneficencia activa.

Dentro de esta Beneficencia activa existen, a su vez, diferentes niveles:

Por ejemplo, todos estamos de acuerdo en que es un deber retirar un obstáculo que uno se encuentra sobre las vías del tren para evitar que éste descarrile y haya daños personales, pero este acto también podría interferir con los deseos de un pasajero del tren que deseara morir en ese accidente. En este caso, se acepta que la supuesta libertad de ese pasajero está limitada y subordinada a un bien superior como es la vida de todos los demás, que no desean la muerte. Cuando están en juego valores altos como la vida de las personas, todos están de acuerdo en que se puede intervenir activamente sobre la libertad personal. En estos niveles de beneficencia es fácil estar de acuerdo, pero ¿que se puede decir de las leyes que obligan a la utilización del casco en la motocicleta o del cinturón de seguridad en el automóvil? En este caso nos movemos en un nivel de interferencia más amplio que el anterior, y con un nivel de beneficio más dudoso, aunque todavía proporcional para que sea aceptado por la población. El problema surge si seguimos adelante y se plantea la prohibición del tabaco, del alcohol, etc. En estos casos, el debate social estaría controvertido. ¿Hasta dónde, por tanto, puede llegar la ley al limitar los derechos individuales por el bien común? Uno de los elementos para responder a esta pregunta se encuentra en el nivel moral de la misma sociedad. De todas formas tampoco se puede dar una solución general, hay que analizar cada caso concreto y salvar siempre la dignidad de la persona individual.

Hemos visto como los niveles de beneficencia permiten a la ley restringir en mayor o menor grado la libertad individual en vistas del bien común, o para evitar un daño objetivo a la persona concreta; pero lo que la ley no puede hacer es obligar a nadie a entregar su propia vida por el bien común. Esto, que la ley no puede obligar ha sido, desde siempre, tradición entre los bomberos, que se han expuesto al riesgo de morir bajo el fuego para salvar otras vidas en peligro. Este grado de beneficencia está implícito en la

---

<sup>189</sup> Cfr. Frankena W.K., *Ética. Una introducción a la filosofía moral*, Edizioni di Comunità, Milano 1981, pp. 178-182.

<sup>190</sup> Cfr. Jouanna J., *Ippocrate*, ob. cit., p. 312.

profesión, y va más allá de lo que la ley obliga. Así también en la medicina se exige un cierto grado de beneficencia que va más allá de la mera obligación moral, para evitar caer en un simple comercio o una labor mecánica.

La actuación médica basada en el Modelo de la Autonomía no favorece precisamente este tipo de actuaciones por beneficencia, en cuanto que se entra en el juego del contrato, en la reivindicación de la propia autonomía.

Lo que el Principio de Beneficencia quiere destacar es que la autonomía, siendo un bien muy importante que hay que respetar, no es el bien último de toda actuación. Pone el Principio de Autonomía en su justo término.

### **b- Características más importantes del Modelo de la Beneficencia**

Hay que dejar claro desde ahora que este Modelo no pretende ser la única vía posible para resolver todos los problemas que se derivan de la relación médico-paciente, pues en muchos casos, como ya hemos visto, los anteriores Modelos todavía tienen vigencia (ya hemos descrito el ejemplo de un Paternalismo débil que se aplica en los casos de atención en urgencias, o el de un respeto estricto de la autonomía en un paciente consciente al que se le pide entrar en un protocolo de experimentación, etc.). Lo que pretende este Modelo es solucionar los problemas que se presentan cuando la aplicación de los Modelos anteriores es conflictiva o insuficiente:

-¿Qué hacer con el paciente que rechaza una transfusión de sangre, siendo consciente de que supone la única posibilidad de salvar la vida?

-¿Qué actitud tomar frente a un paciente que solicita la eutanasia como expresión del respeto de su libertad?

-¿Cómo defender al niño no nacido, de un paternalismo mal entendido por parte del médico o del supuesto derecho a la autonomía de sus padres que les lleva a pedir su eliminación?

Como vemos en estos ejemplos, la diferente concepción de fondo que se tenga de las relaciones entre médico y paciente genera una respuesta distinta a cada caso. Por este motivo, el Modelo de la Beneficencia se apoya en una filosofía personalista, que lleva a la búsqueda de lo mejor para cada persona, de acuerdo con su dignidad.

Una vez clarificado este punto, pasamos a la descripción de las **características** más importantes de este Modelo:

### **1-La Medicina tiene su origen en la beneficencia**

Hemos visto en el primer apartado de este capítulo como la Medicina surge como respuesta a la necesidad o a la petición de ayuda por parte del enfermo.

Toda la sociedad está obligada a colaborar con la salud, por este motivo se aceptan socialmente las normas para evitar la contaminación, la prohibición del tráfico de estupefacientes, etc., pero esta tarea compete de un modo especial a los profesionales de la sanidad quienes, por su formación específica, reciben esta benéfica misión. No hay que olvidar que es la misma sociedad la que, a través de las instituciones educativas y las

instituciones sanitarias, forma a sus profesionales de la salud. Los enfermos ceden parte de su intimidad y se convierten voluntariamente en objeto de la formación de los estudiantes de Medicina porque consideran que es su forma de colaborar, como parte de la sociedad, en la salud general. Los médicos, por tanto, no pueden considerar su profesión fuera del interés social. Sería inadmisibles que un médico se moviera exclusivamente por el afán de dinero o de satisfacción personal.

En el desarrollo de su profesión, el médico tiene un doble vínculo de pertenencia: por un lado, pertenencia al enfermo por un contrato de valor moral y jurídico, y por otro lado, de pertenencia a la sociedad, de la cual viene investido de responsabilidad<sup>191</sup>.

## **2-Reconocimiento de la Antropología Personalista**

Este Modelo se basa en el valor de la persona en cuanto tal, aplicando las normas de conducta que se derivan de la concepción personalista de la Ética y de la Medicina, que superan las tradicionales normas de los Códigos Deontológicos profesionales.

La Bioética Personalista reconoce a todos los seres humanos la misma dignidad debido a su común naturaleza humana sustancial y trascendente. En este contexto, la relación médico-paciente resulta moralmente aceptable cuando se empeña en una valorización de la relación intersubjetiva y se basa en el respeto de los valores físicos, psicológicos y espirituales de la persona. Considera que el primer valor que la Medicina debe defender es el de la vida porque sin ella, el hombre no puede realizarse y desarrollar los demás valores<sup>192</sup>.

En este sentido, Spagnolo defiende los valores derivados de la tradición personalista-tomista, partiendo de la base de que el valor de la persona y su bien objetivo no mutan con el tiempo, ni menos con la introducción de nuevas tecnologías o con los nuevos problemas éticos<sup>193</sup>.

Una Ética sin base personalista que proporcione unos principios sólidos e inmutables, acaba en un conjunto de normas de funcionamiento coyunturales, válidas para un determinado lugar y momento, y sujetas al consenso de la mayoría. Representante de este tipo de Ética es Engelhardt, quien afirma que la Ética no debe dar valores morales absolutos en una sociedad pluralista, sino que debe reducir su función al análisis y aclaración de los problemas<sup>194</sup>. Sin embargo, encontramos en este planteamiento una contradicción, pues niega la posibilidad de absolutos morales como principio y esto mismo lo afirma como un absoluto.

---

<sup>191</sup> Cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, ob. cit., p. 145.

<sup>192</sup> Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato: Un'indagine conoscitiva in cardiologia*, ob. cit., p. 955.

<sup>193</sup> Cfr. Spagnolo A., Palazzani L., Sgreccia E., *I Principi della Bioetica alla luce del pensiero tomista*, en "Atti del IX Congresso Tomistico Internazionale", vol. IV, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1991, pp. 229-236.

<sup>194</sup> Engelhardt H.T., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1996, p. 120.

Si no cabe la posibilidad de absolutos morales se acaba en un relativismo ético en el que la moral queda reservada a la esfera privada. Gracia explica que “la moral no es meramente convencional, ni mero resultado de la estrategia o el pacto, sino que debe fundamentarse objetivamente”<sup>195</sup>. En el siguiente apartado estudiaremos la fundamentación antropológica de los distintos Modelos de relación que hemos estudiado.

Si no se funda objetivamente la Ética, el debate es inútil y frustrante, se acaba reduciendo la democracia a un procedimiento para resolver diferencias irreconciliables entre ciudadanos, pero sin ninguna referencia valores superiores.

### **3-Tratamiento personalizado sin juicios preestablecidos de los valores**

En el Modelo de la Beneficencia se estudia a cada paciente como persona individual y no se le encasilla en una estructura de valores determinada.

Este Modelo respeta los Principios básicos de la Bioética definidos desde hace décadas. Considera la autonomía como un valor de enorme importancia para el enfermo, pero en cada caso concreto, habrá que dar un valor distinto a cada Principio, pero siempre bajo el orden del respeto por la persona integral.

En este sentido, el Modelo de la Beneficencia concuerda con la Ética Personalista en cuanto que el respeto por la dignidad de la persona es el Principio que jerarquiza los demás valores, en contraposición de los Modelos de corte contractualístico o Paternalista<sup>196</sup>.

### **4-Uso de una referencia moral objetiva para solucionar los conflictos**

Este Principio consiste en la resolución de los problemas que se van presentando a lo largo de la relación médico-paciente, protegiendo los valores de ambos. Supone aplicar la norma general de actuar respetando la dignidad de la persona, en cada situación particular. De este modo se busca la solución mas adecuada, dentro de la multiplicidad y complejidad de las situaciones y circunstancias, a cada caso.

Spaemann explica que los Modelos de relación médico-paciente de corte contractualístico, al no tener una referencia moral objetiva, confían el juicio moral al *Ethos* profesional, descargando la responsabilidad de reflexionar sobre los Principios y normas últimas de la moral a la llamada *lex artis*, como estándares de actuación aceptados por el gremio. El problema viene cuando la *lex artis* se modifica continuamente por el progreso científico y técnico, o cuando los Principios que la sustentan en una sociedad ya no encuentran consenso en la misma<sup>197</sup>. El mismo Spaemann pone el ejemplo

---

<sup>195</sup> Gracia D., *Fundamentos de Bioética*, ob. cit., p. 575.

<sup>196</sup> Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato: Un'indagine conoscitiva in cardiologia*, ob. cit., p. 955.

<sup>197</sup> Cfr. Spaemann R., *Progreso en la medicina y ethos profesional del médico*, ob. cit., pp. 1-2.



del tercer Reich, donde era una señal distintiva de los médicos no partidarios del nacionalsocialismo colgar en la sala de espera el texto del juramento hipocrático, juramento que excluye la colaboración con el aborto y la eutanasia. Para estos médicos, el criterio de obrar no era el consenso social vigente, pues habían formado sus conciencias de acuerdo con patrones que se fundan en lo inmemorial.

Hoy día hay que exigir a los médicos que tomen una postura moral definida, ya que el hecho de que alguien siga a su propia conciencia o a aquello que tiene por tal, no es, por cierto, ninguna garantía de que su decisión este justificada moralmente.

La referencia a la norma moral objetiva es, como tal, un punto de vista de nivel superior y no puede entrar legítimamente en conflicto con otros intereses. Los acuerdos son necesarios y éticamente obligatorios, pero precisamente por eso, la Ética, que es la que decide sobre la legitimidad de los acuerdos, no puede realizar ella misma acuerdos, sin corromperse a sí misma.

## **5-Existencia de axiomas o reglas morales objetivas**

Precisamente, para poder juzgar con prudencia, hace falta tener unos axiomas éticos o reglas morales amplias, no sujetas a los cambios de circunstancias ni al consenso de la mayoría.

El Modelo de la Beneficencia, de acuerdo a la Ética Personalista, admite y considera la existencia de estos valores y les da un contenido metafísico: un valor no puede ser tal sin un contenido real y sin una capacidad perceptivo-valoradora dentro de la persona.

Como afirma Sgreccia<sup>198</sup>, frente a la persona que intuye y valora, la realidad se configura como valor cuando asume el carácter de bondad, de correspondencia con el ser y con la vida de la persona. De este modo, es fácil entender, por ejemplo, como el respeto absoluto por la persona se consolida como un valor indiscutible, pues cualquiera detecta su bondad y su correspondencia con el ser de la persona. De todos modos, el que los valores sean perceptibles, no quiere decir que deriven del consenso de las personas. Tienen que tener un grado de correlación con el bien objetivo, que es lo que la persona descubre.

El Modelo de la Beneficencia propone los siguientes axiomas:

1. Tanto el médico como el paciente deben ser libres de tomar las decisiones sobre la base del conocimiento de los datos y actuar como agentes morales plenamente autorizados.
2. El médico tiene una responsabilidad mayor en esta relación debido a la distinta información y poder que existe entre él y el paciente.
3. El médico debe ser una persona de singular integridad moral.
4. El médico debe respetar y comprender la complejidad moral, sin abandonar la búsqueda de lo que es justo y bueno en cada caso<sup>199</sup>.

---

<sup>198</sup> Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, ob. cit., p. 117.

<sup>199</sup> Cfr. MacIntyre A., *Why is the Search of the Foundations of Ethics so Frustrating?*, en "Hastings Center Report", n. 4, 1979, pp. 16-17.

### **c- El Consentimiento Informado en el Modelo de la Beneficencia**

Como es lógico, un Modelo que pretende actuar por el bien del enfermo, respetando su dignidad como persona, tiene como parte esencial de su programa el actuar con el Consentimiento Informado del mismo. La diferencia respecto a como lo entienden los defensores del Modelo de la Autonomía estriba en que para estos, el Consentimiento Informado es la norma última de la actuación médica en cuanto que expresa la preeminencia del Principio de Autodeterminación de la persona. Un Modelo que pone la autonomía del enfermo como primer Principio, acepta el Consentimiento Informado como ley, de tal forma que la voluntad del paciente así expresada, tiene prioridad sobre cualquier otro valor.

En cambio, en el Modelo de la Beneficencia, se tiene un enorme respeto por la voluntad del paciente expresada en el Consentimiento, pero dentro del orden de valores que hemos tratado de explicar en los apartados anteriores. En este sentido, dentro de este Modelo de relación, no tendría valor un Consentimiento para una intervención que fuera abiertamente en contra de la vida, como por ejemplo, el que un paciente firme la voluntad de recibir la eutanasia directa.

Este Modelo basa la relación en la confianza que se establece entre médico y paciente, y considera que este ámbito es el único en el que se puede dar un verdadero y eficaz Consentimiento Informado, pues no hay una imposición de valores predeterminados. Mientras el Paternalismo descarga toda la responsabilidad de la decisión sobre el médico anulando, de este modo, la voluntad del enfermo, el Modelo de la Autonomía descarga esta responsabilidad en la “conciencia autónoma, libre y omnipotente” del paciente, creando un abismo insalvable en la relación debido al Principio de no interferencia en la voluntad ajena.

El marco de la confianza es el que mejor defiende, tanto el elemento informativo por parte del médico, como el respeto por la libertad del paciente.

### **d- Objeciones al Modelo de la Beneficencia**

Hay tres tipos de argumentos con los que diversos autores critican este Modelo de relación:

#### **1-Argumento del anacronismo**

Hay quien tacha a este Modelo de anacrónico, válido quizá en el pasado, cuando la Medicina era poco intervencionista, las técnicas estaban poco desarrolladas y las relaciones entre médico y enfermo se movían en el ámbito de la Medicina familiar, ámbito donde sí cabía un Modelo basado en la confianza y donde no hacía falta contar con el parecer del paciente. Pero, hoy día, en un ambiente de gran tecnificación, donde la Medicina es mucho más intervencionista, donde se puede mantener a una persona con vida durante muchos años, hay que contar continuamente con el Consentimiento del paciente como expresión de su legítima autonomía, pues las decisiones le afectan de un modo mucho más vital, y no tanto en las relaciones de

confianza. Estos autores no son conscientes de que la tecnificación de la Medicina no es consecuencia del Modelo de la Beneficencia sino que deriva de la instrumentalización progresiva de la tecnología médica, problema que afecta tanto al Modelo de la Beneficencia como al Modelo de la Autonomía. Un Modelo basado en el respeto por la dignidad de la persona, que busca su bien, no depende, para su validez, de criterios o cálculo de posibilidades técnicas o del consenso, sino que encuentra su fundamento, precisamente en la dignidad de la persona humana que es la misma, tanto cuando la mayoría de los enfermos morían tras las intervenciones quirúrgicas, como hoy día, cuando la técnica mantiene artificialmente con vida a un cadáver. La técnica es un instrumento con el cual se puede respetar o no la dignidad de la persona, según la aplicación de la misma.

## **2-Argumento de la identificación con el Paternalismo**

Los que confunden el Modelo Paternalista con la actuación según el Principio de Beneficencia, piensan que ambos Modelos se identifican. Ya hemos visto como el Paternalismo incluye, en su definición, un elemento de actuación positiva y activa contra la voluntad del enfermo, elemento que no se da en el Modelo de la Beneficencia. En el caso de que un paciente solicite una intervención que el médico considera inmoral, como por ejemplo la eutanasia, éste no está obligado a respetar la voluntad del enfermo. Pero esto no quiere decir que actúe contra su voluntad; significa, más bien, que la diferencia de criterio ético rompe la relación. En cambio, en el caso de un testigo de Jehová que rechaza conscientemente una transfusión de sangre, necesaria para salvarle la vida, el médico paternalista hará caso omiso de la voluntad del paciente, realizando una acción positiva y activa sobre éste, mientras que el Principio de Beneficencia respetaría la voluntad del mismo. Podemos afirmar también que el punto que diferencia más claramente este Modelo del Paternalismo es la confianza del enfermo: el Modelo de la Beneficencia cuenta con la confianza del paciente y, la actuación según este Modelo, alimenta a su vez un mayor grado de confianza. La actuación paternalista, en cambio, al actuar sin la voluntad y la confianza del paciente, va minando su confianza inicial hasta deteriorar por completo la relación. Además, en la práctica, se dan muchos casos límite, donde los defensores de la autonomía también acaban actuando pensando que están buscando el bien del enfermo: ante la desconexión de un respirador en un paciente en coma, que no haya expresado su voluntad de ser desconectado, el médico que decide la desconexión actúa pensando que eso es lo mejor para el enfermo. Esta forma de actuar coincide con el Modelo de la Beneficencia, la diferencia se encuentra en lo que se considera como bien para el enfermo. Aquí la diferencia estriba en la concepción de la persona y su bien que tengan cada uno de los Modelos, concepción que estudiaremos más adelante.

### 3-Argumento de la despreocupación por los deberes sociales

Hay quien ataca el Modelo de la Beneficencia afirmando que se preocupa demasiado por los pacientes particulares, excluyendo los deberes sociales. Explican que, en una Medicina altamente desarrollada e institucionalizada, el médico está muy limitado en su actuación por las normas de los seguros, los módulos de atención, etc., por lo que la actuación según el Modelo de la Beneficencia originaría gastos que la sociedad no puede asumir.

El problema de enfrentar el respeto por la persona y sus derechos con el bien común es múltiple. Por un lado, no se puede olvidar que las personas pertenecen a la sociedad y en muchas ocasiones hay que restringir la libertad o el derecho personal en orden del bien común (no se puede pretender hacer una TAC a cada paciente que acude a urgencias para descartar un tumor cerebral, aunque si se hiciera esta técnica de modo rutinario se detectaría precozmente un determinado tanto por ciento de los mismos, porque económicamente es inviable e iría en contra del bien común). Pero otro problema está en pretender absolutizar los deberes sociales por encima de la dignidad de la persona (a nadie se le puede obligar a morir en orden al bien común).

Spaemann razona esta argumentación afirmando que la totalidad estaría mejor atendida si cada uno en particular asumiera su propia responsabilidad, en vez de que cada uno se sintiera responsable de la totalidad<sup>200</sup>. Considera también que el Consecuencialismo, al poner el juicio sobre la bondad de una acción en el cálculo de las consecuencias de dicha acción, emplea la palabra responsabilidad para obligar a cada quien, de modo inmediato, al bien de la humanidad en conjunto. (Usando un conocido caso moral, se justificaría la muerte de un inocente si, a causa de su absolución, se prevén desordenes que pueden causar varios muertos, dado que se enjuicia la consecuencia de la acción, no su naturaleza). El problema, como sigue razonando Spaemann, está en que a la noción de responsabilidad específica a un determinado ámbito pertenece naturalmente el hecho de que el agente, justamente, no tenga que asumir la responsabilidad por la omisión de acciones cuya ejecución hubiera entrado en conflicto con su *ethos* profesional. Esto lo explica poniendo el siguiente ejemplo: Dado que un juez tiene responsabilidad por el derecho, no tiene responsabilidad por el hecho de que una absolución justa desencadene estados de agitación. Así tampoco el médico tiene responsabilidad por los costos que ocasiona un ser humano al que ha salvado la vida. La totalización de la responsabilidad llevaría a la corrupción de lo ético, a la disolución de la identidad moral del agente. Es el legislador quien tiene que actuar, según su *ethos* profesional, en vistas del bien común.

Siendo conscientes de los avances de la Medicina, del encarecimiento de los costes, etc., no podemos olvidar que existen desde siempre una serie de

---

<sup>200</sup> Cfr. Spaemann R., *Progreso en la medicina y ethos profesional del médico*, ob. cit., p. 7.

normas de atención al enfermo que no pierden su vigencia<sup>201</sup>, tratar al enfermo con el respeto que se merece no cuesta dinero, y también se puede respetar al paciente negándole la realización de una prueba superflua. No se puede entender el Principio de Justicia como la igualdad exacta en el reparto de recursos, pues cada paciente es distinto. Cuando se actúa por el interés de un paciente en particular, no se está dispensando del Principio de Justicia, como opina Veatch<sup>202</sup>, sino que, precisamente, se está actuando en virtud de él.

También Guardini<sup>203</sup> trata de este argumento, cuando se plantea si se podría eliminar a un paciente individual buscando ayudar a la salud de todos. Pone el ejemplo del médico en una epidemia: el médico debe tratar a cada paciente individual aunque esto comporte limitar el número de pacientes que pueda tratar. El médico es responsable del paciente con el que en cada momento se relaciona. Los demás enfermos tienen que esperar hasta que el médico pueda estar a disposición de ellos, a su vez correctamente.

Formulado de otro modo: puede ocurrir que la situación sanitaria de la totalidad se resienta si muchos enfermos o disminuidos siguen vivos. Pero, aun así, eso es siempre mejor que el que los seres humanos vean violado su derecho personal a la vida. Del mismo modo, es mejor que la economía de un pueblo se vea gravada por el mantenimiento de los enfermos, improductivos y espiritualmente disminuidos, que el que se vea violada la dignidad personal de estos seres humanos.

Es una experiencia práctica que la Medicina derivada del Modelo de la Autonomía, al basar la relación en un contrato de prestaciones y servicios, favorece la llamada “Medicina defensiva”, por la que se encarecen enormemente los costes sociales de la misma. En cambio un Modelo basado en la confianza, hace compatible la eficacia terapéutica con la moderación de los costes con el beneficio del paciente<sup>204</sup>.

El deber de ser moderado en los costes afecta a toda la sociedad, tanto a los médicos como a los pacientes, y a la vez, “la sociedad tiene la obligación moral de asegurar a todos un justo acceso a la asistencia sanitaria”<sup>205</sup>. Esta reciprocidad de derechos y deberes entre sociedad-individuo y entre médico-paciente, se logra cuando existen relaciones basadas en la confianza.

Además, la filosofía que ilumina el Modelo de la Beneficencia entiende la justicia social, no solo como justicia distributiva, igualitaria y particular en cuanto que ordena los bienes de los miembros singulares de la sociedad,

---

<sup>201</sup> Cfr. Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethics of Healing Professions*, Oxford University Press, New York 1981, pp. 170-191.

<sup>202</sup> Cfr. Veatch R., *A Theory of Medical Ethics*, Basis Books, New York 1981, p. 30.

<sup>203</sup> Cfr. Guardini R., *Ética*, BAC, Madrid 1999, pp. 716-717.

<sup>204</sup> Cfr. Lundberg G., *How should the physicians be paid?*, en “Journal of the American Medical Association”, n. 254, 1983, pp. 2638-2639.

<sup>205</sup> President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care*, U.S. Government Printing Office, Washington 1983, p. 4.

sino también justicia general y social, esto es, que ordena los miembros de la sociedad al bien común. El concepto de justicia social se funda sobre una concepción antropológica personalista: cada individuo singular realiza su fin de persona participando a la realización del bien de sus semejantes. La promoción del bien singular está estrechamente unida a la promoción del bien común, entendido en sentido personalista-finalista<sup>206</sup>.

### **5. otras alternativas de relación médico-paciente**

Ya hemos señalado antes que la clasificación en tres modelos utilizada por Pellegrino y Thomasma no es la única que se encuentra en la bibliografía. Hay otras formas de clasificar los modelos de relación médico-paciente aunque, en último término, acaban siendo reconducibles unas a otras, pudiendo establecer paralelismos entre ellas. Queremos presentar, a continuación, otra forma que también es clásica y ha sido descrita por E.J. Emanuel, en base al objeto de la relación, las obligaciones del médico, el papel de los valores del paciente y la manera de concebir su autonomía. Pensamos que puede ser interesante adjuntar la tabla que utiliza el autor para el estudio comparativo de los cuatro diferentes modelos<sup>207</sup>:

<b>MODELOS</b>		
	<b>PATERNALISTA</b>	<b>INFORMATIVO</b>
<b>Valores del paciente</b>	Objetivos y compartidos por ambos	Definidos, fijos y conocidos por el paciente
<b>Obligación del médico</b>	Promover el bienestar del paciente independientemente de sus preferencias	Informar y realizar la intervención elegida por el paciente
<b>Concepción de la Autonomía del paciente</b>	Asumir valores objetivos	Elección y control sobre los cuidados médicos
<b>Concepción del papel del médico</b>	Guardián	Técnico o experto
<b>MODELOS</b>		
	<b>INTERPRETATIVO</b>	<b>DELIBERATIVO</b>
<b>Valores del paciente</b>	Poco definidos y conflictivos, necesitados de aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
<b>Obligación del médico</b>	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como

<sup>206</sup> Cfr. Spagnolo A.G., Palazzani L., Sgreccia E., *I principi della bioetica alla luce del pensiero tomista*, ob. cit., pp. 235-236.

<sup>207</sup> Emanuel E.J., *Cuatro modelos de relación médico-paciente*, ob. cit., p. 113.

	realizar la intervención elegida por él	informarle y realizar la intervención elegida por él
<b>Concepción de la autonomía del paciente</b>	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
<b>Concepción del papel del médico</b>	Consultor o consejero	Amigo o maestro

Una vez estudiadas las características de cada modelo, podemos intuir un claro paralelismo entre ambas clasificaciones: el Modelo de la Beneficencia sería superponible al Deliberativo, en cuanto a los dos Paternalistas no hay duda respecto de su identidad, y el de la Autonomía englobaría, tanto al Informativo como al Interpretativo.

## **B. bases antropológicas de los tres modelos**

### **1. Introducción antropológica**

Como es evidente, antes de entrar al estudio de las bases antropológicas de cada Modelo de relación, debemos hacer unas breves consideraciones respecto a los intentos de los filósofos de determinar la esencia del hombre. Un primera consideración que centra nuestro estudio es que nadie puede responder exhaustivamente a la pregunta por la propia identidad personal, porque en cuanto que todavía se vive, la propia identidad personal no está completamente realizada, porque hay futuro y no se puede conocer algo que todavía no es. Para conocer lo que es el hombre, es preciso considerar lo que el hombre hace y lo que puede hacer. Esta consideración dinámica de la persona nos parece importante para cuando estudiemos la persona dentro de las relaciones médico-paciente, cómo ve la persona al médico bajo cada Modelo de relación, pues parte de ese futuro que condicionará lo que será la persona depende, precisamente, de esa relación y de como entiendan ambos el concepto de persona.

#### **a. Planos epistemológicos**

A lo largo de la Historia, la Filosofía ha ido evolucionando y profundizando en la comprensión del concepto de persona. Un interesante estudio nos lo ofrecen Arregui y Choza<sup>208</sup>, describiendo diversos planos epistemológicos:

#### **1-Plano empírico-positivo**

En este plano se han desarrollado las ciencias positivas. La pretensión de las ciencias positivas es establecer las leyes que regulan cómo se relacionan entre sí, o como interactúan, bien los fenómenos biológicos, bien los socioculturales, bien ambos entre sí. Desde este punto de vista experimental,

<sup>208</sup> Cfr. Arregui J.V., Choza J., *Filosofía del hombre*, Rialp, Madrid 1992, pp. 36-53.

el hombre es visto como objeto de la ciencia, es estudiado como un organismo o sistema. El hombre aparece como un ser más, en continuidad con el resto de seres de la naturaleza.

Este plano de estudio demuestra que es insuficiente, pues el hombre es más de lo que las ciencias positivas (Física, Química, Biología, Medicina, psicología, etc.) pueden decir de él. Recientemente hemos oído hablar del Proyecto Genoma como el último grado en el conocimiento del hombre, pero podemos afirmar que, aunque se conozcan en un futuro próximo las secuencias de cada uno de los genes que integran el patrimonio genético del ser humano, nunca podrán explicar el amor de una madre a su hijo, la amistad y otros muchos aspectos del hombre. El problema está en que el hombre no sólo es objeto de la ciencia sino que, sobre todo, es sujeto de la misma. Es el hombre quien hace la misma ciencia, en este sentido, el hombre como sujeto de la ciencia no puede ser a la vez objeto científico en su totalidad, podría ser objeto parcial si lo que intentamos buscar es como funciona, por ejemplo, la fisiología de la tensión arterial.

## **2-Plano lógico-reflexivo**

Este plano supone un avance respecto al plano puramente científico en cuanto que investiga cómo es posible nuestro conocimiento, se pregunta acerca de los hechos, se cuestiona cómo es posible la ciencia misma.

La ciencia, como hemos visto, estudia los hechos pero la ciencia misma no es un hecho. Este es el itinerario que llevó a Kant a inaugurar el punto de vista trascendental. El hombre ya no es visto como objeto sino que ahora es la condición de posibilidad de los objetos. El hombre es el sujeto del conocimiento y todo lo que le rodea es objeto de su conocimiento. Lo que caracteriza al hombre y lo distingue de los demás seres de la naturaleza es el ser un yo. Gracias a esta unidad en la conciencia del propio yo, la persona es la misma a pesar de los cambios que le pueden sobrevenir.

El problema que encontramos con esta concepción es que sólo tenemos acceso al yo empírico, el yo trascendental resulta inaccesible intelectualmente. El yo no es objetivable y nos resulta desconocido. La única solución a la pregunta de qué es el hombre está en la identificación del sujeto y el objeto. Es el itinerario que seguirá Hegel cuando identifique el sujeto como el agente de la historia.

## **3-Plano fenomenológico-existencial**

Frente a Hegel se levanta Kierkegaard para reivindicar el valor de la subjetividad individual. Kierkegaard se pregunta: ¿quién soy yo? Pues la única existencia que podemos captar es la realidad misma de la propia existencia. Define el sujeto como el ser que no sólo existe en sí sino para sí. El plano subjetivo de la existencia significa existencia reflexiva. Es lo que llaman *interioridad subjetiva*.

El problema que encontramos en este plano es que el hombre *posee* subjetividad pero *no se identifica* con ella. La autoconciencia humana no es absoluta, la esencia del hombre no se agota en su saber de sí pues este saber



es limitado. La Antropología no culmina con el yo en primera persona sino que hay que buscar la esencia del hombre en tercera persona.

#### **4-Plano fenomenológico-ontológico**

El saber de sí mismo no es reductible a los resultados de las ciencias humanas, ni al análisis de la autoconciencia, ni a la experiencia de la vida. En último término, el saber de sí culmina en el análisis de la realidad que yo soy. El enfoque fenomenológico-ontológico busca el punto de vista de la *interioridad objetiva*, busca la esencia objetiva de las cosas.

Es bajo este punto de vista donde se mueve la Ética Personalista, cuando analiza la persona humana, su libertad, etc.

Cada uno de los planos epistemológicos que hemos repasado utiliza un punto de partida a la hora de estudiar al ser humano. Nosotros partimos del dato inicial de que el hombre es un determinado tipo de animal, un ser orgánico vivo. El hombre no es un animal *más* un alma, un animal *más* una subjetividad espiritual, sino un determinado animal, un animal racional, un organismo vivo intelectual.

En este plano también se destaca que el ser humano se presenta en su unidad como un ser que es, al mismo tiempo, independiente y dependiente, es decir, con una cierta existencia separada de los otros seres, y sin embargo, no puede darse ni mantenerse como existencia mas que en y por la relación con ellos<sup>209</sup>. El mismo autor -Alvira- acaba definiendo la persona como el ser humano en cuanto que se determina e individua gracias a sus relaciones.

En este mismo plano se mueve Marías cuando afirma que “a la persona le pertenece una *unicidad* que va mucho más allá de la individualidad. Desde cualquier punto de vista que no sea el de la personalidad, el hombre es individuo de una especie; tan pronto como se lo ve como persona, esto es insuficiente, en definitiva falso. La persona no es intercambiable; los hijos de los mismos padres, por grande que sea su semejanza, incluso los gemelos, de la misma herencia y la misma edad exacta, son radicalmente distintos. La oposición de cada persona a *todo* lo demás, envuelve a la que pueda ser más parecida. Y, sin embargo, esa unicidad e irreductibilidad no puede ser aislamiento, por la procedencia natal de otras personas, la necesidad ineludible de convivencia posterior y la esencial comunicabilidad”<sup>210</sup>.

## **2. Principales elementos de antropología que interesa tratar**

No es el objeto de este trabajo hacer un estudio completo sobre la Antropología, sino que nos interesa sólomente destacar los elementos antropológicos necesarios para poder estudiar de modo crítico una serie de Modelos de relación entre personas. Una vez estudiados los distintos planos

---

<sup>209</sup> Alvira R., *La razón de ser hombre*, Rialp, Madrid 1998, p. 122.

<sup>210</sup> Marías J., *Persona*, Alianza Editorial, Madrid 1996, p. 127.

y el punto de partida, nos centraremos sólo en los aspectos del estudio del hombre que nos interesan para estudiar las bases antropológicas de los Modelos de relación, es decir, la constitución de la persona y la libertad.

### **a. Problema de la constitución antropológica**

El primer problema surge, una vez aceptada en el hombre una dimensión física y otra inmaterial (llámese alma, interioridad, mente, conciencia, o como se quiera), a la hora de ver cómo se integran ambas dimensiones en la persona<sup>211</sup>.

## **1. El error de la concepción dualista**

El Dualismo considera el alma como algo opuesto al cuerpo, considera la persona constituida por dos elementos enfrentados. En realidad, un organismo vivo no es la suma de un cuerpo y un alma, sino un determinado tipo de cuerpo. El error del Dualismo deriva de una concepción mecanicista del universo: desde el punto de vista de las ciencias experimentales, cuando estudian al hombre, se ve que hay elementos que entran dentro del campo de la ciencia y elementos que no, por lo que distinguen un aparato mecánico y un no-mecánico. El dualismo parte de un error en la lógica de los conceptos, pues pretende considerar la totalidad como un elemento adicional de la clase de la que son miembros los otros elementos, es decir, piensa que lo que da unidad al ser humano (su forma o alma) es un elemento más del mismo tipo que los que componen el ser humano. Aristóteles ya ponía un sencillo ejemplo: la sílaba BA es algo más que las letras B y A. Pero en este algo más que constituye a las letras B y A en la sílaba BA -el orden- es algo distinto de un elemento. La forma no es algo que se añade como un nuevo elemento a los elementos materiales<sup>212</sup>.

La concepción dualística considera la persona como si fuera un fantasma misteriosamente oculto en una máquina.

Como afirma F. Ocáriz, “es importante señalar que ningún materialista demuestra que existe sólo materia: simplemente lo dan por supuesto a partir de la aceptación del dualismo cartesiano entre materia y espíritu ,(...) optan por la materia en contra del espíritu, inventando diversas elucubraciones que permitiesen pensar que lo que llamábamos espiritual no es más que un producto de la materia”<sup>213</sup>.

## **2. El error del monismo materialista**

Según esta tesis, todos los fenómenos psicológicos o mentales, son identificables con, o reductibles a, fenómenos neurofisiológicos. Comparte los mismos errores categoriales del dualismo puesto que, una vez aceptados los términos de la dicotomía entre cuerpo y alma, se limita a negar la existencia de la mente, o a postular su identidad con el cuerpo.

---

<sup>211</sup> Cfr. Arregui J.V., Choza J., *Filosofía del hombre*, ob. cit., pp. 89-93.

<sup>212</sup> Cfr. Aristóteles, *Metafísica VII*, 17, en García Yebra V. (dirigida por), *Metafísica de Aristóteles*, Gredos, Madrid 1982, pp. 406-407.

<sup>213</sup> Ocáriz F., *El marxismo*, Palabra, Madrid 1975, p. 15.

### 3. La unicidad de la forma sustancial

Siguiendo la concepción aristotélica del alma podemos afirmar que, en cuanto que el alma es lo que constituye a un cuerpo en cuanto tal, en cuanto que es su principio de determinación y unificación, en cuanto que es su forma sustancial, el alma es única. El alma constituye al cuerpo como tal, y por tanto, el cuerpo es cuerpo por el mismo título que es cuerpo vivo. Esto implica que el alma no se une a un cuerpo que ya es cuerpo para hacerlo cuerpo vivo, sino que constituye a unos elementos materiales en cuerpo vivo. El cuerpo no preexiste al alma de ninguna manera: ni en tanto que vivo ni en tanto que cuerpo.

De todas formas, la concepción aristotélica del alma, implica que todas las actividades del hombre son orgánicas, es decir, actividades en las que toman parte tanto el cuerpo como el alma que lo informa. La muerte del ser humano supondría, por tanto, la corrupción también del alma. Aristóteles no se plantea la posibilidad de acciones puramente espirituales, que sean exclusivamente producto del alma. La aceptación de este tipo de actividades nos llevaría a aceptar la existencia del alma espiritual, subsistente una vez separada del cuerpo, tras la muerte.

Desde la perspectiva metafísico-objetiva, el problema de la espiritualidad del alma se plantea si se afirma que abstraer es una operación del hombre individual, si se acepta la inorganicidad de algunas de las operaciones del alma.

Pero también desde la perspectiva existencial, el hombre aparece ante sí mismo en términos de espíritu, porque la reflexividad que supone la subjetividad exige la espiritualidad.

Un conocido autor, B. Mondin, en un trabajo sobre Antropología y Bioética<sup>214</sup>, afirma que cuando se habla del hombre hay dos verdades acerca de las cuales existe un consenso generalizado: que el hombre es un ser cultural y que tiene una dignidad grandísima, un valor absoluto.

Aquí nos interesa, sobre todo, destacar el primer elemento pues, la consideración del hombre como ser cultural, aparece como una tercera vía entre las dos corrientes tradicionales de entender el hombre:

-La que entendía el hombre como un ser natural, constituido por una esencia inmutable que le es dada por la naturaleza, de la cual derivan tanto las leyes biológicas como la moral. Supone el obrar “según la naturaleza”, recordando el imperativo categórico de la filosofía griega. Era claramente una concepción estática del hombre, fundada sobre el primado del intelecto sobre la voluntad, de la contemplación sobre la acción, de la naturaleza sobre la historia.

-La filosofía moderna, en cambio, no ve al hombre como parte de la naturaleza sino, más bien, como un producto de sí mismo. Es una concepción historicista, basada en la primacía de la voluntad sobre la inteligencia, de la praxis sobre la teoría, de la existencia sobre la esencia, de la historia sobre la naturaleza. En el plano moral no existe ningún

---

<sup>214</sup> Cfr. Mondin B., *Antropología y Bioética*, Massimo, Milano 1997.

imperativo que no sea el poder poner en acto las propias posibilidades (lo que se puede hacer es bueno).

Entre estas dos concepciones surge esta tercera vía que considera al hombre, no tanto un ser natural o un ser simplemente histórico, sino un ser cultural. El hombre considerado como producto en parte de la naturaleza y en parte de la historia, es decir, el hombre que, en gran parte, se hace a sí mismo.

Este concepto de hombre se recoge en el Concilio Vaticano II. “Es propio de la persona humana el no poder alcanzar un nivel de vida verdadera y plenamente humano si no es mediante la cultura. Por esto, cada vez que se trata de la vida humana, naturaleza y cultura van estrechamente unidas”<sup>215</sup>.

También Juan Pablo II, dirigiéndose en un discurso a la Unesco, afirmaba: “La cultura es un modo específico de ser del hombre. (...) El hombre que, en el mundo visible, es el único sujeto óptico de la cultura, es también su único sujeto y su único fin. La cultura es aquello por lo cual el hombre en cuanto hombre se hace más humano”<sup>216</sup>.

## **b. La libertad**

### **1. Fenomenología de la libertad**

La libertad aparece, en la vida ordinaria del hombre, de varios modos diversos desde el punto de vista fenomenológico<sup>217</sup>:

-Como el valor más estimado que hay que alcanzar, valor que se promete, se proclama, se aspira, se teme, se restringe o se aniquila. Es algo que se mueve en el plano de la conquista. La liberación es el proceso por el cual se alcanza la libertad a base de remover los obstáculos que la impiden. Este proceso de liberación puede entenderse a dos niveles: el socio-histórico-político y el biográfico-personal-moral.

-Como propiedad que se posee, como algo que está dado, en el mismo modo que lo están la afectividad, el pensamiento o la voluntad. La libertad se presenta entonces como una propiedad de algunas acciones voluntarias. En este sentido, el hombre es libre en cuanto que puede elegir, pues hay un ámbito de acciones que depende de su libre decisión.

-Como lo más radicalmente constitutivo del ser humano, como lo máximamente sagrado e intocable que hay en él. La libertad no es tanto algo que se tiene sino lo que se es. El ser se aparece a uno como libertad.

### **2. La dinámica de la libertad**

Bien sea un valor a conquistar, una propiedad que se posee o lo más radicalmente constitutivo del ser humano, siempre nos preguntaremos si cabe el crecimiento, si se puede ganar más libertad, pues si no es así, el tema de la libertad pierde su interés.

---

<sup>215</sup> Cfr. Concilio Vaticano II, Const. Past. *Gaudium et Spes*, n. 53, en AAS 58 (1966), p. 1075.

<sup>216</sup> Cfr. Wojtyła K., *Discorso all'Unesco*, en Rigobello A. (a cura), *L'uomo nel mondo*, Armando, Roma 1981, p. 67.

<sup>217</sup> Cfr. Arregui J.V., Choza J., *Filosofía del hombre*, ob. cit., pp. 381-400.

A lo largo de los siglos se ha desarrollado un proceso histórico para retirar los obstáculos a la libertad. Así hemos pasado por diversas etapas:

-Desarrollo de la ciencia y de la técnica: libera al hombre del sometimiento a la naturaleza.

-Desarrollo político y social: se evita el dominio de unos hombres sobre otros, se promueve la igualdad social, el derecho de todos a participar en el ejercicio del poder político mediante la democracia.

- Desarrollo de la libertad de pensamiento y decisión.

Sin embargo, a pesar de los logros enormes en este proceso de emancipación, han aparecido también resultados ambiguos: el dominio de la técnica y la naturaleza amenaza ahora con destruirla, han aparecido nuevas formas de tiranía social y política, se controla la intimidad de los individuos, etc., estos límites nos tienen que llevar a considerar de modo crítico el concepto moderno de libertad.

De esta consideración podemos extraer los primeros postulados:

1. La libertad no es desvinculable de la verdad y del bien. Como afirma Ayllón, en el acto libre entran en juego las dos facultades superiores del alma: la inteligencia y la voluntad; la voluntad elige lo que previamente ha sido conocido por la inteligencia. La persona se decide cuando elige una de las posibilidades debatidas, pero no es ella misma la que obliga a tomarla, es la propia persona la que la hace salir del campo de lo posible<sup>218</sup>.

2. La libertad puede crecer pero es finita y limitada. No es sólo que la realidad limita nuestra libertad porque no es permeable a nuestros deseos, es que la limitación se sitúa en el origen. Nadie elige el modo de ser, ni la constitución biológica, ni el temperamento, ni su entorno educativo y social. Todo ello está ya dado antes de que se constituya la voluntad libre. Es lo que han llamado la *síntesis pasiva*.

Se dice que la libertad no es absoluta pues el hombre y sus facultades tampoco lo son. Hay una triple limitación: física, psicológica y moral. Tampoco hay que olvidar que la libertad tiene carácter instrumental: está al servicio del perfeccionamiento humano, está en función del proyecto vital que cada hombre desea, es el medio para alcanzarlo. La libertad interesa porque hay algo más allá de la libertad que la supera y marca su sentido: el bien<sup>219</sup>.

3. La libertad y la vivencia de libertad no coinciden. Puede haber una gran *sensación* de libertad y una libertad real mínima. Decir que se es libre porque se opera por impulsos y no por obligaciones, es un modo de engañarse. La sensación de libertad aparece cuando se actúa sin ningún compromiso porque no se sabe por qué se actúa de determinado modo. Cuanto más libre es alguien, más predecible es su conducta. La conducta libre se *comprende* con base a motivos y razones, mientras que la actuación caprichosa se *explica* con base en procesos causales de corte psicológico. La libertad no es arbitrariedad o indeterminación pura, sino más bien la capacidad de autodeterminarse.

---

<sup>218</sup> Cfr. Ayllón J.R., *En torno al hombre*, Rialp, Madrid 1995, p. 111.

<sup>219</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 113-114.

### 3. Los sentidos de la libertad

Las dimensiones que hemos estudiado al comienzo de este apartado, se corresponden con los diferentes sentidos de la libertad:

**a-Libertad fundamental:** radical apertura del hombre a la realidad. Es *querer* en su máxima infinitud y reflexividad. El hombre, gracias a la libertad, elige su propio papel, por eso el hombre tiene historia. Es una de las diferencias fundamentales con los demás animales, que ya están determinados por su constitución biológica, en cambio el hombre es más que un animal.

**b-Libre albedrío:** capacidad de autodeterminación y elección del ser humano. Es el *preferir* o *elegir*.

**c-Libertad moral:** la que el hombre consigue para sí mediante el ejercicio de su libre albedrío, es decir, la autoposesión o dominio de sí. Es el *poder*.

**d-Libertad política:** la que se da a sí misma la comunidad política. Es el *ser permitido*.

Para el interés de nuestro estudio vamos a desarrollar brevemente la libertad fundamental y el libre albedrío pues son las formas de libertad que servirán de elementos de juicio posteriormente.

**La libertad fundamental** se vivencia como un “encontrarse existiendo”, como inquietud de libertad o como libertad tendencial. Posteriormente se vivencia en conexión o en función de las diversas determinaciones particulares de índole biopsicológica y sociocultural. Es decir, posteriormente se vive en relación con el trabajo, con lo que el sujeto quiere ser en el orden social-profesional; en relación con la comunidad social política, según las vinculaciones e identificaciones que el sujeto quiera crear, en relación con los principios morales y religiosos, según las vinculaciones que el sujeto establezca. Y en función de todas estas posibilidades el sujeto puede ejercer su libertad de formas positivas, como son las de autohegemonía, autarquía, autointerpretación, autodeterminación y autodecisión, o de formas negativas, como son las de capricho, la arbitrariedad, la seducción, la esclavitud, la vileza y la aniquilación de sí.

La libertad fundamental es pues, reflexividad e infinitud de la voluntad y del intelecto, y en un segundo lugar, es autodeterminarse a ser sí mismo, autodestinarse a una autorrealización que es a la vez realización de lo valioso, de algo que vale la pena. Por eso, la libertad fundamental se continúa en el libre albedrío, en la libertad moral y en la libertad pública.

Según Yepes, esta libertad fundamental o constitutiva llega hasta el nivel más profundo del hombre; no es una mera propiedad de sus actos, sino de su mismo ser. De esta afirmación, el mismo autor hace tres consideraciones<sup>220</sup>:

1. Libertad constitutiva consiste en ser *una intimidad libre*, un espacio interior que nadie puede poseer si uno no quiere, y en el cual uno está, de algún modo, a disposición de sí mismo. Se trata de un espacio interior inviolable, de tal forma que ningún cautiverio, prisión o castigo puede suprimir este nivel tan profundo de libertad. Esta libertad interior o

---

<sup>220</sup> Cfr. Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., pp. 159-163.

constitutiva es de la que mana la dignidad de la persona y es la base de los derechos del hombre y del ordenamiento jurídico.

2. La libertad constitutiva es *apertura* a todo lo real, es tener una amplitud irrestricta de posibilidades. La prisión es la limitación de esta libertad, en cuanto que el hombre no puede *salir de sí*. Pero el espíritu, además de apertura, es actividad. La libertad debe realizarse: cada uno debe diseñar libremente su conducta, es inclinación a autorrealizarse.

3. El hombre no es sólo libertad, pues en tal caso no sería nada. La libertad constitutiva convive con lo que uno ya es. Es lo que ya hemos visto antes, al hablar de los límites de la libertad, lo que llamamos *síntesis pasiva*. Imaginarse una libertad pura, carente de condiciones y de síntesis pasiva, sin limitación, es una utopía: una libertad así, sencillamente, no existe. Nuestra libertad es una libertad situada, parte de una situación determinada. Quien se imagina la libertad como ausencia total de barreras se mueve en el plano de la abstracción inexistente.

En cuanto que la voluntad se autodetermina desde dentro y no con base a motivos externos, cabe decir con verdad que el hombre no es libre porque puede elegir, sino que puede elegir porque es libre. La raíz de la libertad no está tanto en la posibilidad de elección, en la existencia de alternativas, como en la autoposesión. El hombre no es libre tanto porque elige cuanto porque es señor de sus propios actos, dueño de ellos en cuanto que no le son arrancados desde fuera.

Victor Frankl, tras la experiencia que le dió su condición de psiquiatra durante su estancia en los campos de concentración nazis, describe así la libertad interior:

“Los que estuvimos en campos de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba. Puede que fueran pocos en número, pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas, la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias, para decidir su propio camino.

Y allí, siempre había ocasiones para elegir. A diario, a todas horas, se ofrecía la oportunidad de tomar una decisión, decisión que determinaba si una se sometería o no a las fuerzas que amenazaban con arrebatarle su yo más íntimo, la libertad interna; que determinaban si uno iba a ser o no el juguete de las circunstancias, renunciando a la libertad y a la dignidad, para dejarse moldear hasta convertirse en un recluso típico.

Es esta libertad espiritual, que no se nos puede arrebatar, la que hace que la vida tenga sentido y propósito”<sup>221</sup>.

La autodeterminación de la voluntad desde dentro puede llamarse **libertad psicológica o libre albedrío**. La liberación es, pues, posible como remoción de obstáculos que impiden el ejercicio de la libertad y no como creación de algo que no se poseía antes en absoluto. La libertad psicológica es un límite constante en el que se puede cifrar la dignidad humana. El hombre no puede degradarse hasta el punto de perder su libertad constitutiva.

La libertad psicológica o libre albedrío es la capacidad de autodeterminación de la voluntad que se expresa, a su vez, en la capacidad de ejercicio (ejercitar la libertad o no) y en la capacidad de especificación (podemos especificar la libertad de una u otra manera). Esta libertad de elección se experimenta espontáneamente en nuestra conciencia pues todos tenemos experiencia de que algunas de nuestras acciones proceden de una libre elección.

Hay tres formas de entender esta libertad psicológica:

1. Por defecto: supone decir que esta libertad es solo aparente en cuanto que esta determinada por lo que hemos llamado síntesis pasiva. Todos los factores que la integran reducirían casi a cero el margen de la libertad de elección. Este planteamiento es frecuente en las ciencias sociales que buscan en los fenómenos humanos sus causas anteriores en el tiempo: por ejemplo, los criminales serían enfermos y, por tanto, no culpables pues su enfermedad les determina a delinquir.

Queda claro que una cosa es que la síntesis pasiva *condicione* nuestra capacidad de elección y otra muy distinta es que *suprime* esta capacidad. Es lo mismo que afirma V. Frankl: “El hombre no está totalmente condicionado y determinado; él es quien determina si ha de entregarse a las situaciones o hacer frente a ellas. En otras palabras, el hombre en última instancia se determina a sí mismo. El hombre no se limita a existir, sino que siempre decide cuál será su existencia y lo que será al minuto siguiente”<sup>222</sup>.

2. Por exceso: supone afirmar que la esencia de la libertad es la mera elección, independientemente de que uno elija bien o mal. El representante típico de esta mentalidad es Stuart Mill, quien afirma por ejemplo: “La *espontaneidad individual* tiene derecho al libre ejercicio. Los demás pueden ofrecerle, hasta entrometerse, consideraciones que ayuden a su juicio, o exhortaciones que refuercen su voluntad; pero es él quien al final decide. Todos los errores que probablemente cometa a pesar de estos consejos o advertencias, están lejos de compensar el mal que supone permitir que otros le impongan aquello que ellos consideran un bien para él”<sup>223</sup>. Según esta mentalidad lo que hace bueno un valor no es que sea bueno en sí mismo,

---

<sup>221</sup> Frankl V., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1993, p. 69.

<sup>222</sup> *Ibidem*, p. 125.

<sup>223</sup> Stuart Mill J., *Sobre la libertad*, ob. cit., p. 175.



sino que haya sido libremente elegido. Lo importante es que cada cual haga lo que quiera mientras esto no perjudique a los demás.

El poner la libertad de elección como primer valor trae algunas deficiencias:

-Se dejan en la penumbra los condicionamientos de la elección. Concibe la libertad como espontaneidad pura, pero vivir con autenticidad significa no renunciar a lo que uno ya es.

-Se prima la espontaneidad y el desarrollo de la persona, pero no se recomienda ningún valor en especial, ni un fin más que otro, salvo que todos hagan lo que espontáneamente quieran.

-Se plantea un problema difícil cuando la libertad de uno se relaciona con la de los demás. Si no existe un acuerdo previo acerca de lo que es bueno y malo, no se puede lograr una convivencia, pues prevalecería el individualismo.

-Se confunde libertad con espontaneidad. Se piensa que actuar espontáneamente, sin ningún condicionamiento es actuar libremente. Se olvidan de que la libertad es la adecuada gestión del sí y del no.

3. El justo medio entre el determinismo y el puro elegir: coloca la libertad en el lugar que le corresponde. Esta tercera postura afirma que:

-Algunas decisiones humanas son fruto de la libertad de elección (ni todas, ni ninguna).

-La elección puede ser acertada o desacertada. La bondad o maldad de la elección no depende de la espontaneidad con que ha sido realizada, sino de la adecuación a una tabla de valores previos aceptados y aprendidos. Estos criterios nacen de la inclinación natural del hombre a la verdad y al bien, y se aplican mediante la prudencia a cada caso en particular.

-Hemos de prestar atención a las consecuencias de nuestros propios actos tanto en nosotros mismos como en los demás.

### ***3. La antropología del modelo Paternalista***

Una vez estudiado el Modelo Paternalista y los principales elementos antropológicos necesarios para hacer un juicio, podemos afirmar:

#### **a-Respecto a la constitución del ser humano**

Este Modelo se centra en el plano científico-positivo a la hora de concebir la persona del enfermo. En los casos que hemos estudiado en los que no se aceptaba el Paternalismo, la crítica estriba en que el paciente para el médico paternalista, entendido en sentido estricto, es un objeto de observación científica al que le aplicará el tratamiento empírico que logre un mayor beneficio desde el punto de vista estrictamente médico. No entra a considerar la subjetividad de la persona, ni su trascendencia. Es el caso del médico-funcionario, que sólo ve números en sus pacientes o, a lo sumo, ve enfermedades. El enfermo le interesa como objeto de su trabajo. No llega a descubrir la dignidad de la persona enferma.

En los casos en los que está aceptado el paternalismo, normalmente el bien biomédico coincide en la realidad con el bien integral, por este motivo está justificado.

### **b-Respecto a la libertad**

El médico paternalista solicita al enfermo que le entregue su libertad, dado que considera la libertad en el plano más inferior, es decir, entiende la libertad como un valor a conquistar. Identifica la salud con la libertad de tal forma que, como el médico es quien tiene el conocimiento y la técnica para lograr la salud, es quien decide por el individuo si este quiere recuperar también su libertad.

Es en este contexto de relación médico-paciente donde se han dado, a lo largo de los siglos, los mayores abusos por parte de los médicos.

En los casos en los que se acepta el Paternalismo, normalmente no hay interferencia con la libertad del paciente pues éste está inconsciente o no tiene capacidad de expresar su libertad.

Vemos que, según el análisis que hemos realizado de los principales elementos antropológicos, el Modelo Paternalista se queda en el nivel más bajo de ambos. Posiblemente es el nivel que se correspondía a la concepción del hombre en la época en que éste era el único Modelo de relación, pero el desarrollo de la ciencia antropológica, la mayor madurez de la sociedad ha hecho que este plano de análisis quede superado rápidamente por el siguiente Modelo.

## **4. Antropología del modelo de la Autonomía**

Siguiendo con el esquema de análisis utilizado en el apartado anterior podemos ver que:

### **a-Respecto a la constitución del ser humano**

Este Modelo avanza un poco más respecto a la consideración exclusivamente materialista y llega, gracias al enorme influjo e impulso del racionalismo y del individualismo, al plano de la interioridad subjetiva. De todos modos, la concepción materialista de la Bioética laica acaba en la separación conceptual entre “ser humano” y “persona”, en otras palabras, no todos los seres humanos son considerados personas, en consecuencia no todos los seres humanos son sujetos morales dignos de ser respetados<sup>224</sup>. Esta disyuntiva es reflejo de la concepción dualista de herencia cartesiana que ya hemos estudiado con anterioridad. Un problema que se genera inmediatamente de esta concepción es el de la identidad de la persona<sup>225</sup>: ¿para ser persona es necesario ejercer actualmente o haber ejercido las capacidades propias de la persona? ¿es persona el hombre dormido, el que está en coma profundo, el niño no nacido, el discapacitado, etc.? ¿quien no tiene conciencia de sí es ya o todavía persona?, ¿un feto de tres semanas es *vida humana* o persona? Los defensores de este Modelo dicen que sólo se es persona una vez que se ha actuado como tal, reduciendo el hombre a sus acciones, según la explicación materialista. A partir de este Modelo se

---

<sup>224</sup>Cfr. Tortoreto, Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato...*, ob. cit., p. 954.

<sup>225</sup> Cfr. Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., p. 84.

puede defender, dentro de las relaciones médico-paciente, el aborto, la eugenesia, la eutanasia, el suicidio asistido, y cualquier intervención médica en contra de la dignidad de la persona.

### **b-Respecto a la libertad**

En este campo es donde se caracterizan de forma más evidente los defensores del Modelo de Autonomía, en cuanto que identifican libertad con posibilidad ilimitada de elección. Defienden la autodeterminación absoluta del hombre.

Un ejemplo lo vemos al contemplar como defienden el Principio de Autonomía algunos autores: “La afirmación de que todo individuo capaz tiene la libertad y el derecho de decidir a qué tratamiento someterse, y de que nadie puede sustituir su voluntad, constituye un desarrollo coherente de la libertad y la autonomía del individuo”<sup>226</sup>. Se puede apreciar como estos autores opinan que, gracias al desarrollo de su Modelo ético de relación, han conseguido devolver al hombre la libertad originaria.

Esta ideología de corte liberalista promueve la absolutización de la libertad por encima de cualquier otro valor: el hombre es el único protagonista de la historia y su libertad es norma de sí misma: no existen para ella criterios exteriores y objetivos.

Como afirman Tortoreto y Sgreccia<sup>227</sup>, al absolutizar el Principio de Autonomía en el campo médico se corre el riesgo de transformar el derecho a la libertad en su caricatura, es decir, en el derecho a ser dejado solo.

Para analizar los límites de este Modelo podemos aplicar los mismos criterios que hemos utilizado al estudiar los límites de la concepción que da un valor absoluto a la libertad psicológica o libre albedrío:

a-La absolutización de la capacidad de elegir, sin tener en cuenta la llamada síntesis pasiva y los condicionamientos propios de la naturaleza humana, lleva a estos autores a identificar la libertad con el poder o dominio: todo lo que se puede hacer es válido. No tienen en cuenta que antes, hay que ser consciente de lo que uno es, y aprobar o rechazar cada uno su propio pasado. El que una persona tenga la posibilidad real de acceder a un tratamiento esterilizador, por ejemplo, no quiere decir que éste sea bueno sólo porque la técnica lo permite. El médico debe explicar al paciente que - como persona- tiene que considerar lo que es, considerar su propia dignidad y, después de este juicio, valorar si esa acción es conveniente a su dignidad.

b-Una vez asegurada la elección libre, los fines de esa acción pasan a un segundo plano: ponen la bondad o maldad de una acción, no en la adecuación a un fin concreto (como puede ser la actuación por el bien del enfermo, por ejemplo), sino en si dicha acción ha sido fruto de una libre capacidad de elección. De este modo, se llega a defender el derecho de un paciente a solicitar a su médico su propia muerte, alegando que esa decisión tiene como origen su libertad de elección.

---

<sup>226</sup> Cfr. Santosuosso A., *Il Consenso Informato*, ob. cit., p. 38.

<sup>227</sup> Cfr. Tortoreto Sgreccia E., Schiavoni, *Il Consenso Informato...*, ob. cit., p. 955.

c-Si un paciente tiene derecho a realizar lo que quiera, suponiendo que su libertad es absoluta, este planteamiento choca muchas veces contra el mismo derecho de otros pacientes o del propio médico. Por ejemplo, si un paciente que llega a Urgencias, tras un leve traumatismo craneal, piensa que tiene derecho a que le sean realizadas todas las pruebas diagnósticas que él quiera por el hecho de que las puede pagar, entraría en conflicto con el derecho a esas mismas pruebas que tienen los pacientes que realmente sí las necesitan, dada la limitación de recursos técnicos y humanos que en toda sociedad existe. Otro ejemplo se da cuando entran en conflicto de conciencia, entre médico y paciente, la conveniencia o no de un determinado tratamiento que afecta a valores importantes como la vida. No se puede dar solución si no se tiene un sistema de valores por encima de la libertad de cada uno, que oriente la decisión objetiva.

El Papa Juan Pablo II, en un discurso a los participantes en un Congreso Internacional de Bioética, hacía referencia a las consecuencias que produce esta concepción de la libertad: “Las raíces de las contradicciones que existen entre las solemnes afirmaciones de los derechos del hombre y la negación trágica de estos mismos en la práctica, residen en una concepción de la libertad que exalta de modo absoluto el individuo singular y no lo dispone a la solidaridad, al plano del servicio a los demás”<sup>228</sup>.

d-Si se pierde de vista la relación de la libertad con la verdad y el bien, se acaba justificando cualquier atrocidad y cualquier abuso sobre la dignidad de la persona humana. Esto es lo que denuncia el Papa Juan Pablo II en la Encíclica *Veritatis Splendor* cuando escribe: “En la base se encuentra el influjo, más o menos velado, de corrientes de pensamiento que terminan por erradicar la libertad humana de su relación esencial y constitutiva con la verdad”<sup>229</sup>. También en este punto Juan Pablo II afirma, hablando de los derechos humanos, que es precisa “una concepción de libertad unida a la verdad y a las demandas de una ley moral trascendente”<sup>230</sup>, y en otro discurso recuerda también que “la concepción subjetivista de la libertad -desvinculada de la ley moral- se funda en graves errores relativos a la naturaleza misma de la persona y sus derechos”<sup>231</sup>.

## **5. Antropología del modelo de la Beneficencia**

### **a-Respecto a la constitución del ser humano**

Defienden el plano de la *interioridad objetiva*. Como afirma Sgreccia en su Manual, la Bioética Personalista parte de la concepción de que el alma está unida substancialmente al cuerpo y no de un modo accidental en cuanto co-

---

<sup>228</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti ad un Congresso Internazionale di Bioetica*, 17-II-96, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIX/1 (1996), p. 345.

<sup>229</sup> Juan Pablo II, *Enc. Veritatis Splendor*, 6-VIII-93, n. 4b, en AAS 85 (1993), p. 1136.

<sup>230</sup> Juan Pablo II, *El respeto de los derechos humanos*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIV/1 (1991), p. 1715.

<sup>231</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti al Symposium su’Evangelium Vitae e Diritto*, 24-V-96, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIX/1 (1996), pp. 1345-1348.

principio de la persona. Continúa diciendo que todo acto médico y toda intervención sobre la corporalidad del individuo tiene que tener en cuenta esta riqueza y este lazo alma-cuerpo: es un acto de una persona sobre otra persona con la mediación corpórea<sup>232</sup>.

Ante las opiniones defendidas por algunos autores respecto de si todo ser humano se puede considerar persona, con las implicaciones prácticas que esta concepción conlleva, Spaemann<sup>233</sup> afirma que : “La personalidad es, por tanto, el elemento constitutivo del ser humano, no una cualidad suya y, desde luego, en ningún caso, una cualidad adquirida gradualmente. Puesto que por determinadas características se reconocen como personas a los individuos normales de la especie *homo sapiens*, hemos de considerar personas a todos los individuos de esa especie, incluso aquellos que todavía no están en condiciones de manifestarlas”. Nosotros añadimos que también se deben considerar personas aquellas que, bien por enfermedad psíquica o por la edad avanzada, han perdido parte de esas características que cita Spaemann.

Lo que define a este Modelo es, precisamente, la actuación buscando el bien de la persona del enfermo, entendiendo la persona desde el punto de vista de la Ética Personalista. No se queda en la búsqueda del bien físico, sino que también tiene en cuenta el bien psicológico, espiritual, etc.; también el respeto y la restitución de la libertad como uno de los bienes más importantes que hay que lograr. El Papa Juan Pablo II, hablando al personal médico de un hospital, les decía que “la actividad sanitaria tiende, por su misma naturaleza, a defender la vida y promover la salud de cualquier ser humano en dificultad”, alababa también “la preeminencia social de una profesión que tiene como fin la defensa de un bien”<sup>234</sup>.

La concepción antropológica de este Modelo conlleva necesariamente al reconocimiento del valor ético de la profesión médica, en cuanto que el objeto de la prestación sanitaria no es un objeto, sino un hombre con sus problemas humanos, los cuales no se agotan en la salud o en la economía sino que incluyen los valores espirituales<sup>235</sup>.

## **b-Respecto a la libertad**

Defienden la concepción de la libertad como libertad fundamental o constitutiva, que engloba el simple libre albedrío dentro de un proyecto esencial de vida. También en este caso analizaremos este apartado siguiendo el esquema anterior:

a-Consideran que *algunas* decisiones son fruto de la libertad de elección. Esta concepción sitúa a los defensores de este Modelo entre dos extremos: por un lado, el de aquellos que defienden un determinismo total de la acción

---

<sup>232</sup> Cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, ob. cit., p. 89.

<sup>233</sup> Cfr. Spaemann R., *¿Son todos los hombres personas?*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 31, 1997, pp. 1027-1033.

<sup>234</sup> Juan Pablo II, *al personale dell’ospedale nuovo Regina Margherita*, 20-XII-81, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IV/2 (1981), p. 1179.

<sup>235</sup> Cfr. Fazzari C., *L’Etica come elemento di professionalità dell’operatore sanitario*, ob. cit., p. 128.

humana donde no cabe la libertad, y por otro, el de quienes dan un valor absoluto al libre albedrío. En este sentido, defienden la libertad de un enfermo para decidir, por ejemplo, si prefiere un tratamiento quirúrgico o uno ortopédico ante una determinada fractura, tras haber sido informado convenientemente por el médico (el hecho de la fractura, la circunstancia previa, no tiene por qué determinar de antemano un tipo u otro de tratamiento: es el paciente quien, con su libertad y tras el estudio de otros muchos factores que él solo conoce, decide). Pero no defiende la libertad de una madre para abortar en aras de un supuesto respeto por su libertad, pues la misma circunstancia de su embarazo ya es un límite para muchas de sus acciones (al igual que una embarazada no debe tomar medicamentos que afecten al feto, drogas, realizar deportes de riesgo, etc.). En resumen, hay decisiones que uno toma con total libertad y decisiones que uno toma condicionado. Lo que no se puede es ignorar esos condicionantes.

b-Destacan que una elección puede ser acertada o desacertada. La bondad o maldad no la da el hecho de que la elección sea libre, sino la adecuación a un bien objetivo por encima del propio sujeto que decide. Esto lleva a que se estudien con prudencia las decisiones que se van a tomar, conscientes de que supone un esfuerzo el lograr la adecuación con la verdad y el bien. Lo vemos, por ejemplo, cuando un familiar piensa tomar una decisión respecto a un paciente en coma irreversible; en este caso, no se puede dejar guiar por la espontaneidad, pensando que será buena cualquier decisión que tome siempre que sea originada por una libre capacidad de decisión, sino que deberá buscar los criterios de bondad o maldad de acuerdo con el valor objetivo de la vida humana, el respeto por la dignidad de la persona, la verdad sobre la muerte, etc., y entonces tomar una decisión prudente.

c-Prestan atención a las consecuencias de los actos, tanto en uno mismo como en los demás. El hombre se enriquece o se empobrece de acuerdo con sus acciones. Esto lo vemos de forma clara ante una mutilación: quien se ordena hacer una vasectomía, por motivo anticonceptivo, pierde una parte esencial de su ser y se empobrece como persona. Pero también es evidente que un médico que realiza abortos, aparte del empobrecimiento personal, genera una enorme pérdida, tanto de los seres humanos que mata como en las madres que aceptan el aborto.

En este campo entra el binomio libertad-responsabilidad: uno es responsable de las consecuencias de las acciones que libremente ha realizado.

Hay que destacar también, como señala Sgreccia<sup>236</sup>, que existe una dimensión ética de la salud radicada en el espíritu del hombre y en su libertad: muchas enfermedades derivan de elecciones morales equivocadas (droga, alcoholismo, SIDA, violencia,...); la salud además es gestionada por la persona como un bien de la misma persona. También donde la enfermedad tiene un origen independiente de la libertad del hombre, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, etc., implican la voluntad y la libertad del sujeto.

---

<sup>236</sup> Cfr. Sgreccia E., *Manuale di Bioetica*, ob. cit., p. 95.

## CAPÍTULO 3: VALORACIÓN MORAL

En este capítulo vamos a realizar la valoración moral del Consentimiento Informado como expresión de la relación médico-paciente, dentro de cada uno de los Modelos de relación que hemos estudiado en el capítulo anterior, a la luz de las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia. Para ello, en un primer apartado, estudiaremos la aportación del Magisterio con respecto a la dignidad de la persona humana y el enfermo en particular, la relación médico-paciente, la libertad, etc., para extraer los principios morales y, posteriormente, realizaremos la valoración moral a partir de esos principios.

### A. aportación del magisterio de la iglesia

En los capítulos anteriores hemos estudiado como los problemas que se derivan del Consentimiento Informado y de las relaciones médico-paciente dependen, en gran parte, de la concepción antropológica que sustenta cada modelo de relación. En este apartado vamos a estudiar brevemente los principales elementos de la Antropología cristiana, para poder sugerir el modelo de persona sobre el que el Magisterio de la Iglesia apoya sus enseñanzas, modelo filosófico que se ha denominado Personalismo.

#### 1. Punto de partida: una antropología cristiana

##### a. El fundamento cristiano de la Antropología

La primera verdad sobre la que se asienta la enseñanza cristiana respecto de la Antropología es que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios. Es precisamente esta idea la que utiliza el Papa Juan Pablo II cuando afirma: “El fundamento más sólido de toda ley que tutela la inviolabilidad, la integridad, la libertad de la persona, reside en que es creada a imagen y semejanza de Dios”<sup>237</sup>. La Antropología cristiana parte de esta verdad sobre el origen y el fin del hombre para fundar en la Revelación su dignidad.

Profundizando en la reflexión filosófica podemos afirmar que se refiere, por tanto, al hombre compuesto de alma y cuerpo: “La unidad del alma y del cuerpo es tan profunda que el alma se debe considerar como la ‘forma’ del cuerpo; es decir, gracias al alma espiritual, la materia que integra el cuerpo

---

<sup>237</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti al Symposium su'Evangelium Vitae e Diritto*, 24-V-96, ob. cit., pp. 1345-1348; Cfr. Pablo VI, *Al XI Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Patología*, 30-X-69, en “Insegnamenti di Paolo VI” 7 (1969), pp. 717-720.

es un cuerpo humano y viviente; en el hombre, el espíritu y la materia no son dos naturalezas unidas, sino que su unión constituye una única naturaleza”<sup>238</sup>.

La Antropología cristiana, que forma parte de la Teología Moral, necesita, por tanto, de la mediación racional de una Antropología filosófica que le dé sustento. Algunos autores la han denominado *Personalismo*<sup>239</sup>. Un representante de esta línea de pensamiento filosófico es R. Spaemann quien, hablando de la dignidad humana, afirma que encuentra su fundamentación teórica y su inviolabilidad en una ontología, es decir, en una filosofía de lo absoluto<sup>240</sup>.

En este sentido, interesa advertir que, en amplios sectores del pensamiento antropológico contemporáneo, se hace sentir la presencia de un dualismo antropológico, de inspiración cartesiana, según el cual el hombre es entendido como *sujeto pensante* que termina relegando la *corporalidad* humana al mundo de lo meramente biológico, carente de significación personal. Desde semejante posición dualista, la realidad de la persona humana se recluye en el ámbito de la conciencia, que adquiere así prioridad sobre el estatuto ontológico que al ser de la persona le corresponde, con independencia de que esta persona esté naturalmente llamada a autoposeerse por el conocimiento y la libertad<sup>241</sup>.

En esta misma línea se expresaba el Card. Ratzinger, presentando la Instrucción *Donum Vitae*, en la que se insiste en la dignidad del cuerpo: “Se trata de una tesis muy importante, tanto en sí misma como en relación al contexto cultural contemporáneo. El cuerpo humano es parte constitutiva de la persona, la cual a través de él se manifiesta y expresa. Gracias a la unión con el espíritu, el cuerpo es la manifestación de la misma persona. Se puede decir también que el cuerpo es la misma persona en su visibilidad. De esto derivan consecuencias decisivas tanto a nivel antropológico como a nivel ético (...). El llamamiento de la Iglesia a esta verdad central hoy es particularmente importante. A pesar de las apariencias, existe un profundo desprecio del cuerpo, que se considera simplemente como un objeto, que se puede usar sin más. Esta concepción reductiva del cuerpo está acompañada inevitablemente por el desprecio de la persona”<sup>242</sup>. El hecho de que el ser humano no sea solo cuerpo, no significa que su materia sea despreciable, sino todo lo contrario: cualquier intervención corporal, afecta a toda la

---

<sup>238</sup> Catecismo de la Iglesia Católica, Asociación de Editores del Catecismo, Madrid 1992, n. 365.

<sup>239</sup> Cfr. Fazio M., *Autonomia assoluta versus autonomia relativa*, en “La Società”, n. 2, 1995, pp. 301-318.

<sup>240</sup> Cfr. Spaemann R., *Sobre el concepto de dignidad humana*, en Massini C.I., Serna P., *El Derecho a la Vida*, Eunsa, Pamplona 1998, pp. 81-110.

<sup>241</sup> Cfr. Santos M., *La Bioética y el Catecismo de la Iglesia Católica*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, pp. 59-85.

<sup>242</sup> Ratzinger J., *El don de la vida. Instrucción y Comentarios*, Palabra, Madrid 1992, pp. 18-22.



persona con toda su dignidad. De ahí surge una primera conclusión: la supremacía de la Ética sobre la técnica, de las personas sobre las cosas<sup>243</sup>.

Según las tesis dualistas, el cuerpo humano no es algo que el hombre *es*, sino algo que el hombre *tiene*: un mero instrumento del que el hombre ha de servirse para el logro de sus “valores personales”. El cuerpo no tiene en sí mismo una verdad y un valor propios. No es el respeto a su pretendida dignidad, como algo constitutivo de la persona, sino el criterio de utilidad y eficacia quien inspirará las decisiones que sobre él se tomen. De esta forma, se acaba llegando a las mismas tesis que defiende el cientifismo positivista: la relación de la persona con la corporalidad humana sería la relación del artista con sus materiales: las realidades corporales, biológicas del hombre no pertenecerían al ámbito del *respeto*: son *cosas* y, por tanto, estarían sometidas al uso, a la manipulación, a la categoría de la simple *eficacia*.

Juan Pablo II explica que, la correcta concepción del hombre y su valor único, se deriva también de que es la única criatura que Dios ha querido por sí misma<sup>244</sup>. En la misma Encíclica, un poco más adelante, el mismo Juan Pablo II insiste en una visión de la persona humana cuya estructura óptica sea de apertura hacia Dios y hacia los demás. En este cumplimiento de la trascendencia metafísica de la persona se cumple la vocación del hombre<sup>245</sup>. Respecto a la trascendencia de la persona humana, el Concilio Vaticano II afirmaba que “la Iglesia es al mismo tiempo el signo y la salvaguarda del carácter trascendente de la persona humana”<sup>246</sup>. Juan Pablo II, en su primera Encíclica, *Redemptor Hominis*, ha recogido estas enseñanzas del Concilio respecto a la constitución del ser humano: “El objeto de esta premura es el hombre en su única e irrepetible realidad humana, en la que permanece intacta la imagen y semejanza con Dios mismo (...). El hombre tal como ha sido ‘querido’ por Dios, tal como El lo ha ‘elegido’ eternamente, llamado, destinado a la gracia y a la gloria, tal es precisamente ‘cada’ hombre, el hombre ‘más concreto’, el ‘más real’; éste es el hombre, en toda la plenitud del misterio, del que se ha hecho partícipe en Jesucristo, misterio del cual se hace partícipe cada uno de los hombres vivientes sobre nuestro planeta, desde el momento en que es concebido en el seno de su madre”<sup>247</sup>.

## **b. La libertad cristiana**

Si el hombre es apertura a los demás y si esta apertura se realiza sólo donándose, este donarse debe ser libre. En la libertad el hombre se realiza a sí mismo, y por eso la Iglesia tiene como método el respeto de la libertad. Pero, como afirma Fazio, “la libertad es plenamente valorizada solamente a través de la aceptación de la verdad: en un mundo sin verdad, la libertad

---

<sup>243</sup> Nuñez García J., *Los desafíos de la Bioética actual*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 36, 1998, p. 805; Cfr. Pablo VI, *Al Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos*, 1-VI-72, en AAS 64 (1972), pp. 432-436.

<sup>244</sup> Juan Pablo II, Enc. *Centesimus Annus*, n. 11, en AAS 83 (1991), p. 806.

<sup>245</sup> *Ibidem*, n. 41, p. 844.

<sup>246</sup> Cfr. Concilio Vaticano II, Const. Past. *Gaudium et Spes*, n. 76, ob. cit., p. 1099.

<sup>247</sup> Juan Pablo II, Enc. *Redemptor Hominis*, n. 13, en AAS 71 (1979), p. 285.

pierde su consistencia”<sup>248</sup>. En el panorama actual de la discusión ética, el tratar de delimitar el significado de la libertad cuenta con el lastre de entender este concepto de un modo excesivamente débil. Se entiende habitualmente libertad como simple autonomía, con relación a la cual la proposición de ideales éticos positivos es vista como proposición de límites a la autonomía personal, y la noción misma de verdad es temida como una instancia externa portadora de una potencial amenaza absolutista. La debilidad de tal concepto de libertad no reside tanto en una subyacente profesión de escepticismo filosófico, cuanto en la tesis positiva de que es bueno y deseable que la verdad moral no pueda ser alcanzada. Se crea, de este modo, una dialéctica negativa entre libertad y verdad moral<sup>249</sup>. El problema de la relación entre verdad y libertad lo afronta el Papa Juan Pablo II, sobre todo, en la Encíclica *Veritatis Splendor*. El Papa sostiene la capacidad de la razón natural para conocer la verdad moral. Para ser libre el hombre debe saber distinguir el bien del mal, distinción que realiza con la luz de la razón natural, “reflejo en el hombre del esplendor del rostro de Dios”<sup>250</sup>.

La autonomía del hombre es la propia de su libertad: una libertad creada, guiada por la ley moral que tiene por autor al mismo Dios; es, por tanto, una autonomía relativa. La visión del hombre de corte liberal, que presenta un individuo independiente, autónomo, escéptico ante los valores últimos, aparece como un vano intento de absolutizar lo relativo<sup>251</sup>. Es lo que denuncia el Papa Juan Pablo II en la *Veritatis Splendor*: “En algunas corrientes de pensamiento moderno se ha llegado a *exaltar la libertad hasta el extremo de considerarla como un absoluto, que sería la fuente de los valores*. En esta dirección se orientan las doctrinas que desconocen el sentido de lo trascendente o las que son explícitamente ateas”<sup>252</sup>. Un poco más adelante, trata de la justa autonomía de la razón práctica “que significa que el hombre posee en sí mismo la propia ley, recibida del Creador (...). La libertad del hombre y la ley de Dios se encuentran y están llamadas a compenetrarse entre sí”<sup>253</sup>.

Otra importante Encíclica para entender los problemas que se derivan de una concepción subjetivista e individualista de la libertad es la *Evangelium Vitae*, donde se lee: “Cada vez que la libertad, queriendo emanciparse de cualquier tradición y autoridad, se cierra a las evidencias primarias de una verdad objetiva y común, fundamento de la vida personal y social, la persona acaba por asumir como única e indiscutible referencia para sus propias decisiones no ya la verdad sobre el bien o el mal, sino sólo su opinión subjetiva y mudable o, incluso, su interés egoísta o su capricho”<sup>254</sup>.

---

<sup>248</sup> Fazio M., *Autonomia assoluta versus autonomia relativa*, ob. cit., p. 314.

<sup>249</sup> Cfr. Rodríguez Luño A., *Ética General*, Eunsa, Pamplona 1993, p. 177.

<sup>250</sup> Juan Pablo II, *Veritatis Splendor*, n. 42, op. cit., p. 1166.

<sup>251</sup> Fazio M., *Autonomia assoluta versus autonomia relativa*, ob. cit., p. 315.

<sup>252</sup> Juan Pablo II, *Veritatis Splendor*, n. 32a, ob. cit., p. 1159.

<sup>253</sup> *Ibidem*, n. 40-41a, pp. 1165-1166.

<sup>254</sup> Juan Pablo II, Enc. *Evangelium Vitae*, n. 19, en AAS 87 (1995), p. 422.

Comentando esta misma Encíclica, R. Lucas plantea el problema en los siguientes términos: “El subjetivismo cognoscitivo conduce al individualismo de la libertad. Existe un libertinaje cognoscitivo que da origen al libertinaje moral. El fulcro del libertinaje cognoscitivo es la negación de la verdad objetiva, sustituida por las opiniones personales o ambientales. El libertinaje moral niega la objetividad y universalidad de la norma, y la moral se reduce a decisión personal. La visión subjetiva e individualista de la libertad hace que el hombre se convierta en creador absoluto de sí mismo y de los valores y no reconozca ni respete el valor absoluto de la vida humana, especialmente cuando entra en conflicto con su libertad individual”<sup>255</sup>.

Para concluir este apartado sobre la libertad cristiana, podemos citar un breve pasaje de la *Gaudium et Spes*, que encuadra la relación entre dignidad del hombre y libertad: “La dignidad del hombre requiere, en efecto, que actúe según una elección consciente y libre, es decir, movido e inducido personalmente desde dentro y no bajo la presión de un ciego impulso interior o de la mera coacción externa. El hombre logra esta dignidad cuando, liberándose de toda esclavitud de las pasiones, persigue su fin en la libre elección del bien y se procura con eficacia y habilidad los medios adecuados para ello”<sup>256</sup>.

### **c. El hombre como absoluto**

Desde sus mismos orígenes, el hombre ha tenido la tentación de considerarse como un absoluto. Si bien es verdad que el hombre está por encima de los demás seres de la Creación, también es cierto que tiene sus límites: los que le propone su propia naturaleza creada. De todos modos, los filósofos han encontrado tres sentidos en los que el hombre se puede considerar como absoluto<sup>257</sup>:

## **1. En cuanto que está por encima del cosmos material**

El hombre, en cuanto persona, no se agota en la materialidad de su propio cuerpo como se agotan el resto de las criaturas materiales, sino que la trasciende abundantemente. Esto se manifiesta en sus operaciones superiores, irreductibles a la materia: la intelección, el amor, el obrar libre. Afirma también, que la clave de la excelencia humana es la presencia vitalizadora del espíritu, presencia que la ciencia no puede descubrir, aunque a menudo la entrevé, pero que aparece clara a la mirada filosófica carente de prejuicios.

El fundamento inmediato de la dignidad del hombre bascula, pues, en torno a lo que en él hay de espíritu; pero alcanza hasta las dimensiones más

---

<sup>255</sup> Lucas R., *El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana*, en *Comentario Interdisciplinar a la “Evangelium Vitae”*, BAC, Madrid 1996, p. 245.

<sup>256</sup> Concilio Vaticano II, Const. Past. *Gaudium et Spes*, n. 17, ob. cit., p. 1037.

<sup>257</sup> Cfr. Melendo T., *Sobre el hombre y su dignidad*, en “Persona y Bioética”, n. 6, 1999, pp. 59-88.

menudas de su persona. Es el espíritu el que hace del todo una realidad elevada, autárquica, íntima. Los integrantes materiales se encuentran, por tanto, elevados y, sin abandonar su condición biológica, resultan personales, merecedores no solo de respeto, sino de veneración y reverencia.

## **2. En cuanto que está más allá de la especie**

El hombre posee una independencia axiológica frente a todos y cada uno de los componentes de su misma especie. Esto significa que el valor radicalmente constitutivo de cada persona humana no surge de una relación subordinante respecto a sus congéneres, que no es función del nexo que lo liga a ellos, ni solos ni considerados en conjunto. Al contrario, cada absoluto humano goza de sentido propio al margen de la especie a que pertenece. Cada uno vale absolutamente por sí mismo.

En la escala de los seres, según los grados de perfección, por debajo de la persona humana los individuos interesan en razón de la naturaleza que poseen, porque en ellos todo se ordena a las operaciones específicas de la naturaleza. Por el contrario, en el nivel de dignidad personal, lo estimable, lo valioso para ser contemplado o para entrar en diálogo o comunión de vida, es el individuo, el ser singular que posee la naturaleza racional. El hombre es algo más que un individuo de una especie, hay en él algo más, una plenitud y una perfección de ser particulares, que no se pueden expresar más que utilizando la palabra “persona”.

## **3. En cuanto que es un fin en sí mismo**

Este es el sentido en el que se constituye al hombre como un fin terminal, o como una meta en sí mismo. Precisamente por su trascendencia respecto al conjunto del orbe material, y por destacarse también de los demás integrantes de la propia especie, la persona humana se “recoge en sí” y aparece dotada de valor autónomo, que impide su relativización radical o instrumentalización: se muestra provista de la valía que corresponde a lo que es un fin en sí, y no un mero medio para llegar a otra cosa. Toda persona humana es un fin, ninguna un simple instrumento.

El mismo autor concluye: “La dignidad inalienable del hombre se muestra sobre todo cuando no hay en el hombre nada más que su humanidad. Cuando ya no le queda juventud, belleza, poder, inteligencia, riqueza o cualquier otra de esas características por las cuales una persona puede dispensarnos un favor, sernos agradable, ser un motivo de atracción. Cuando a una persona no le queda nada, sino su *condición de persona en el sufrimiento*, en ese momento se pone de relieve con mayor elocuencia su dignidad inalienable. Por ello, la llamada a manifestar amor a la persona en ese momento es una pieza esencial de la cultura moral, del cultivo del corazón humano, y piedra de toque de la civilización”<sup>258</sup>.

---

<sup>258</sup> *Ibidem*, p. 88.

## **2. Puntos doctrinales de interés.**

A lo largo del Magisterio de los Papas, desde Pío XII hasta Juan Pablo II, el tema de las relaciones entre médico y enfermo, ha sido motivo de muchas intervenciones, la mayoría de ellas dirigidas a los propios enfermos, dándoles una clara doctrina sobre la dignidad de la persona humana, e infundiéndoles esperanza cristiana y motivos de fe.

El Catecismo de la Iglesia Católica nos sirve de introducción para nuestro estudio sobre la enfermedad y las relaciones entre médicos y pacientes: “La enfermedad y el sufrimiento se han contado siempre entre los problemas más graves que aquejan a la vida humana. En la enfermedad, el hombre experimenta su impotencia, sus límites y su finitud. Toda enfermedad puede hacernos entrever la muerte”<sup>259</sup>.

En lo que respecta a este trabajo, hemos seleccionado parte de ese Magisterio, agrupándolo en dos apartados:

### **a. Respetto a la dignidad de la persona enferma**

El Catecismo de la Iglesia Católica proporciona bastante luz para entender la dignidad del cuerpo humano, también del enfermo: “La persona humana, creada a imagen y semejanza de Dios, es un ser a la vez corporal y espiritual. El relato bíblico expresa esta realidad con un lenguaje simbólico cuando afirma que *Dios formó al hombre con polvo del suelo e insufló en sus narices aliento de vida y resultó el hombre un ser viviente* (Gen. 2,7). Por tanto, el hombre en su totalidad es querido por Dios”<sup>260</sup>.

De todos modos, ya en 1981, el Papa Juan Pablo II decía a un grupo de peregrinos enfermos: “El *handicapado* es un sujeto humano a título pleno, cuyos derechos innatos permanecen sacros e inviolables”<sup>261</sup>. También el Catecismo de la Iglesia Católica recuerda que “aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible”<sup>262</sup>.

El Catecismo de la Iglesia Católica insiste en la dignidad del cuerpo como algo querido por Dios: “El cuerpo del hombre participa de la dignidad de la *imagen de Dios*: es cuerpo humano, precisamente, porque está animado por el alma espiritual y es toda la persona humana la que está destinada a ser, en el Cuerpo de Cristo, el Templo del Espíritu Santo.

Uno en cuerpo y alma, el hombre por su misma condición corporal reúne en sí todos los elementos del mundo material, de tal modo que, por medio de él, estos alcanzan su cima y elevan la voz para la libre alabanza del Creador. Por consiguiente, no es lícito al hombre despreciar la vida corporal, sino que

---

<sup>259</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 1500.

<sup>260</sup> *Ibidem*, n. 362.

<sup>261</sup> Juan Pablo II, *A un pellegrinaggio di malati*, 17-IX-81, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IV/2 (1981), p. 278.

<sup>262</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 2276.

por el contrario tiene que considerar su cuerpo bueno y digno de honra, ya que ha sido creado por Dios y que ha de resucitar en el último día”<sup>263</sup>.

En una audiencia a la Asociación Católica de Operadores Sanitarios, el Papa Juan Pablo II, hablando de las consecuencias de la mentalidad utilitarista y materialista, afirmaba: “A estos frutos amargos lleva una concepción que tiende a negar los derechos sacros de la vida humana. En esta hipótesis, el hombre deja de tener en sí un significado absoluto y un valor inviolable y se hace, como todas las demás cosas, manipulable, es más, llega a ser instrumento de producción y consumo”<sup>264</sup>. En la misma audiencia, un poco más adelante, exhortaba: “es necesario y urgente proponer de nuevo los valores de la cultura cristiana, la cual afirma que el hombre es creatura pensada, querida por Dios; que es Dios y no el hombre la fuente y medida del bien; que existe un orden moral trascendente al hombre”<sup>265</sup>.

En el fondo, el Magisterio busca la humanización de la Medicina, es decir, concebir la persona humana de tal forma que se resalte la dignidad de la misma. En este sentido se entienden las palabras de Juan Pablo II: “En el ámbito de la relación individual, la humanización de la Medicina significa, entre otras cosas, la apertura a todo aquello que predispone a la comprensión del hombre, su interioridad, su mundo, su psicología, su cultura. Humanizar esta relación comporta a la vez un dar y un recibir, el crear esa comunión que es participación total”<sup>266</sup>. En la misma línea, añade: “trabajar sobre todo para humanizar y hacer más vivible los ambientes sanitarios, de modo que el hombre enfermo sea curado en la totalidad de cuerpo y espíritu (...), con una profunda coherencia moral y una madura conciencia de los valores éticos que están en juego”<sup>267</sup>. Esta concepción de la dignidad la defiende el Papa en todo momento, también ante quienes pretenden atentar contra la persona, en aras de la ciencia: “La ciencia no es el valor más alto al cual los demás valores deban estar subordinados. Más alto en la gradación de valores se encuentra el derecho del individuo a la vida física y espiritual, a su integridad psíquica y funcional”<sup>268</sup>.

También el Catecismo de la Iglesia Católica relaciona la investigación científica con el respeto de la persona: “La ciencia y la técnica son recursos preciosos cuando son puestos al servicio del hombre y promueven su desarrollo integral en beneficio de todos”<sup>269</sup>, otro punto dice: “Las investigaciones o experimentos en el ser humano no pueden legitimar actos

---

<sup>263</sup> *Ibidem*, n. 364.

<sup>264</sup> Juan Pablo II, *Udienza all'Associazione Cattolica degli Operatori Sanitari*, 24-X-86, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IX/2 (1986), p. 1172.

<sup>265</sup> *Ibidem*, p. 1173

<sup>266</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti alla conferenza promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari*, 12-XI-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/3 (1987), p. 1089.

<sup>267</sup> Juan Pablo II, *Ai malati ed al personale sanitario dell'Ospedale San Camilo*, 1-IV-90, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIII/1 (1990), p. 811.

<sup>268</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” III/2 (1980), p. 1007.

<sup>269</sup> Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 2293.

que, en sí mismos, son contrarios a la dignidad de la persona”<sup>270</sup>. La misma idea la recoge Juan Pablo II en la *Evangelium Vitae*: “También la investigación biomédica, campo fascinante y prometedor de nuevos y grandes beneficios para la humanidad, debe rechazar siempre los experimentos, descubrimientos o aplicaciones que, al ignorar la dignidad inviolable del ser humano, dejan de estar al servicio de los hombres y se transforman en realidades que, aparentando socorrerlos, les oprimen”<sup>271</sup>

El mismo Juan Pablo II relaciona la Bioética como Ciencia con una concepción antropológica basada en la dignidad de la persona: “La Bioética, puesta como está en el cruce de grandes realidades humanas, como la persona, la familia, la justicia social, la defensa del ambiente, sabe que debe afrontar cuestiones que tocan la frontera de la vida, para garantizar el respeto de la naturaleza según las exigencias éticas de una cultura humanística (...). Es urgente que la Bioética reflexione sobre las raíces ontológicas y antropológicas de las normas que orientan decisiones tan importantes (...). La Bioética constituye el terreno privilegiado de un sincero y fructuoso diálogo entre la Iglesia y la Ciencia (...). La Antropología iluminada por la fe y la moral, fundada sobre la trascendente dignidad del hombre, es la base sólida de una Bioética de gran aliento metafísico y social”<sup>272</sup>.

De estas enseñanzas del Magisterio podemos destacar varias conclusiones interesantes para nuestro estudio. Primero, la idea de que el paciente, por participar de la dignidad de ser persona humana, tiene que ser tratado con el mismo respeto. También resalta la unidad del cuerpo y el alma, de modo que el cuerpo participa igualmente de la dignidad de ser creado a imagen y semejanza de Dios, rechazando las concepciones que reducen el cuerpo a un mero instrumento. Por último, la necesidad de fundamentar la Bioética sobre una adecuada concepción de la persona, que destaque la dignidad trascendente de la misma.

## **b. Respeto a las relaciones médico-paciente**

Tomando pie del Mandamiento del Amor, el Papa exhortaba a los médicos católicos italianos: “Asistir, cuidar, confortar, curar el dolor humano, es un empeño que, por nobleza, utilidad, idealismo, se aproxima a la misma vocación sacerdotal. Tanto en una como en otra profesión, se encuentra de modo inmediato y evidente la manifestación del mandamiento supremo de amar al prójimo”<sup>273</sup>. Pocos años después, el mismo Juan Pablo II, habla de la misión de los médicos como misión divina, haciendo suyas unas palabras de Pío XII: “El médico ha sido designado por Dios para venir al encuentro

---

<sup>270</sup> Cfr. *Ibidem*, n. 2295.

<sup>271</sup> Juan Pablo II, Enc. *Evangelium Vitae*, n. 89, ob. cit., p. 502.

<sup>272</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti ad un Congresso Internazionale di Bioetica*, 17-II-96, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIX/1 (1996), p. 345.

<sup>273</sup> Juan Pablo II, *Ai Medici Cattolici Italiani*, 28-XII-78, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” I/1 (1978), pp. 435-440.

de las necesidades de la humanidad sufriente (...), os ha confiado la noble misión de restituir la salud”<sup>274</sup>.

El Catecismo de la Iglesia Católica recuerda que ha sido el mandato evangélico “sanad a los enfermos” (Mt 10, 8), lo que ha movido a que la Iglesia se haya dedicado especialmente a los enfermos, tanto mediante los cuidados que les proporciona como por la oración de intercesión con la que los acompaña<sup>275</sup>.

La misión del médico, de todas formas, no se limita sólo a devolver la salud física, sino que es mucho más amplia: “Del médico, el enfermo no espera sólo un cuidado adecuado, sino también el sostén humano de un hermano, que sepa hacerse partícipe de una visión de la vida, en la cual encuentre sentido también el misterio del sufrimiento y de la muerte”<sup>276</sup>.

El discurso de Juan Pablo II es claro: la única solución a los problemas de índole bioético pasa por la humanización de la Medicina: “Humanizar es proclamar la dignidad de la persona humana (...). El médico debe hacerse cargo de toda la persona humana, no sólo de un órgano”<sup>277</sup>, y más adelante, en el mismo discurso, afirma que la función del médico es “estar siempre más cerca del hombre y asistirlo frente a la ansiedad (...), en definitiva, humanizar la Medicina”<sup>278</sup>.

Juan Pablo II no es ajeno al desarrollo científico y técnico de la Medicina, y denuncia el riesgo de una deshumanización de la misma: “No se puede dejar de reflexionar sobre el hecho de que la llamada era tecnológica, que ofrece al hombre enormes posibilidades, está alimentando, a su vez, una mentalidad utilitarista y materialista, que corre el riesgo de quitar al hombre el gusto y la alegría de la propia existencia, el reconocimiento y respeto de la vida de los otros (...). El secularismo hace ver la enfermedad con criterios de productividad o utilidad”<sup>279</sup>.

En un discurso del año 87 hace un resumen de lo que debe ser el médico, su finalidad, la relación con el enfermo, etc. “El bien del hombre, buscado constante y asiduamente, es la principal motivación que debe guiaros en vuestro trabajo (...). Finalidad intrínseca a vuestra misión es la afirmación del derecho del hombre a la vida, a la dignidad (...). La norma bajo la cual deben inspirarse todas las decisiones es el mayor interés de la persona, considerada en su globalidad (...). La norma ética, fundada sobre el respeto a la dignidad de la persona, debe iluminar y poner disciplina, tanto en la fase de investigación, como en la fase de aplicación de los resultados (...). El

---

<sup>274</sup> Cfr. Pío XII, *Discorsi e Radiomessaggi*, VI (1945), citado por Juan Pablo II, *Al personale dell'Ospedale Fatebenefratelli*, 5-IV-81, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IV/2 (1981), p. 278.

<sup>275</sup> Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 1509.

<sup>276</sup> Juan Pablo II, *Al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici*, 3-X-82, ob. cit., p. 675.

<sup>277</sup> *Ibidem*, p. 674.

<sup>278</sup> Juan Pablo II, *Agli Ospedali Cattolici di tutto il mondo*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” VIII/2 (1985), p. 1648.

<sup>279</sup> Juan Pablo II, *Udienza all'Associazione Cattolica degli Operatori Sanitari*, 24-X-86, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IX/2 (1986), pp. 1170-1173.



dialogo del médico con el enfermo ayuda a que éste tenga voluntad de curarse (...). Riesgo de que la técnica sustituya a una buena relación médico-enfermo, llegando a deshumanizar la Medicina”<sup>280</sup>.

El Catecismo de la Iglesia Católica, citando un discurso del Papa Pío XII, cuando hace referencia a la solidaridad humana, habla también de la atención de los enfermos como modo de colaborar en hacer posible para todos una vida digna del hombre y del cristiano<sup>281</sup>.

Juan Pablo II es consciente de la importancia de la tradición cristiana de respeto de la dignidad de la persona, como elemento de autoridad: “Una rápida visión a la Historia de la Medicina, permite ver una singular continuidad entre los valores humanos y los valores cristianos, gracias a la cual se ha venido formando un rico patrimonio de civilización y progreso (...). Una praxis verdaderamente humanizada de la Medicina no puede quedar indiferente frente a una investigación que se ponga como fin a sí misma, ignorando las exigencias de un auténtico servicio al hombre”<sup>282</sup>.

También de este apartado podemos resumir las principales enseñanzas del Magisterio. Antes de nada, deja clara la estrecha relación que existe entre la misión del médico y la caridad evangélica, hasta el punto de comparar esta profesión con la vocación sacerdotal, por lo que tienen de nobleza, utilidad e idealismo. Destaca también como la misión del médico no se puede limitar exclusivamente a la curación del cuerpo, sino que está destinada a la persona en su totalidad, respetando la dignidad de la misma.

## **B. principios morales que se derivan del magisterio de la Iglesia**

Una vez estudiado el Magisterio reciente al respecto, estamos en condiciones de extraer una serie de principios morales con los cuales podremos realizar, más adelante, el juicio moral de cada uno de los Modelos de relación que hemos estudiado en el capítulo anterior.

Para ser más esquemáticos hemos dividido estos principios en varias categorías:

### **1. Principios antropológicos humanos**

Son los principios que se derivan de la enseñanza del Magisterio respecto de la persona humana como tal. Pertenecen a la reflexión filosófica que la tradición ha ido elaborando alrededor de la Antropología. Un conocido autor explica que la Antropología filosófica hay que estudiarla como una Ciencia racional que compromete el sentido del hombre: “Si no quiere acantonarse en la Historia de la Moral, la Ética no puede desarrollar un discurso neutro, puramente objetivo. Ha de tomar inevitablemente posición

---

<sup>280</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti ad un Congresso de Chirurgia*, 19-II-87, ob. cit., pp. 373-377.

<sup>281</sup> Cfr. Pío XII, *discurso del 1-VI- 1941*, en AAS 33 (1941), pp. 227-237.

<sup>282</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti alla conferenza promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari*, 12-XI-87, ob. cit., pp. 1084-1089.

sobre la naturaleza del hombre y su vocación. En efecto, si la moral es la Ciencia normativa categórica del obrar humano, la Ciencia de lo que el hombre debe ser --habida cuenta de su naturaleza profunda--, no puede dejar de pronunciarse sobre el sentido del obrar humano y sobre su destino. ¿De dónde viene el hombre y a dónde va? He aquí un interrogante que la moral no puede eludir (...). Es estrictamente imposible tratar de cuestiones fundamentales de la moral sin comprometer una determinada concepción del hombre. El moralista está obligado a referirse a un horizonte antropológico y metafísico”<sup>283</sup>.

Los principios morales del Magisterio los hemos agrupado, a su vez, en tres apartados:

#### **a. Respeto a la constitución antropológica del ser humano**

1. El hombre está formado de cuerpo y espíritu. El espíritu es la forma substancial<sup>284</sup>.
2. La concepción reductiva del cuerpo, como un mero instrumento, conlleva un desprecio por la persona<sup>285</sup>.
3. La Ciencia Médica debe hacer referencia a una adecuada Antropología que tenga su centro inspirador en la ontología de la persona.<sup>286</sup>

#### **b. Respeto a la concepción de la libertad humana**

1. La libertad debe estar relacionada con la verdad<sup>287</sup>, “Conoceréis la verdad y la verdad os hará libres” (Cfr. Jn. 8, 32).
2. La autonomía del hombre es relativa<sup>288</sup>.

#### **c. Respeto a las relaciones entre médico y paciente**

1. La relación sanitaria es una relación humana, entre personas<sup>289</sup>.
2. El médico no puede obrar sino cuando el enfermo le autoriza explícita o implícitamente<sup>290</sup>.
3. Es necesaria la información previa al consentimiento<sup>291</sup>.
4. El médico no tiene sobre el paciente más derecho que aquel que el propio paciente le confiere<sup>292</sup>.

---

<sup>283</sup> Léonard A., *El fundamento de la moral*, BAC, Madrid 1997, p. 11.

<sup>284</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 365.

<sup>285</sup> Ratzinger J., *El don de la vida. Instrucción y Comentarios*, ob. cit., pp. 18-22.

<sup>286</sup> Juan Pablo II, *all’Unione Giuristi Cattolici Italiana*, 5-XII-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/3 (1987), pp. 1294-1296.

<sup>287</sup> Juan Pablo II, *Veritatis Splendor*, n. 4b, ob. cit., p. 1136.

<sup>288</sup> Cfr. *Ibidem*, n. 32a, p. 1159.

<sup>289</sup> Juan Pablo II, *Al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici*, 3-X-1982, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” V/3 (1982), p. 673-675.

<sup>290</sup> Pío XII, *Ai medici dell’Istituto G. Mendel*, 24-XI-1957, en AAS 49 (1957), p. 1031.

<sup>291</sup> Juan Pablo II, *Ai partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27-X-1980, ob. cit., pp. 1008-1009.

<sup>292</sup> *Ibidem*, p. 1009.

## **2. Principios antropológicos sobrenaturales**

Son los principios que se derivan de que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, de que el hombre está formado por un cuerpo temporal y un alma eterna, y que entra en relación con Cristo a través de la Encarnación, redimido por El, llamado a participar en Cristo por la vida de la gracia y llamado a la comunión eterna con Dios.

De esta enseñanza podrían surgir multitud de principios morales pero, para el interés de nuestro estudio, se pueden destacar estos cuatro:

1. El hombre recibe su dignidad de persona por ser creado a imagen y semejanza de Dios (cfr. Gen. 1, 26)<sup>293</sup>.
2. El cuerpo participa de la dignidad de ser imagen de Dios<sup>294</sup>.
3. Dios quiere al hombre en su totalidad<sup>295</sup>.
4. El hombre se identifica con Cristo a través del sufrimiento.

## **C. juicio de los modelos de relación médico-paciente a la luz de los principios morales estudiados**

### **1. Introducción**

En un Congreso Internacional organizado por el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del *Sacro Cuore* en Roma, el Prof. Carrasco de Paula<sup>296</sup> describía el problema del justo equilibrio entre el Principio de Beneficencia y el Principio de Autonomía, donde la relación entre ambos Principios revela una específica concepción meta-ética, que se extiende desde el Formalismo moral de Kant hasta el Utilitarismo de Stuart Mill, pasando por el Personalismo; y es aquí, precisamente, donde la Teología Moral sirve de guía para estudiar y tratar de dar solución a este problema, en cuanto que precisa el lugar de la justa autonomía individual, contribuye a evitar los abusos que se pueden dar en la relación médico-enfermo, etc.

La concepción filosófico-antropológica de base, que se encuentra bajo cada uno de los Modelos estudiados, expresa una forma distinta de entender la persona del médico, la persona del enfermo, su relación mutua y la libertad con que actúan.

En muchos casos, el juicio moral de una determinada situación o actuación puede ser realizado a partir de los distintos Modelos sin que haya

---

<sup>293</sup> Juan Pablo II, *Ai Partecipanti al Symposium su' Evangelium Vitae e Diritto*, 24-V-96, ob. cit., pp. 1345-1348.

<sup>294</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 364.

<sup>295</sup> *Ibidem*, n. 362.

<sup>296</sup> Cfr. Carrasco de Paula I., *L'etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente*, en "Congresso Internazionale: L'assistenza al morente", Facoltà di Medicina dell'UCSC, Roma 15/18-III-1992, pp. 1-12.

incompatibilidad de criterio o de resultados entre los mismos<sup>297</sup>. Hay niveles de análisis en los cuales todos los estudiosos están de acuerdo. Son, por ejemplo, los niveles en los que la solución se puede dar en base al Principio de no Maleficencia o de Justicia. Es el caso, por ejemplo, del respeto de la decisión, libre y bien informada, de un paciente en estado terminal, de no ser sometido al encarnizamiento terapéutico. En este caso, dado que se considera el encarnizamiento terapéutico como un mal, es el Principio de no Maleficencia el que proporciona la solución al caso, aunque también entren en juego, en un segundo nivel de análisis, el Principio de Autonomía (en cuanto que reclama un justo derecho, reconocido por todos) y el de Beneficencia (lo mejor para ese tipo de enfermos es evitarles los sufrimientos inútiles). Normalmente, las dificultades y los conflictos entre los Principios se originan a la hora de interpretar lo que se entiende por persona humana, su dignidad, la libertad, etc. Sobre todo, las diferencias aparecen cuando se tocan temas relacionados con la vida (Eutanasia, Suicidio asistido, Testamento Vital, etc.), con la autodeterminación, etc. A continuación, vamos a estudiar cada Modelo a la luz de los Principios morales, referentes a la Antropología y a la libertad, que hemos extraído del Magisterio de la Iglesia.

## **2. Modelo Paternalista**

### **a. El bien del paciente**

Como ya hemos visto en el capítulo anterior, una de las características del Modelo Paternalista es la actuación buscando el bien del enfermo. Un primer límite moral lo encontramos cuando estudiamos, precisamente, lo que se entiende por “bien del paciente”, pues normalmente, para el médico paternalista, supone una visión reductiva del mismo.

El Modelo Paternalista presume que existen principios objetivos para determinar aquello que es mejor para el paciente, por lo que el médico puede decidir, sin apenas contar con la voluntad del paciente mismo. En definitiva, presume que el paciente le estará agradecido y reconocido por las decisiones tomadas sin su consentimiento. En la tensión entre la autonomía del paciente y su bienestar, la decisión del médico se orienta hacia el bien del paciente.

El límite principal que presenta este Modelo, según De Natale<sup>298</sup>, está en el hecho de que sólo puede ser aplicado en las situaciones de emergencia, en las cuales el tiempo para obtener el Consentimiento Informado del paciente podría causar daños irreparables al mismo. En todos los demás casos, no se

---

<sup>297</sup> Cfr. Gutiérrez Martí M., *Abandono en el Hospital: Un problema real*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 36, 1998, pp. 705-709. (La autora realiza un análisis ético de una situación concreta, en base al Principialismo clásico, utilizando el Principio de Justicia y el de no Maleficencia. El caso es sencillo y no presenta incompatibilidad a la hora de aplicar los Principios).

<sup>298</sup> Cfr. De Natale, *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente*, en “Bioetica e Cultura”, n. 7, 1995, pp. 55-72.

puede dar por descontado que, tanto el médico como el paciente, tengan la misma opinión sobre lo que es mejor para este último en cada caso, por lo que este Modelo no puede ser aceptado en estos casos.

Dado que, en la actualidad, este Modelo ya no tiene vigencia en la práctica médica habitual, salvo en las excepciones ya citadas, es difícil encontrar aplicaciones reales del mismo. Pero, abstrayendo y haciendo memoria, podemos ver que el bien del enfermo se reduce al bien biomédico, es decir, a lo que puede obtener la Medicina desde el punto de vista técnico. Es un bien directamente conectado a la competencia profesional del médico. Como es lógico, esto supone un bien intrínseco de la Medicina, es un elemento esencial de la buena Medicina, pero no es suficiente. El problema surge cuando los médicos identifican el bien biomédico con el bien integral del paciente.

De esta identificación se derivan inicialmente dos problemas:

1-Convertir al paciente en víctima del imperativo médico: esto sucede cuando el médico considera que un tratamiento que procura un beneficio técnico-fisiológico para el paciente debe ser adoptado a toda costa sin contar con otros factores. Es un problema que se da con frecuencia en los pacientes en estado terminal, cuando el médico puede tratar de imponer cualquier tipo de tratamiento que objetivamente alargue la vida, pudiendo llegar a lo que se denomina encarnizamiento terapéutico, sin ser consciente de que, en muchas ocasiones, el bien integral del paciente en este estado es que le dejen morir en paz.

En la práctica médica cotidiana, no ya en los casos extremos, también se da este problema cuando el médico desconoce las circunstancias sociales, familiares, personales, etc., del paciente y la propuesta terapéutica es poco realista dadas esas circunstancias: por ejemplo, el médico que propone a una madre de familia numerosa, de escasos recursos económicos, la permanencia de un mes en un balneario para recuperarse de una secuela de una intervención quirúrgica. Aunque técnicamente sea bueno este tratamiento, en la práctica y considerando los demás factores, lo mejor es que permanezca con su familia.

Este primer problema es consecuencia también de la escasa comunicación que hoy día se da entre médico y paciente. También el resto de los factores que hemos estudiado anteriormente para hacer referencia a la crisis de la relación médico-paciente, influyen claramente a la hora de convertir al paciente en una víctima, tanto del médico como del sistema sanitario.

2-Confundir el juicio del médico, respecto a la tolerabilidad de la calidad de vida que se deriva de un tratamiento, con la indicación médica de ese tratamiento. Esto supone un abuso del poder del médico, que alarga su competencia técnica respecto un determinado tratamiento hasta juzgar la calidad de vida ajena. Sucede, por ejemplo, cuando un médico debe decidir si aplica un tratamiento que prolongue la vida de un paciente en estado terminal, no en base al beneficio técnico de dicho tratamiento, sino en base a su criterio respecto a la calidad de vida de ese paciente. Si una vida merece ser vivida o no, es una decisión sujeta a unos valores que sólo puede tomar en consideración el propio paciente. El médico, en estos casos, debe

informar sobre los aspectos técnicos, para que el paciente pueda tomar una decisión adecuada.

El Comité Italiano de Bioética<sup>299</sup> también ha recogido la preocupación que se deriva del excesivo tecnicismo, cuando afirma que “estos progresos no han estado privados de consecuencias negativas: la mejoría y la racionalización de la asistencia al enfermo ha llevado con frecuencia a una despersonalización de la relación médico-paciente. El enriquecimiento del saber científico se ha acompañado de un empobrecimiento del componente humanista de la Medicina”. Recuerda también que la tecnología tiene valor cuando se dirige al bien del paciente como persona.

El Papa Juan Pablo II, en su primera Encíclica, explica que “el progreso de la técnica y el desarrollo de la civilización de nuestro tiempo, que está marcado por el dominio de la técnica, exigen un desarrollo proporcional de la moral y de la Ética”<sup>300</sup>. Si la Medicina se reduce, por tanto, al ejercicio de una técnica, vacía de otros valores, es fácil caer en un Paternalismo inmoral pues veremos al enfermo como un objeto, donde no cabe hacer especulaciones morales o éticas.

### **b. La voluntad del paciente**

Los ejemplos que hemos visto de Paternalismo introducen otro elemento para realizar el juicio moral de este Modelo: la actuación sin informar al paciente y sin pedir su consentimiento. Este abuso es lo que ha causado, en parte, que en la actualidad este Modelo esté abandonado y es también lo que han denunciado los Papas Pío XII y Juan Pablo II en varias ocasiones<sup>301</sup>.

Nunca está permitido el engaño al paciente con el fin de lograr su consentimiento, pues el actuar bajo engaño es un vicio de la voluntad.

De todos modos, también es importante destacar que, cuando están justificadas las intervenciones paternalistas (pacientes de urgencias, inconscientes, niños, etc.), esta justificación no se plantea a partir de su oposición o compatibilidad con la libertad o la autonomía del sujeto, sino mediante una comprensión más cabal de la moral del liberalismo individualista<sup>302</sup>. La mejor forma de establecer una justificación para los supuestos de paternalismo no consiste en estudiar los factores y circunstancias que pueden justificar determinadas restricciones a la libertad, sino a través de una propuesta positiva sobre el contenido de la autonomía, como manifestación de la libertad, la cual constituye la opción moral de la doctrina liberal. Se puede considerar la autonomía personal como un

---

<sup>299</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14-VII-95, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1995.

<sup>300</sup> Juan Pablo II, Enc. *Redemptor Hominis*, n. 15d, ob. cit., p. 289.

<sup>301</sup> Cfr. Pío XII, *Ai medici dell' Instituto G. Mendel*, 24-XI-1957, ob. cit., p. 1031.; Cfr. Juan Pablo II, *Ai partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27-X-1980, ob. cit., pp. 1008-1009.

<sup>302</sup> Cfr. Díaz Pintos G., *Algunos problemas conceptuales del Paternalismo y de la Autonomía individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 31, 1997, pp. 1157-1163.

ingrediente esencial de la buena vida, y considerar el Principio de Autonomía como uno de los Principios morales más importantes. La actuación médica sin el consentimiento del paciente, en estas situaciones de excepción aceptadas de modo unívoco, no se justifica tanto por un supuesto respeto de la autonomía (a través del llamado consentimiento anterior, tácito o hipotético), sino por el respeto de un bien superior a la propia autonomía, que es la vida del paciente. En estas situaciones no hablamos ya de Paternalismo (no hay actuación en contra de la voluntad del paciente) sino de Beneficencia.

### **c. Aplicación práctica**

Podemos considerar el Paternalismo como moralmente ilícito cuando actúa en contra de la dignidad de la persona, bien sea porque no respeta su bien integral, o bien por no respetar la justa autonomía del paciente.

Esto es lo que sucede, por ejemplo, en el caso del médico que realiza una ligadura de trompas a una paciente sin su conocimiento, tras su segundo parto por cesárea, para eliminar el riesgo de lesión uterina futura que podría suponer un tercer embarazo. En este caso, aunque sea cierto que médicamente suponga algún riesgo un tercer embarazo, no está legitimada esta actuación ya que:

-Confunde el posible bien biomédico con el bien integral de la persona. Para eliminar radicalmente un futuro riesgo, justifica una intervención que va directamente encaminada a la anticoncepción y que viola directamente la integridad y la dignidad de la persona, lesionando el bien integral de la misma. Tiene una visión excesivamente reductiva de lo que es el bien de la paciente.

-No respeta la justa autonomía del paciente en cuanto que ésta puede elegir otras formas de disminuir el riesgo del embarazo, si fuera necesario, que estén de acuerdo con sus creencias y sean acordes a la dignidad de la persona.

-Actúa sin el conocimiento y sin el consentimiento de la paciente, atentando gravemente contra su dignidad también en este punto. En este sentido se dice que la falta de Consentimiento Informado es una de las principales carencias del Modelo Paternalista.

Otra situación distinta es, en cambio, la aplicación de este Modelo en los casos de urgencia, en los que la actuación sin contar con la voluntad del paciente no va contra su dignidad, pues va encaminada, precisamente, a respetar un bien más elevado como es el de la vida o la integridad. Tomando pie del ejemplo anterior, si durante una intervención de cesárea se presentara una hemorragia incoercible, la cual sólo se pudiera contener mediante la extirpación del útero, esta intervención sería lícita pues está encaminada directamente a salvar la vida en peligro inminente. La acción médica, aunque tuviera las mismas consecuencias fisiológicas que la anterior (quedaría estéril), estaría moralmente justificada. En este caso se aplica el clásico principio moral del voluntario indirecto, pues el objeto

moral ya no es una esterilización directa, sino que es una intervención para salvar la vida, cuya consecuencia indirecta y no querida por sí misma, es la esterilización. En este caso, se actúa por el bien integral de la paciente y no se atenta contra su dignidad ni contra su justa autodeterminación, por lo que este caso ya no estaríamos dentro del Modelo Paternalismo, sino dentro del Modelo de la Beneficencia. Siguiendo con este caso, el médico deberá informar a la propia paciente, antes de realizar una cesárea, del riesgo de una posible hemorragia y de la posibilidad de tener que extirpar el útero para detenerla, para lograr su Consentimiento Informado.

### **3. Modelo de la Autonomía**

Cuando estudiábamos, en el capítulo anterior, el Modelo de la Autonomía, describíamos escuetamente las críticas más importantes que se habían realizado al mismo, agrupando los límites en tres categorías: conceptuales, contextuales y existenciales. Ahora nos disponemos a realizar una valoración moral de acuerdo con los Principios ya expuestos.

#### **a. Raíces filosóficas**

La primera valoración la vamos a realizar estudiando las raíces de este Modelo, pues es heredero, en su concepción filosófica de base, de los modelos éticos constructivistas, entre los cuales el más conocido es el de Rawls. Este autor, conocido sobre todo por sus trabajos en el ámbito de la Filosofía Política<sup>303</sup>, busca una tercera vía entre el Utilitarismo y el Intuicionismo. Rechaza el primero por llegar a conclusiones muchas veces irracionales e inadmisibles en una sociedad democrática moderna, y rechaza el segundo por su concepción heterónoma de la eticidad. La tercera vía de Rawls pretende respetar, al mismo tiempo, la racionalidad y la autonomía moral, creando una justicia procedimental pura: la justicia de los principios de la organización social básica no proviene sino -y exclusivamente- del procedimiento a través del cual se ha llegado a un acuerdo acerca de ellos<sup>304</sup>. No hay un criterio de justicia independiente, lo justo viene definido por el procedimiento mismo. El valor del bien es subordinado a lo recto o justo, no hay posibilidad de conocer objetos morales. En este Modelo, los principios de la Ética son creados por los propios destinatarios en cuanto que no aceptan un criterio heterónimo. Ante el evidente riesgo de caer en un subjetivismo moral, los defensores de este Modelo afirman que la objetividad moral consiste en el mero seguimiento de ese procedimiento de construcción, por el cual los miembros de una comunidad dan su aceptación a los principios éticos, sin referencia alguna a objetos morales cognoscibles. En resumen, podemos afirmar que “la filosofía política rawlsiana tiene como objetivo presentar las bases de un nuevo consenso, ante la ruptura del

---

<sup>303</sup> Cfr. Rawls J., *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge 1972.

<sup>304</sup> Cfr. Massini Correas C., *Los Dilemas del Constructivismo Ético*, en “Persona y Derecho”, n. 36, 1997, pp. 167-220.



“consenso tácito” que caracterizaba a la sociedad americana desde la época de la Constitución”<sup>305</sup>.

Este desarrollo, que inicialmente se ha creado en el campo de la Filosofía del Derecho, ha sido aplicado posteriormente a otros campos éticos. Así, este Modelo ético, aplicado al campo de relación médico-paciente, no admite un fin objetivo de la Medicina, un *telos* al que se dirija como bien objetivo, sino que se reduce a dar una serie de normas procedurales, siempre bajo la guía de la autonomía absoluta.

Uno de los problemas de esta metodología ética está en la llamada “falacia procedimentalista”, que consiste en la pretensión de obtener objetividad para ciertos principios prácticos basándose exclusivamente en el procedimiento racional seguido para alcanzarlos. Supone un desarrollo teórico procedimental sobre unas premisas inexistentes o injustificables. En el campo que nos afecta, en la Ética de las relaciones médico-paciente, no podemos quedarnos en un nivel de actuación que se base exclusivamente en el respeto de la autonomía del paciente como norma procedural, si antes no se define lo que es bueno para el propio paciente, pues si no se acaba en el callejón sin salida del subjetivismo.

El problema de rechazar una ley moral superior al hombre y pensar que la razón es absolutamente autónoma en sus juicios, ya lo hemos visto en el punto anterior, cuando lo denunciaba el Papa Juan Pablo II en la *Veritatis Splendor*: “Se ha atribuido a la conciencia individual las prerrogativas de una instancia suprema del juicio moral, que decide categórica e infaliblemente sobre el bien y el mal. Al presupuesto de que se debe seguir la propia conciencia se ha añadido indebidamente la afirmación de que el juicio moral es verdadero por el hecho de que proviene de la conciencia. Pero, de este modo, ha desaparecido la necesaria exigencia de verdad en aras de un criterio de sinceridad, de autenticidad, de ‘acuerdo con uno mismo’, de tal forma que se ha llegado a una concepción radicalmente subjetivista del juicio moral”<sup>306</sup>.

De este modo, una Ética construida sobre estos presupuestos antropológicos no reconoce al hombre ningún valor excepto el de afirmar su libertad individual con lucidez y autenticidad. El hombre debe tomar siempre mayor conciencia de su libertad. La moral se reduce a una ética formal, esto es, más atenta a la forma de actuar que a su contenido. Por tanto, no hay que buscar normas de comportamiento de un orden ontológico objetivo, sino afirmar la libertad individual; interesa poco, de hecho, el contenido objetivo de la acción libremente escogida; más bien, lo que cuenta es la forma de realizarla, es decir, la autenticidad con que se manifiesta la libertad. Lo verdaderamente importante no es estar objetivamente en la verdad, sino

---

<sup>305</sup> Agra Romero M.J., *J. Rawls: el sentido de justicia en una sociedad democrática*, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela 1985, p. 151.

<sup>306</sup> Cfr. Juan Pablo II, Enc. *Veritatis Splendor*, n. 32a, ob. cit., p. 1159.

estar convencido de lo que se hace. Se acaba identificando el acto bueno con el acto libre.<sup>307</sup>

Al igual que sucede en el campo político y económico, la exaltación autónoma de la libertad frente a toda norma moral objetiva, degenerará en licencia, arbitrariedad, injusticia y relativismo. En última instancia, la exaltación del individualismo violentará la naturaleza, conjuntamente individual y social, del hombre. La Antropología cristiana no concebirá nunca a la persona como un ser polarizado tras la búsqueda exclusiva de su propio bien particular, sino que lo visualizará como ordenado también en relación al bien común temporal de la sociedad<sup>308</sup>.

Cuando se absolutiza este Principio por encima de todos los demás, surge un Modelo de relación médico-paciente basado exclusivamente en el respeto por la autodeterminación absoluta del paciente. El problema, tal como lo describe Cattorini<sup>309</sup>, está en que respetar la conciencia individual y sus opciones libremente elegidas (es lo que se entiende por Principio del respeto de la autonomía) no significa ni reconocer un estatuto banalmente individualístico (hacer lo que a uno le interesa sin contar con los demás), ni degradarla a un arbitrio superficial, ni desconocer que a veces puede decidir por conductas inmorales. El mismo autor, en el mismo artículo, centra bastante bien el alcance de la conciencia individual cuando afirma que, “respetar la conciencia individual significa, más bien, advertir un valor, podríamos decir una condición de eticidad, en la voluntad que se ejercita conscientemente, coherentemente con sus propios principios y con la verdad en la que cree y sin condicionamientos externos”<sup>310</sup>. A este valor de la conciencia individual corresponde el deber de respetar esa esfera de actividad, evitando caer en el Paternalismo.

El rechazo de la concepción absolutista de la autodeterminación del paciente no significa, por tanto, el rechazo de su libertad, como pretenderían los defensores de un Modelo Paternalista duro, sino más bien, la defensa de la misma, dentro de un marco antropológico de respeto por la dignidad de la persona.

Por ejemplo, ante una situación en la que un paciente rechaza un tratamiento necesario en virtud del Principio de Autonomía, el médico no podría obrar en virtud del Principio de Beneficencia para salvarle la vida, si nos movemos dentro de este Modelo. Este conflicto es la consecuencia de la falta de una teoría que dé fundamento a los mismos principios, o para ser más exactos, se debe a la existencia de una doble y contrastante teoría: el

---

<sup>307</sup> Cfr. Lucas R., *El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana*, ob. cit., p. 255.

<sup>308</sup> Cfr. Williams R., *Libertad y Nueva Moral*, Ediciones Fundación de Ciencias Humanas, Santiago de Chile 1995, pp. 92-93.

<sup>309</sup> Cfr. Cattorini P., *I Principi dell'Etica Biomedica e il Personalismo*, ob. cit., pp. 71-91.

<sup>310</sup> *Ibidem*, p. 76.

Utilitarismo (*¿Que es lo útil?*) por un lado, y el Deontologismo (*¿Que debo hacer?*) por otro lado<sup>311</sup>.

La limitación teórica de este Modelo, que acabamos de estudiar al analizar la filosofía que lo sustenta, se complementa con la limitación en el plano de la práctica, limitación que ha destacado el propio W.T. Reich, editor de la *Encyclopedia of Bioethics*, en base a la experiencia de la gran cantidad de casos que no se pueden resolver mediante los principios<sup>312</sup>. En esta misma línea, podemos concluir que los principios representan un esquema que sirve más para hacer surgir y analizar con coherencia y rigor los problemas, que para resolverlos. Sin una teoría ética de referencia es muy difícil interpretar el contenido y el balance entre los principios<sup>313</sup>.

Los defensores de este Modelo acusan con frecuencia a la Iglesia Católica de no respetar la autonomía del enfermo. Utilizan, como veremos en el siguiente ejemplo, el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, sobre la Eutanasia "*Iura et Bona*", para arrojar sus críticas: "En este campo (en la cuestión de quién decide los tratamientos) el documento deja bien poco espacio a la posibilidad de elección del paciente y llega a afirmaciones que, bajo cierto punto de vista, resultan también duras. No habla de consentimiento o de voluntad del paciente, sino sólo del deber moral de curarse, deber al cual se adjunta incluso el *deber de hacerse curar*. Solamente cuando habla de tratamientos experimentales, se habla de consentimiento del paciente, pero es un consentimiento que se degrada a un mero deseo (...). De esta forma, no solo se reafirma esta especie de *autodeterminación limitada* que es típica de la enseñanza de la Iglesia, sino que se da paso a la más material de las heterodeterminaciones. En otras palabras, para el paciente que no adecua su voluntad a esas particulares enseñanzas morales, la sanción no es solo espiritual, sino que queda obligado a ser tratado por un médico que se considera el garante de la doctrina católica"<sup>314</sup>. El mismo autor comenta que, numerosos autores de inspiración católica, destacan la obligación moral de colaborar con los cuidados ordinarios y necesarios para salvaguardar la vida y la propia salud.

## **b. La autodeterminación**

En este Modelo, el objetivo de la relación médico-paciente, para el médico, es la de proporcionar al paciente toda la información relativa a su estado de salud, a la naturaleza de los posibles tratamientos, al tipo y probabilidad de los riesgos y beneficios; para el paciente, el objetivo es seleccionar la intervención médica que le parezca oportuna.

El Modelo presupone una diferenciación bastante clara entre hechos y valores. Los valores del paciente son bien conocidos y definidos: necesita,

---

<sup>311</sup> Cfr. Di Pietro M.L., Sgreccia E., *Etica della responsabilità in oncologia ginecologica*, en "Medicina e Morale", n. 6, 1999, pp. 1057-1071.

<sup>312</sup> Cfr. Viafora C., *I Principi della bioetica*, en "Bioetica e Cultura", n. 3, 1993, pp. 9-38.

<sup>313</sup> Cfr. Porteri C., *Bioetica: i principi e il tema del limite*, en "Cultura e Bioetica", n. 16, 1999, p. 201.

<sup>314</sup> Santosuosso A., *Il Consenso Informato*, ob. cit., p. 20.

sobre todo, conocer los hechos y, por este motivo, el médico debe proporcionarle la información de los mismos. No deja espacio para los valores del médico ni para lo que el médico piense de los valores del paciente. En calidad de experto competente, el médico tiene la obligación de dar la información más veraz y completa, de actualizarse en sus conocimientos, de consultar con los colegas cuando tenga necesidad. La autonomía del paciente ejercita, de este modo, un control estricto sobre el proceso decisional del médico.

Esta situación genera una serie de problemas e inconvenientes, sobre todo, porque los médicos, a pesar de realizar con competencia lo que el paciente ha decidido, no se hacen cargo del motivo que ha empujado al paciente a tomar esa decisión y tampoco se hacen cargo de la posible influencia que la enfermedad misma ha tenido en la toma de esa decisión por parte del paciente. Este Modelo, por tanto, perpetúa la tendencia hacia la especialización, despersonalizando la misma relación.

La misma concepción de autonomía que defiende este Modelo es discutible, desde el punto de vista filosófico, en cuanto presupone que los individuos tienen valores conocidos e inmutables. En cambio, es conocido como la capacidad de reflexionar que tiene cada persona le permite volver a considerar los propios deseos y las propias aspiraciones, y que la ayuda de una tercera persona en este campo decisional puede ser de gran ayuda<sup>315</sup>.

Otra aproximación a los límites de la autonomía personal, en cuanto derecho del paciente, la tenemos cuando ésta choca con otros derechos. Por ejemplo, si la decisión autónoma de un sujeto amenazase la salud pública, o fuese potencialmente peligrosa para otro, o implicase un coste económico desproporcionado, todos están de acuerdo con la limitación de esta autonomía. Para justificar esta limitación, Spagnolo<sup>316</sup> acude a otros dos Principios: el de Beneficencia y el de Justicia.

También es consecuencia práctica de la aplicación de este Modelo de relación médico-paciente, la defensa de la autodeterminación del paciente en temas referentes a la vida, como por ejemplo, en la eutanasia, el suicidio asistido, el testamento vital, etc. En estos casos, hay unos claros límites morales:

1.- Atenta contra la sacralidad de la vida humana<sup>317</sup>. La vida es sacra en cuanto que Dios la ha rodeado de una especial protección, poniéndola fuera del dominio de los hombres y haciéndola, por tanto, intangible e inviolable<sup>318</sup>. Si el hombre pudiera disponer a su propio placer de la vida humana, esta se reduciría a algo calculable, perdería su dignidad<sup>319</sup>.

---

<sup>315</sup> Cfr. De Natale, *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente*, ob. cit., pp. 62-63.

<sup>316</sup> Cfr. Spagnolo A.G., Palazzani L., Sgreccia E., *I Principi della Bioetica alla luce del pensiero tomista*, ob. cit., p. 232.

<sup>317</sup> Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, ob. cit., n. 2258 y 2319.

<sup>318</sup> Cfr. Juan Pablo II, Enc. *Evangelium Vitae*, nn. 2, 22, 53, 61 y 81, op. cit., pp. 402, 425, 460, 470 y 493.

<sup>319</sup> Cfr. Carrasco de Paula I., *Morale della vita umana e dell'integrità della persona (testo provvisorio)*, Pontificia Università della Santa Croce, Roma 1995, p. 23.

2.- Atenta contra la enseñanza de la Iglesia respecto a la autonomía moral. Ya hemos visto antes como la libertad del hombre es limitada, dado su carácter de creatura. Este Modelo pretende dar un poder absoluto a la razón humana, pero existen límites a la autonomía del enfermo, cuando se refiere, por ejemplo, a temas relacionados con la vida:

-límite vital: la vida es un “bien indisponible”, porque elegir la muerte pone a la persona en situación de “indisponibilidad de derecho”<sup>320</sup>. Este límite significa que no se puede tener, por ejemplo, derecho a la eutanasia, porque la consecuencia del ejercicio de dicho derecho, es decir, la muerte, tiene como consecuencia una situación de indisponibilidad para ejercer los demás derechos.

-límite del médico: que tiene un “deber de garantía” que le impide la realización de actos en contra de su profesión a favor de la salud y la vida, al igual que el policía tiene un deber de garantía respecto a la seguridad y tiene más culpa, por ejemplo, si es cómplice de un robo.

Normalmente es la vida, como bien de la persona, el elemento que entra en conflicto con la autodeterminación que defiende este Modelo. No se puede pretender defender el derecho de un paciente a realizar acciones que entren en conflicto con su propia vida o la de los demás, sólo por el hecho de ser expresión de un supuesto respeto por su autodeterminación.

Otras limitaciones prácticas las describen Ikonomidis y Singer, cuando analizan las objeciones de la Autonomía y el Liberalismo en el campo de los planes de cuidados avanzados. Critican este modelo por ser excesivamente individualista, por suponer un rechazo de la justicia social, por no tener en cuenta los actos paternalistas justificados y por no tener en cuenta la importancia de las relaciones personales<sup>321</sup>.

La frontera que indica hasta qué punto se puede llegar en el derecho a la autodeterminación, la marca el respeto por la dignidad de la persona, algo que es intrínseco a cada persona y que no puede violarse ni uno mismo contra uno mismo. Para los defensores del liberalismo a ultranza, la autonomía, la libertad de cada uno no tiene ningún límite, es absoluta, a no ser la libertad o la autonomía del vecino. Pero la libertad ha de estar condicionada a la verdad y ligada al bien propio y ajeno. Romper el vínculo libertad-verdad conduce necesariamente a la servidumbre: lo hemos sufrido en el siglo pasado, el siglo más sangriento de la historia de la humanidad<sup>322</sup>.

Otra laguna del Modelo de la Autonomía la describen Di Pietro y Sgreccia<sup>323</sup> cuando afirman que “en nombre de la autonomía se ignora la fuente de la cual ella misma procede”. Más adelante, describen la concepción personalista de la autonomía en el ámbito de la Medicina como

---

<sup>320</sup> Cfr. Pacini R, *Convegno di studio: “La volontà del malato di fronte alla morte e la responsabilità del medico”*, Roma, 8-XI-99, en “*Medicina e Morale*”, n. 6, 1999, pp. 1207-1210.

<sup>321</sup> Cfr. Ikonomidis S., Singer P., *Autonomy, liberalism and advance care planning*, en “*Journal of Medical Ethics*”, n. 25, 1999, pp. 522-527.

<sup>322</sup> Cfr. Núñez García J., *Los desafíos de la Bioética actual*, ob. cit., p. 812.

<sup>323</sup> Cfr. Di Pietro M.L., Sgreccia E., *Etica della responsabilità in oncologia ginecologica*, ob. cit., p. 1059.

un diálogo: la autonomía del paciente dialoga con la autonomía del médico. El objeto de dicho dialogo es el bien del paciente, un bien que les une y que debe hacer superar cualquier interés parcial de los mismos. Al final llegamos al problema de definir lo que supone el “bien del paciente”.

### **c. Los que no tienen libertad: el bien del paciente**

Otro campo donde el respeto de la libertad está supeditado a la concepción de un bien objetivo y trascendente al hombre, es en todo lo referente a la atención de pacientes que no pueden ejercitar su libertad o expresar su opinión, bien por ser menores de edad, ancianos, enfermos psiquiátricos, retrasados mentales, etc. En estos casos, el Modelo de Autonomía, pierde su vigencia propia y deja paso a un Modelo de Beneficencia, en el sentido de que se debe actuar por el bien objetivo del enfermo. El problema es la concepción de “bien objetivo del enfermo” que tienen los defensores del Modelo de la Autonomía.

En este sentido, se puede afirmar que **no** es un bien objetivo para el hombre:

-Procurar su muerte, a pesar de que esta decisión sea tomada por su familia como expresión de su autodeterminación.

-Dar vida a un ser humano fuera de las coordenadas de una familia normal, como consecuencia de un acto que exprese el amor de sus padres (por ejemplo, la fecundación in vitro, la clonación, etc.).

-Rechazar un tratamiento razonable necesario para la vida, porque ésta parezca que no tiene calidad suficiente para merecer ser vivida.

El problema que encuentran los defensores de este Modelo cuando quieren hablar del bien del enfermo es que no tienen una concepción trascendente y objetiva del bien. Esto les lleva a interpretar la moralidad en términos de derechos y, en particular, el derecho a definir aquello que es bueno para uno mismo, derecho que solo está limitado por el derecho de los demás a hacer lo mismo.

En este Modelo, los derechos vienen antes que los deberes y la moral interviene cuando el perseguir los propios fines e intereses entra en conflicto con la misma búsqueda por parte de los otros. No podemos conocer cuál es el bien de un paciente si no conocemos antes sus deseos. La elección del paciente es buena simplemente porque la ha decidido el mismo, pero para poder hacer el bien del enfermo debemos conocer antes cuál es el bien que desea para él.

Como afirma el Prof. Herranz<sup>324</sup>, el problema es que el Modelo de la Autonomía, basado en el Principio de la Autodeterminación, ha sido desarrollado en la teoría por los filósofos, no por los médicos; de tal forma que, aunque sea un Modelo atractivo en la teoría, encuentra fallos a la hora de la aplicación práctica.

Para nosotros es evidente que existen bienes objetivos a los cuales se pueden dirigir y ordenar los demás bienes del hombre sin caer en el

---

<sup>324</sup> Herranz G., *El Genoma Humano; Los Comités de Bioética y el Futuro de la Ética Médica*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, p. XXI.

relativismo ético que se crea cuando se coloca la autodeterminación como el principio más elevado del hombre.

#### **d. Ser humano y persona**

En el ámbito de la llamada “Bioética laica”, que es la que defiende este Modelo de relación, se hace uso de la distinción entre “ser humano” y “persona”, de forma que sólo a ésta última se le reconocen los derechos de inviolabilidad, mientras que a determinados seres humanos se les priva de los derechos que sólo corresponden a las personas. Se subraya la distinción entre vida humana personal y vida humana no-personal, y se observa que sólo la vida humana personal tiene derecho a la vida.

Si aceptamos la noción de persona haciendo referencia exclusivamente al estrecho criterio operativo que utiliza Engelhardt para establecer los fundamentos de su Bioética, entonces sí tiene sentido preguntarse por la distinción entre ser humano y persona:

“Sólo las personas tienen problemas y obligaciones morales. El problema es que no todos los seres humanos son personas. Por lo menos, no son personas en el sentido estricto de agentes morales. Los niños no son personas. Los individuos en estado de senilidad avanzada o retardo mental grave no son personas en esta acepción. No lo son tampoco quienes padecen de graves lesiones cerebrales”<sup>325</sup>.

“Si un feto humano tiene un *status* moral superior al de un animal con un grado de desarrollo similar, esto sucede por el significado que esta vida tenga para la mujer que lo ha concebido”<sup>326</sup>.

Como vemos, estas conclusiones no son otra cosa que la aplicación de presupuestos relativistas en el campo metafísico y utilitaristas en el campo ético. Primero se aceptan como un dato de hecho, luego se asumen como principios *de iure*, de los cuales se deducen todas las consecuencias de una Ética “laica y pluralista”.

De hecho, si el fundamento de cualquier obligación moral está, en último término, en el Principio de Autonomía, no habrá ninguna obligación moral frente a aquellos que no tienen la posibilidad de expresar o hacer valer sus propios deseos<sup>327</sup>.

Mediante esta concepción de la persona, es fácil acabar legitimando la aplicación de la eutanasia: quienes han perdido el uso de la mayor parte de las prerrogativas humanas, continúan siendo seres humanos, pero dejan de ser considerados personas.

El Modelo ético individualista-utilitarista manifiesta, en este tema, la propia inconsistencia, o bien la incapacidad de concebir como experiencia humana el dolor y la muerte. Si el valor de la vida está vinculado a la calidad de la misma, entonces serán consideradas como vidas sin valor todas aquellas que no tengan esa calidad. En esta concepción tan inmanentista, cerrada a la

---

<sup>325</sup> Cfr. Engelhardt H.T., *The Foundations of Bioethics*, ob. cit., p. 232.

<sup>326</sup> *Ibidem*, p. 250.

<sup>327</sup> Cfr. Porcarelli A., *Scienza e persona umana*, Il Mulino, Bologna 1994, pp. 79-

trascendencia de la persona humana, hasta los conceptos de la calidad de vida y de la muerte sufren una drástica reducción de significado. El valor de la vida queda por detrás de la calidad de la misma.

Otro problema de la concepción utilitarista de la Ética lo describe J.L del Barco cuando, ante la cuestión de si el utilitarismo proporciona un criterio infalible de actuación, afirma que sucede todo lo contrario “porque hace que desaparezca la diferencia entre consecuencias éticamente relevantes e irrelevantes, es decir, porque elimina la responsabilidad individual, que es siempre concreta y limitada. Sentirse responsable del mundo en su conjunto, considerar que lo verdaderamente moral no es el trato humano, sino su promoción, establecer que el verdadero objeto de la responsabilidad es el mundo entero autorizaría al médico, pongamos por caso, a recomendar a un peligroso criminal una medicación no pensada para curarlo, sino para llevarlo a la tumba. Muerto el perro se acabó la rabia. Ahora podrá el mundo seguir sin obstáculos su marcha hacia la mayor felicidad (...). El utilitarismo provoca, en última instancia, ceguera completa, e impide que resplandezcan las ideas morales más sencillas (...). En las acciones no es posible descubrir cualidad moral alguna, que ha quedado reducida a mera función de cálculo universal (...). Se acaba en la defensa de que el fin justifica los medios”<sup>328</sup>. Ya no interesa la persona como agente moral, ya no cuenta la moralidad de la acción en sí, sino que, según los utilitaristas, cualquier acción esta justificada siempre que esté de acuerdo con el cálculo favorable de “bondad universal”, aunque lesione la dignidad de la persona singular.

Como señala D’Agostino, la dignidad de la persona es el único camino por el que la Bioética puede avanzar. La Ciencia no puede encontrar dentro de sí misma las razones que le deben mover a autolimitarse, tampoco el fiarse de la buena voluntad es criterio válido. El paradigma utilitarístico también falla en esta ocasión pues, la dificultad de calcular los costos y beneficios, en un contexto de calidad de vida, es evidente<sup>329</sup>.

### **e. Aplicación práctica**

Volviendo al ejemplo que hemos utilizado anteriormente para concluir la crítica al Modelo Paternalista, en este caso, el planteamiento se hace en el supuesto de que sea la paciente la que pide al médico que le va a intervenir de cesárea, que realice, además, la ligadura de trompas. Según el Modelo de la Autonomía, el médico debería respetar la decisión libre de la paciente. El Magisterio de la Iglesia mantiene, en cambio, la ilicitud de este procedimiento en cuanto que la libertad de la paciente está limitada por la dignidad de la persona. Una persona no puede tener derecho a automutilarse o a sufrir acciones voluntarias en contra de su vida o dignidad<sup>330</sup>. De todos modos, no se puede negar que el Modelo de la

---

<sup>328</sup> Del Barco J.L., *La seducción utilitaria*, en “Anuario Filosófico”, n. 27, 1994, pp. 93-94.

<sup>329</sup> Cfr. D’Agostino F., *Bioetica*, Giappiachelli Editore, Torino 1998, pp. 71-73.

<sup>330</sup> Se puede utilizar en estos casos una argumentación simple y gráfica: es como quien acude a un otorrinolaringólogo para que le seccione las cuerdas vocales porque está



Autonomía aporta un elemento importante: el de tener en consideración la voluntad del paciente. Hay otros muchos casos donde el respeto de la justa autonomía ha salvado la correcta relación entre el médico y el paciente. El problema está en ver hasta dónde llega la justa autonomía. Normalmente, es el respeto por la dignidad de la persona el límite de la autodeterminación.

Este Modelo tiene su mayor campo de vigencia en todo lo referente a la experimentación, tanto en sujetos sanos que se ofrecen voluntarios, como en el caso de enfermos que prueban una nueva terapia. En estos casos, siempre que se mantenga el respeto por la dignidad de la persona, es el paciente quien, usando su derecho de autodeterminación, da su Consentimiento Informado a las intervenciones que va a sufrir.

En el campo de la clínica, este modelo se puede utilizar en los muchos casos en los que la defensa del derecho a la autodeterminación no esté enfrentada con el respeto por la dignidad de la persona. Por ejemplo, ante una fractura de tobillo sin desplazamiento, el paciente está en su más pleno derecho de decidir si se somete a una intervención quirúrgica o, por el contrario, prefiere seguir un tratamiento ortopédico conservador. En este caso, en el que ambas opciones son aceptables desde el punto de vista médico y respetan la dignidad de la persona, es el paciente quien, previamente informado de los riesgos y beneficios de ambas posibilidades, elige la que mejor le parezca, en función de la información recibida y de sus circunstancias vitales concretas.

En este caso el Consentimiento Informado protege, en primer lugar al paciente, en cuanto que hace respetar su justa autonomía, y protege también al médico, en el sentido de que el paciente se hace responsable de su elección y no puede realizar acusaciones o peticiones injustas a posteriori.

#### **4. Modelo de la Beneficencia**

Como ya hemos estudiado en los apartados anteriores, uno de los problemas más importantes con los que nos enfrentamos, es la toma de decisiones morales cuando existen diferencias substanciales en la concepción del bien. Todos estamos de acuerdo en que, actuar por el bien del enfermo, es el Principio más antiguo y universalmente reconocido de la Ética Médica.

Hemos visto que los defensores del Paternalismo identificaban el bien biomédico con el bien integral del paciente, con las consecuencias negativas que esta confusión traía consigo.

Hemos estudiado también, el peligro de identificar el bien del enfermo con el respeto absoluto de su autodeterminación, postulado principal del Modelo de la Autonomía, que genera una estructura demasiado legalista de la moral y acaba por ofuscar la distinción entre salvaguardar los derechos del paciente y promover el bien del mismo.

---

cansado de hablar y de relacionarse con los demás. Lógicamente la reacción del médico sería recomendarle estar en silencio si lo desea, pero no puede mutilarle.

A continuación, veremos la idea de bien que aporta el Modelo de la Beneficencia, tal como lo describen Pellegrino y Thomasma<sup>331</sup>. Estos autores pretenden hacer compatible dos exigencias: describir lo que supone el bien integral del paciente y establecer un método para tratar las diferencias, sostenible desde el punto de vista moral.

### **a. El bien integral del paciente**

A diferencia de las concepciones modernas de bien médico que hemos visto en los puntos anteriores (en las que la decisión del paciente es buena, simplemente por el hecho de que la ha elegido él mismo), en la opinión clásico-medieval, el bien es objetivo e inherente a las cosas que son buenas. El bien se determina independientemente de si el paciente lo desea.

El bien del paciente es un tipo particular de bien propio de una persona que se encuentra en una determinada situación existencial: está enferma y necesita la ayuda de otras personas para recuperar la salud.

El bien integral del paciente, que el médico debe buscar, está compuesto por cuatro elementos:

### **1. El bien supremo**

Es lo que constituye el standard definitivo respecto al cual el paciente regula sus elecciones y sus actos. El concepto de bien supremo que se tenga es el modelo para todas las decisiones que se tomen.

Desde el punto de vista de la Teología Moral, la fe en Dios como Sumo Bien y las consecuencias que se derivan de esta verdad, son el punto de apoyo más firme que encuentra el cristiano a la hora de tomar decisiones importantes. En último extremo, es la voluntad de Dios la referencia definitiva de moralidad de los actos.

En los casos de personas que no admitan a Dios como ser Supremo, acaban poniendo su bien supremo en otros elementos (libertad de autodeterminación, calidad de vida, la utilidad social, etc.), pero nadie puede evitar tener, como punto de referencia en su juicio moral, su concepto de Bien.

### **2. El bien biomédico**

El bien que se obtiene por medio de la intervención médica, en cuanto técnica: curación, limitación de la enfermedad, prevención, prolongación de la vida, etc.

El bien biomédico es el bien instrumental que el paciente solicita al médico, pero no se puede identificar con el bien integral, pues se caería en el Paternalismo.

---

<sup>331</sup> Cfr. Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the Patient's Good*, ob. cit., pp. 73-91.

### **3. La percepción del paciente del propio bien**

Un tratamiento bueno desde el punto de vista técnico o biomédico no es automáticamente un bien desde el punto de vista del paciente. Debe ser considerado dentro del contexto de las condiciones de vida del paciente y de su sistema de valores. El mejor interés del paciente coincide con sus objetivos, programas y preferencias, seleccionadas por él en un determinado momento. En este sentido, este elemento del bien es puramente subjetivo y relativo, y el médico no lo conoce hasta que el paciente no expresa su opinión.

### **4. El bien del paciente en cuanto persona**

Consiste en ejercitar la capacidad de razonar, la capacidad de establecer un proyecto de vida y de elegir entre distintos bienes: es el bien de la libertad.

El médico no puede usurpar al paciente la prerrogativa de actuar libremente. La libertad de elección y la responsabilidad de esta elección, son la base de la noción de Autonomía y también de la Beneficencia.

El paciente debe elegir libremente también el bien supremo al cual dirige todos sus actos, si se le obliga a actuar según un bien supremo predeterminado, perdería el mérito.

#### **b. Procedimiento para solucionar los conflictos de intereses**

El enorme desarrollo de la técnica médica, la socialización de la Medicina y la asistencia, han hecho que el bien del enfermo en particular deba ser compartido con el bien de la sociedad y con las exigencias de la justicia. Para solucionar estos conflictos y también los que se derivan de la diferencia de concepción entre los elementos del bien que hemos estudiado en el punto anterior, se han sugerido varias posibilidades, pero todas necesitan y pretenden hacer una jerarquía de los valores.

Un claro ejemplo de los límites que presenta el análisis principialista clásico (Modelo procedural en el que se prima el Principio de la Autonomía) lo presentan M.L. Di Pietro y E. Sgreccia<sup>332</sup> cuando plantean el caso de la oncología ginecológica, en la que los derechos que se tutelan, no son solamente los del médico y la mujer, sino también los del feto. En estos casos, en los que el feto no está protegido por ninguno de los principios clásicos, los autores proponen hacer referencia a la categoría moral de la responsabilidad, en la cual la autonomía de la paciente y del médico se encuentran con el bien del feto.

Hay muchos autores que proponen un Modelo procedural, pero tienen el problema de que, el mismo orden procedural ya implica una elección a priori metaética.

Otro modo de resolver los conflictos es partir de un esquema metaético, como esquema objetivo fundado sobre la Filosofía de la Medicina. Se dice que es un esquema metaético pues fija las prioridades sobre la base de

---

<sup>332</sup> Cfr. Di Pietro M.L., Sgreccia E., *Etica della responsabilità in oncologia ginecologica*, ob. cit., pp. 1057-1071.

criterios filosóficos del bien. Quiere decir que, en la práctica, este esquema no se funda tanto en los deseos del paciente, sino en la clasificación de los mismos bienes (naturalmente las preferencias del paciente representan uno de esos bienes).

El **orden jerárquico** entre los bienes sería:

## **1. El Bien Supremo**

El bien último es el punto de partida del razonamiento moral de una persona, es por decirlo así, su primer acto de fe intelectual. En el caso de que no coincida la concepción de este bien que tiene el médico y el paciente, algunos autores recomiendan la interrupción de la relación, pues suelen ser a menudo diferencias irreconciliables, de tal forma que es mejor no tener que forzar la conciencia a nadie. Es lo que sucede, por ejemplo, cuando un Testigo de Jehová acude a un médico para ser sometido a una intervención programada, pero de riesgo, y le pide que no realice transfusión de sangre. El médico, antes que actuar contra la conciencia del paciente, debe negarse a realizar la intervención, pues no puede asegurar que no utilizará la transfusión de sangre. El problema de los testigos de Jehová, en Medicina programada, se va solucionando poco a poco, en la medida en que se crean unidades de “cirugía sin sangre” y se investigan sustitutos de la sangre que sean admitidos por estos pacientes. En estos casos el consentimiento del paciente es esencial para que se pueda realizar la intervención.

Donde sí hay dificultades es en la asistencia de estos pacientes en Medicina de urgencia, cuando hay un riesgo de la vida. En estos casos, la jurisprudencia española y de otros muchos países, establecen la licitud de asistencia médica forzosa, frente a la situación de rechazo, en riesgo de fallecimiento o lesiones irreversibles, basándose en la negación del consentimiento cuando afecta a la vida<sup>333</sup>.

## **2. El bien del paciente en cuanto persona**

El siguiente bien que hay que respetar es el bien del paciente en cuanto que es una persona, es decir, el respeto de su libertad. El médico tiene el deber de promover la capacidad intelectual y volitiva del paciente: tanto desde el punto de vista fisiológico, como a través de la correcta información, absteniéndose de forzar u orientar el consentimiento en su propio interés, etc.

El paciente que ha perdido esas capacidades, no ha perdido el derecho, en cuanto que sigue siendo persona, de que le sean respetados sus propios intereses.

El bien del paciente, entendido en su totalidad, es también la base sobre la que se solucionan los supuestos conflictos entre el Principio de no Maleficencia y el Principio de Beneficencia. Es clásico el ejemplo de la

---

<sup>333</sup> Cfr. Martín Gallardo J.F., Cordon López A., *Aproximación ética y jurídica en el empleo de asistencia médica forzosa*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 36, 1998, pp. 755-759.

amputación de un miembro enfermo por el bien de la totalidad del paciente: en este caso, la adecuada comprensión de lo que es el bien del paciente permite una actuación traumática<sup>334</sup>.

### **3. El bien particular del paciente**

Supone la percepción particular del propio bien por parte del paciente. Ante un mismo problema, muchas veces caben varias opciones terapéuticas, y es el propio paciente quien, de acuerdo con sus propios valores, decide cual de ellas se adecua mejor a su proyecto de vida.

### **4. El bien biomédico**

Si no intervienen los otros factores, el bien biomédico es la base del proceso decisional del médico por el mejor interés del paciente. Ante un paciente normal (mayor de edad, consciente y sin limitaciones de la capacidad volitiva o intelectual) que acude a urgencias, por ejemplo con una fractura de muñeca, el médico le explica que el bien biomédico pasa por la colocación de una escayola (lo que dicen los libros de forma objetiva). Normalmente el paciente entiende que su bien personal coincide con el que el médico le ha explicado (la opción de irse sin escayola no cabe en un paciente normal), da su consentimiento de forma libre a la intervención y no ve incompatibilidad de este tratamiento con su concepción de bien supremo. Esto es un ejemplo del primer escalón decisional, cuando la solución es sencilla e inequívoca. A medida que se va complicando el problema se va recurriendo a los sucesivos planos de juicio que hemos ido describiendo.

#### **c. La calidad de la relación**

Una vez estudiada la concepción del bien y el procedimiento para solucionar los conflictos de intereses que propone el Modelo de la Beneficencia, debemos considerar que, por encima de esta fría descripción, se encuentra la confianza que debe haber entre médico y enfermo. Ya en el primer capítulo hablábamos de la confianza como elemento esencial de las relaciones, y en base a esta confianza se tienen que solucionar los problemas: negociar las diferencias de modo honesto y sensible, saber ceder cuando el médico se da cuenta de que se ha equivocado, reconocer que la ciencia no llega a todo, etc.

### **1. La función ética del médico**

Esta necesidad de que exista una confianza en la relación hace que, en este Modelo, la tarea del médico no sea sólo científica sino también ética, en cuanto que supone contemplar la enfermedad como un procedo vital y exige tomarla bajo la propia responsabilidad. Ésta es la razón por la que el enfermo se presenta al médico con una confianza especial, pues sin esta confianza no podrá desempeñar bien su tarea.

---

<sup>334</sup> Cfr. Porteri C., *Bioetica: i principi e il tema del limite*, ob. cit., p. 200.

El médico no es simplemente un ser humano que puede algo, como un técnico o un experto, aunque naturalmente también respecto de éstos se precise una confianza, precisamente la relativa a su trabajo concienzudo y experto. Pero en el médico la confianza presenta un carácter especial, pues el enfermo necesita auxilios y se pone él mismo en sus manos, y además porque la confianza es uno de los momentos más importantes que encauzan el acontecimiento de la curación<sup>335</sup>.

Para que exista una verdadera relación humana entre médico y paciente, el médico debe poseer, además del conocimiento técnico, las “cualidades éticas”. Se han descrito muchos elencos de las virtudes del buen médico, nosotros pensamos que se pueden resumir en cinco aspectos:

1. Capacidad de escuchar: crea un clima de confianza, de aceptación, que favorece la comunicación entre médico y paciente.
2. La empatía: la capacidad de meterse en la persona y situación del enfermo, y de acompañarlo en el recorrido de la enfermedad.
3. La simpatía: capacidad de entrar en resonancia emotiva con el paciente, de forma que se haga cargo de su estado de ánimo, a la vez que mantiene la conveniente distancia.
4. El respeto por el otro: comporta aceptar al enfermo en cuanto tal, como es y no como uno quisiera que fuese.
5. La conciencia y el respeto de los valores morales: los cuales determinan la bondad interior de la persona.

## **2. Ética de la responsabilidad**

Ya hemos estudiado anteriormente como no se puede destruir el binomio libertad-responsabilidad. En este sentido, se puede hablar de la Ética de la responsabilidad, que tiene sentido, tanto en la responsabilidad por la propia vida y la integridad personal, como cuando la vida o la dignidad de los demás depende de nuestras decisiones. Así, los problemas éticos que se derivan, por ejemplo, de la oncología ginecológica, en cuanto que implican la existencia de un tercer factor, es decir, en cuanto que se crea un triángulo “madre-hijo-médico”, no pueden ser resueltos desde el punto de vista del Modelo de la Autonomía, como ya hemos visto antes. Para estos casos, Di Pietro y Sgreccia<sup>336</sup> proponen la llamada “Ética de la responsabilidad”, donde se pide al médico que utilice, no solo la propia competencia científica, sino también la propia carga de humanidad, pues ambos se dan cuenta de que en la toma de decisiones se implican valores éticos fundamentales que les trascienden a ambos.

El médico tiene también una responsabilidad que afecta a todos los que están empeñados en la asistencia del paciente: la gestión del sufrimiento, de las incógnitas que inevitablemente oscurecen el horizonte, de los riesgos de la enfermedad, el enfrentamiento con la muerte. Para todo esto se requiere una asistencia complementaria a la puramente técnica, una asistencia

---

<sup>335</sup> Cfr. Guardini R., *Ética*, ob. cit., pp. 713-714.

<sup>336</sup> Cfr. Di Pietro M.L., Sgreccia E., *Etica della responsabilità in oncologia ginecologica*, ob. cit., p. 1057.

psicológica e incluso espiritual. Hay que ayudar a dar un sentido a la enfermedad y al dolor: hace falta una asistencia global. Cuando falta esta asistencia total, al paciente solo le queda el recurso a su propia autonomía y es entonces cuando surgen las demandas de actuación en contra de la vida o de la salud.

Otro de los elementos fundamentales para lograr esta asistencia global, es la adecuada concepción de la dignidad de la persona. Pensamos que el Modelo de la Beneficencia, al estar apoyado sobre las bases de la Filosofía Personalista, es capaz de evitar los abusos que se pueden cometer a partir de la concepción dualista del hombre.

En este sentido, conviene recordar que el sujeto propio de la Medicina, tal como viene considerándose desde antiguo, no es un conjunto de fibras, tejidos, y funciones que denominamos organismo; no es tampoco, como algunos parecen tristemente querer imponer en la actualidad, la máquina biológica o psíquica; sino, en el sentido más cabal y riguroso de los vocablos, la persona humana. La persona del paciente en cuanto tal, el enfermo; y no el mero cliente, más o menos averiado. Si esto se olvida, es fácil que se desvirtúe la relación entre persona-médico y persona-paciente<sup>337</sup>.

### **3. Derechos y deberes del paciente**

Esta concepción antropológica de la persona, basada en la Filosofía Personalista, influye también, dentro de la relación médico-paciente, en la comprensión de los derechos y deberes que se derivan de dicha relación. Estos derechos y deberes se pueden resumir en cinco:

1. El paciente es un ser humano, una unidad de cuerpo y alma espiritual: el hombre realiza acciones de carácter biológico y orgánico, y otras de carácter inmaterial. Estas últimas sólo son explicables por una fuente de energía no ligada a la materia, por tanto, espiritual. Fuente que emana del sujeto mismo que despliega esas actividades y de las cuales es consciente. Este principio espiritual que confiere la vida al cuerpo es lo que requiere del médico un trato diferencial.
2. Es una persona única e irreplicable: en cuanto que es persona se diferencia del resto de elementos de la misma especie.
3. El paciente posee una libertad y una finalidad trascendente: el médico debe respetar esa libertad y esa finalidad, a través sobre todo de la información y del diálogo.
4. El médico requiere de generosidad: la dignidad de la persona que trata hace que el médico deba tener una capacidad de entrega que permita afrontar los sacrificios que el ejercicio adecuado de la profesión exige en muchos casos.
5. Competencia profesional y prudencia: se precisa ciencia y prudencia para estar actualizado, examinar cada caso en concreto, pedir consejo o alternativas convenientes.

---

<sup>337</sup> Cfr. Melendo T., *Sobre el hombre y su dignidad*, ob. cit., pp. 59-88.

Incluye también la lealtad para respetar la palabra dada, las promesas, los compromisos.

#### **d. El Modelo deliberativo**

Hemos señalado al comienzo de este capítulo como en la literatura consultada nos hemos encontrado en varias ocasiones con clasificaciones de los Modelos de relación médico-paciente diferentes a la que nosotros hemos empleado. También hemos estudiado como, en líneas generales, los modelos son superponibles, como pensamos que sucede con el llamado “Modelo Deliberativo”, citado también por De Natale<sup>338</sup>, que se puede asimilar al Modelo de la Beneficencia. Al igual que en éste último, este Modelo tiene como objetivo de la relación médico-paciente, ayudar a éste último a determinar y elegir los mejores valores relacionados con la salud, que se puedan realizar en una determinada situación clínica. Para este fin, el médico debe informar al paciente de la situación clínica y después dejarle instruido sobre los tipos de valores contenidos en las diferentes posibilidades. El médico ayuda al paciente a tomar una decisión. La autonomía del paciente, en este caso, es más bien una autorrealización moral.

El mismo autor opina que el principal límite de este Modelo está en que el médico no puede poseer un conocimiento privilegiado de las prioridades de cada valor relacionado con la salud, por lo cual, en una sociedad pluralista, el médico no puede resolver un conflicto entre valores aplicando su propia escala de prioridades. De todos modos, considera este Modelo como el más apropiado por los siguientes motivos:

1. La reflexión propuesta por este Modelo sobre la toma de decisiones representa la forma ideal de entender la autonomía del paciente. Es un simplicismo pensar que se respeta la autonomía solamente por el hecho de dejarle hacer lo que desee, sin contar con las influencias que la enfermedad, la ignorancia, los prejuicios, etc., pueden tener sobre la capacidad de decidir. La libertad y el control sobre las decisiones médicas, por sí solas, no garantizan la autonomía del paciente.
2. La imagen ideal que nuestra sociedad tiene del médico no es la del simple proporcionador de datos técnicos y la de ejecutor competente de los tratamientos. Más bien, la imagen ideal es la del médico que integra los aspectos informativos con los diversos valores implicados favoreciendo, a través del diálogo, la decisión que mejor promueva el bien integral del paciente.
3. El riesgo de caer en el temido Paternalismo se relativiza en cuanto el médico no impone los valores sino que dialoga y *convence* al paciente. El objetivo del médico no es someter al paciente a su propia voluntad.
4. Los valores del médico son de gran importancia para el paciente y justifican la elección misma del médico por parte del paciente

---

<sup>338</sup> Cfr. De Natale, *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente*, ob. cit., pp. 64-66.



5. La promoción de valores relacionados con la salud puede ser provechoso para el tratamiento de determinadas enfermedades relacionadas con hábitos morales del paciente, como el alcoholismo o el Sida.

#### **e. La justificación filosófica de la Bioética Personalista y del Modelo de la Beneficencia**

La reflexión filosófica, de inspiración tomista, que encontramos en la Bioética Personalista, que es la que sustenta este Modelo de relación médico-paciente, pone en evidencia los límites del Principialismo norteamericano como método de análisis de los problemas éticos. Esta filosofía, en cambio, es realmente iluminante en lo que respecta al Principio de libertad y responsabilidad, en contraposición al Principio de Autonomía ya estudiado.

Tanto el Consecuencialismo como el Deontologismo, como ya hemos estudiado, capturan un aspecto del actuar moral que es ciertamente verdadero y que toda teoría moral equilibrada tendrá que tomar en consideración. El problema de estas posturas es que absolutizan un aspecto parcial que está llamado a no ser más que eso, y lo extrapolan hasta la exasperación<sup>339</sup>.

Sin embargo, la tradición filosófica nos enseña que existe otro modo de enfrentarse de modo teórico y práctico a la realidad de la moral. Este consiste en focalizar la atención, no tanto en el acto en sí o en sus consecuencias, sino en el bien del que actúa. Este modo de ver las cosas deriva de la evidencia antropológica primaria de que la acción libre no consiste en la producción de una cosa que le queda extrínseca al sujeto, sino que toda acción nos compromete íntegramente, desde dentro, modificando nuestro ser. Esto no supone caer en un relativismo o en una subjetivización de la moral, en el sentido de que ya no tenga interés el examen ético de los actos libres, sino que la fuente de la objetividad moral se toma desde la intimidad de la persona misma, que es el núcleo ontológico desde donde surge la moralidad.

Esta concepción enlaza con las enseñanzas de Santo Tomás, para quien la libertad no es autodeterminación del individuo, sino responsabilidad de la persona. La libertad radica en la naturaleza del hombre: el hombre no pone automáticamente la propia ley, al contrario, el hombre se realiza de acuerdo a su naturaleza tendiendo a un fin, el Bien, que pone la ley presente de modo intrínseco en la misma naturaleza.

El hombre, gracias a la facultad intelectual, percibe el bien; gracias a la voluntad, tiende, desea y se inclina hacia ese bien<sup>340</sup>. Es lo que explica Rodríguez Luño cuando afirma que “el Aquinate considera que la voluntad tiene una forma natural que la constituye en el apetito del bien consiguiente a la razón y que la dota de una intención particular hacia el bien en general

---

<sup>339</sup> Cfr. Serani A., *Bioética Clínica: Fundamentos filosóficos de una propuesta*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, pp. 105-110.

<sup>340</sup> Cfr. Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, I-II, q. 10, a.1; I-II, q. 19, a.3; I-II, q. 58, a. 2; I-II, q. 63, a. 2.

(*bonum in comuni*) que se suele denominar *voluntas ut natura* (...). La voluntad apetece por naturaleza el bien en general o la felicidad”<sup>341</sup>. En este mismo sentido, explica Rhonheimer: “La voluntad no es espontaneidad pura. Al contrario, hay que tener presente que la voluntad viene determinada efectivamente por la razón y por sus juicios acerca del bien; pero la misma razón posee una apertura hacia muchas cosas, puede tener diversas concepciones del bien”<sup>342</sup>. Es esta indeterminación en la concepción racional del bien lo que determina la posibilidad de elecciones erróneas de la voluntad.

La libertad como valor ético se funda, por tanto, en el pensamiento tomista, sobre la ontología: en primer lugar, sobre el finalismo, concepción por la cual todo ente en cuanto que es creado, es ordenado a un fin y tiende al bien; en segundo lugar, sobre la metafísica de la analogía de ser, según la cual el hombre tiene el ser de modo contingente y Dios lo tiene de modo necesario. Esta concepción justifica, de un lado, la tendencia natural de la voluntad hacia el bien y, del otro, la indeterminación de la misma voluntad en la elección del bien.<sup>343</sup> La libertad está determinada respecto al bien Universal, pero está indeterminada respecto el bien particular.

El hombre, por tanto, es libre, pero esta libertad no es total arbitrio individual como han querido defender algunos, sino que es responsabilidad de la persona, querida y creada, ordenada a un fin. El ser humano, al no estar biológicamente fijado en una conducta instintiva, al carecer de toda “especialización” frente al entorno a diferencia de los demás animales, es capaz de adoptar ante lo que le rodea una actitud de independencia y de apertura en cuanto a las exigencias propiamente humanas de origen espiritual, cultural, social. El hombre entonces puede abrirse al mundo y, por ello, consecuentemente también, poseer un mundo abierto. El hombre no sólo se da a sí mismo la ejecución de sus movimientos y la forma cómo los realiza, sino que además se señala, de un modo voluntario y libre, el fin de sus acciones<sup>344</sup>.

Respecto a la concepción del bien y de la beneficencia, también la filosofía tomista tiene bastante que aportar. Para Santo Tomás, la “beneficencia”, entendida en el sentido literal de hacer el bien a otro, es un efecto del amor<sup>345</sup>. Para Santo Tomás, la motivación que empuja a hacer el bien no se entiende en sentido particularista-utilitarista, sino que se considera en la dimensión de la razón universal de bien y, por lo tanto, en sentido objetivo. Es útil recordar el contenido del primer precepto tomista de la ley natural inscrita en todo hombre: “Se debe obrar y proseguir el bien y evitar el mal”<sup>346</sup>. Pero Santo Tomás especifica que el hombre, en primer lugar, siente una inclinación hacia un bien que es el bien de su naturaleza. Por razón de

---

<sup>341</sup> Rodríguez Luño A., *La scelta etica*, Ares, Milano 1988, pp. 58-59.

<sup>342</sup> Rhonheimer M., *La prospettiva della Morale*, Armando, Roma 1994, p. 152.

<sup>343</sup> Cfr. Spagnolo A.G., Palazzani L., Sgreccia E., *I Principi della Bioetica alla luce del pensiero tomista*, ob. cit., p 234.

<sup>344</sup> Cfr. Williams R., *Libertad y Nueva Moral*, ob. cit., p. 146.

<sup>345</sup> Cfr. Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologiae* II-II, q. 31, a. 1.

<sup>346</sup> *Ibidem*, I-II, q. 94, a. 2.

esta tendencia, pertenecen a la ley natural todos los preceptos que contribuyen a conservar la vida del hombre y a evitar sus obstáculos. Esto significa que la beneficencia está orientada a la conservación de la vida humana en su integridad y no está basada en un cálculo de costes/beneficios.

#### **f. La dialéctica principio-virtud**

Han sido los propios Beauchamp y Childress<sup>347</sup> quienes reconocen que, en su análisis de lo que es moralmente justo, han puesto el acento, más sobre los actos, que sobre los agentes. En el Modelo Principialista se produce una marginación evidente del agente moral. Esta marginación se produce por dos motivos: el primero, por la función que se atribuye a la Ética dentro de este Modelo; segundo, por la concepción del sujeto moral implícita en este Modelo.

En cuanto al primer motivo, el Modelo Principialista, concentrándose sobre las acciones conflictivas con el fin de ofrecer una solución rigurosa e imparcial en base a los principios, olvida que la experiencia moral no está constituida exclusivamente de situaciones límite, sino que consta de situaciones en las que no se exige tanto resolver situaciones teóricas, como informar la práctica médica diaria con la sensibilidad típica que el médico adquiere con la experiencia.

En cuanto al segundo motivo, el método Principialista se rige sobre una concepción “atomista” de la vida moral en la que, la excesiva concentración sobre acciones particulares, hace perder de vista la estructura motivacional del sujeto en su globalidad.

Ante la “crisis” de los Modelos basados exclusivamente en los principios, se han propuesto varias teorías: Ética basada en la virtud, en el cuidado solícito, en la casuística, e incluso en un retorno a las fuentes teológicas y bíblicas. Nosotros estamos de acuerdo, con Pellegrino, en que los principios no desaparecerán del todo puesto que, en todo sistema ético hay que contar con unos principios y porque la utilización de los principios no es intrínsecamente incompatible con otras teorías<sup>348</sup>.

Estos motivos hacen que se refuerce hoy día la idea de retomar un paradigma que, tanto en el campo de la Ética Médica como en la tradición de la Ética occidental, no es una novedad: nos referimos al paradigma ético basado en la virtud. Mediante este modelo, se pasa de poner el acento en las acciones o en los actos concretos, a ponerlo en el agente, en su estructura motivacional, su modo de ser, su carácter.

Obviamente, el carácter del agente es crucial desde la perspectiva de la ética médica, puesto que el profesional de la salud es el agente que interpreta y aplica cualquier teoría que se use. Sin embargo, sería demasiado simplista pretender regresar totalmente a la virtud como base de la Ética Médica, pues falta el consenso metafísico que requieren dichas teorías. La Ética de la

---

<sup>347</sup> Cfr. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethic*, ob. cit., p. 233.

<sup>348</sup> Cfr. Pellegrino E.D., *La metamorfosis de la Ética Médica*, ob. cit., p 81.

virtud por sí sola, no provee pautas suficientemente claras para la acción pues es demasiado privada, demasiado susceptible de definiciones personales de la virtud o de la persona virtuosa.

Una teoría de la virtud debería estar anclada en una teoría previa de lo recto y de lo bueno, y en una teoría de la naturaleza humana en función de las cuales se puedan definir las virtudes. Requiere además una comunidad de valores que sustenten su práctica. Dentro del Cristianismo, una vez que hemos estudiado lo que es el Bien y los elementos antropológicos, es evidente que puede subsistir este modelo.

De todas formas, pensamos que no hay que ver el modelo basado en la virtud enfrentado al modelo principialista, sino que debemos encontrar su complementariedad. Si de hecho, es verdad que las exigencias morales de la práctica diaria se expresan mejor con el lenguaje de la virtud, conviene recordar también, que el enorme progreso científico crea nuevas situaciones para las cuales, las soluciones en base a las buenas disposiciones por parte del agente, no son suficientes. También hay que añadir que, la actuación en base a los principios depende, en último término, del carácter del agente.

Por estos motivos, pensamos que hay que tender a la integración de los principios dentro del sistema bioético de la virtud, basado en el análisis racional de la persona humana y su dignidad.

La primera exigencia de esta integración consiste en encontrar una base mínima sobre la que podamos construir. Hay autores<sup>349</sup> que proponen el imperativo categórico kantiano, después llamado *Principio de universalización*, por el cual, cualquier norma puede ser válida para una persona en singular, en cuanto pueda ser válida para cualquier otra persona puesta en una situación similar.

Este principio, ciertamente, es una instancia mínima, pero sin embargo, desarrolla una función reguladora de mucha importancia porque ordena actuar de forma que se trate a todos por igual. Parte de la premisa de reconocer a todos los hombres la misma dignidad y prohíbe que los hombres puedan ser utilizados como medios por parte de otros. Una vez aceptada esta base objetiva, el contenido de los principios clásicos de Autonomía, Beneficencia, no maleficencia y Justicia, pasan a estar en un término también más objetivo. Es necesaria también una justificación de los principios para recuperar la raíz antropológica de los mismos y para no olvidar el punto de vista del sujeto agente.

La Medicina no está constituida solamente de conflictos por resolver; más bien, está hecha de situaciones en las cuales hay una llamada para recubrir la práctica cotidiana de una sensibilidad especial. En este caso, las intenciones y las motivaciones del sujeto revisten una función de primera importancia y las decisiones morales involucran a la persona por completo, a su identidad a su carácter y a sus deseos. La así llamada Bioética de la virtud, revaloriza el punto de vista del sujeto moral y las motivaciones personales del obrar. Superando los límites de la obligatoriedad ética y

---

<sup>349</sup> Cfr. Viafora C., *I Principi della bioetica*, ob. cit., pp. 9-38.

jurídica, recupera en cambio, un espacio para interpretar el sentido de la experiencia moral.

Las virtudes se configuran como actitudes, radicadas en la personalidad del agente, que le ayudan a reflexionar, a desear y a actuar rectamente. En este modelo, se pueden diferenciar diversas dimensiones en las que se concreta la relación médico-paciente<sup>350</sup>:

a) En cuanto a la competencia profesional del médico: en este campo destaca la virtud de la benevolencia, en el sentido de que el acto médico, más que ser un conocimiento científico puramente objetivo, es un encuentro personal entre dos seres humanos, donde se destaca el trato del paciente como una persona.

b) En cuanto a la comunicación de la información: el acto médico se cumple de modo adecuado sólo en cuanto que hay comunicación entre médico y paciente. No basta la realización de pruebas instrumentales en silencio. Esta dimensión incluye también el respeto a la otra persona.

c) La dimensión afectiva se mueve bajo la virtud de la amistad, que en la relación terapéutica podemos llamar capacidad de empatía. El paciente, encerrado en la soledad de su propia enfermedad, encuentra respuesta a la necesidad de compartir el propio dolor y el sufrimiento en la figura del médico.

d) La relación entre médico y enfermo se mueve dentro de un contexto más amplio y, por lo tanto, esta dimensión social y cultural interpelan la virtud de la justicia.

e) La última dimensión es la trascendente, la que afecta a la virtud de la religiosidad: frente al enfermo en crisis y a la búsqueda de un sentido de su sufrimiento, la religión ayuda a entender las necesidades del paciente más allá de la salud física. Como afirma Pellegrino, “no hay ateos en las trincheras, y no hay pacientes que sean realmente nihilistas cuando su propia salud o su propio bienestar está en juego”<sup>351</sup>.

## **D. la propuesta del consentimiento informado**

Una vez realizada la valoración moral de los distintos Modelos de relación médico-paciente, podemos retomar el tema inicial de nuestro estudio, el Consentimiento Informado, para estudiar su vigencia actual, su forma y la aplicación práctica dentro de un Modelo personalista de relación.

### **a. Vigencia actual de Consentimiento Informado**

Una vez estudiados los diversos Modelos de relación médico-paciente, estamos de acuerdo con Engelhardt, quien afirma que “es posible dar una justificación a la práctica del Consentimiento Informado, tanto desde la base del Principio de Autonomía como del de Beneficencia”<sup>352</sup>.

En este sentido, la mejor solución está en la integración recíproca de los diferentes Modelos: el médico en el proceso relacional debe hacerse cargo

---

<sup>350</sup> Cfr. Porteri C., *Bioética: i principi e il tema del limite*, ob. cit., p. 202.

<sup>351</sup> Pellegrino E.D., *La metamorfosis de la Ética Médica*, ob. cit., p. 84.

<sup>352</sup> Engelhardt H.T., *The Foundations of Bioethics*, ob. cit., pp. 300-303.

del paciente buscando su bien integral, pero sin anular su justa autonomía, más bien, respetándola y haciéndola crecer, para que el paciente sea partícipe del acto curativo. En este contexto, el Consentimiento Informado tiene una amplia función dentro de la relación médico-paciente.

El Consentimiento Informado se constituye, hoy día, bajo un triple aspecto<sup>353</sup>:

1. Como la fundamental validación jurídica de la intervención médico-quirúrgica sobre el paciente, en particular cuando esta intervención (diagnóstica, terapéutica o experimental) es invasiva o de riesgo para el paciente.

2. Como la garantía de la libertad y la dignidad del hombre, al cual no puede ser impuesto un tratamiento no consentido (salvo los casos previstos por la ley).

3. Como la salvaguarda para el médico ante cualquier acusación de violencia ante los malos resultados y las peticiones de responsabilidad.

Como ya estudiamos en el primer capítulo, el Consentimiento Informado hizo su aparición en el campo de la experimentación, y es precisamente en este campo, donde tiene, hoy día, una mayor implantación. En una prestigiosa revista médica<sup>354</sup>, se informa de que el 79,8 por ciento de los casos de experimentación cuentan con la solicitud del Consentimiento Informado. En cambio, otra conocida revista<sup>355</sup> informa de que, en el caso del Consentimiento Informado para tratamientos agresivos (en este estudio clínico se trataba de pacientes con cáncer), la mayoría de los paciente no están de acuerdo con la información recibida, en cuanto que era insuficiente. El mismo artículo propone la entrega de informes por escrito a los pacientes para mejorar dicha información.

Esta diferencia entre la implantación del Consentimiento en los casos de experimentación y en los casos clínicos, se debe en gran parte, a las características de los sujetos que forman parte de las mismas.

Un problema se encuentra en el caso de la experimentación con sujetos sanos, donde, el sujeto que acepta ser parte de un estudio no busca su propia salud, por lo menos de forma inmediata, sino que acepta participar en el estudio por el bien de la ciencia, siendo consciente que supone un beneficio al Bien Común. También en la experimentación con sujetos enfermos hay un componente de incertidumbre en cuanto a los beneficios que la experimentación va a reportar sobre el sujeto de esta experimentación. En estos casos, muchas veces el Consentimiento Informado puede ser solamente “parcialmente voluntario” dado que el sujeto se encuentra dentro del contexto de la enfermedad y de la relación médico-enfermo. Para este

---

<sup>353</sup> Cfr. Barni M., *Il modello deontologico nel rapporto medico-malato*, ob. cit., p. 142.

<sup>354</sup> Cfr. Ruíz Canela M., *Informed Consent and Approval by Institutional Review Boards in Published Reports on Clinical Trails*, en “New England Journal of Medicine”, n. 340, 1999, pp. 1114-1115.

<sup>355</sup> Cfr. Gattelari M., *Informed Consent: what did the doctor say?*, en “The Lancet”, n. 353, 1999, p. 1713.

tipo de casos, Hewlett<sup>356</sup> recomienda un especial cuidado para reducir la influencia negativa sobre la libertad.

Otro factor importante para estudiar la implantación del Consentimiento Informado estriba en que la presión legal ha ido por delante de la presión ética. La doctrina legal del consentimiento Informado ha sido codificada primero en el contexto de la mala praxis, desarrollando la Medicina defensiva en la práctica clínica. De hecho, en la literatura médica, se habla más del Consentimiento Informado en relación a la valoración de riesgos que en relación a la autonomía del enfermo o a la Ética de la relación médico-paciente<sup>357</sup>.

Muchos autores se preguntan si se puede obtener un Consentimiento realmente informado. Por ejemplo, Byrne, del Departamento de Cirugía de la Universidad de Dundee, se cuestiona si se puede hablar de una elección verdaderamente libre por parte de un paciente que va a sufrir una intervención quirúrgica<sup>358</sup>.

Ante las dificultades de obtener un Consentimiento Informado válido, en cuanto que es imposible que sea totalmente autónomo y que la información sea totalmente objetiva, hay autores<sup>359</sup> que propugnan incluso el abandono de dicho concepto, justificándose en la idea de que ha sido un concepto transitorio: ha tenido su importancia como idea innovadora, pero ya ha perdido su vigencia. Nosotros, de acuerdo con otros autores<sup>360</sup>, pensamos que todavía no ha llegado el momento de abandonar la práctica del Consentimiento Informado, y que éste debe desenvolverse dentro de un Modelo de relación médico-paciente que tenga como base el respeto por la dignidad de la persona humana, Modelo llamado de la Beneficencia y que está más de acuerdo con las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia al respecto.

## **b. La forma del Consentimiento Informado**

El Consentimiento Informado del paciente constituirá una especie de reconocimiento formal de un proceso sustancial de interacción racional entre médico y paciente. Pero siempre cabe la duda de si esto puede suceder en la realidad. El paradigma de relación, desde el punto de vista racional, es de gran valor. Pero no hay que olvidar los fuertes componentes psicológicos que condicionan al paciente y, por tanto, la decisión clínica. Por este motivo, la decisión tiene que ser condivisa entre médico y paciente, y no

---

<sup>356</sup> Cfr. Hewlett S., *Consent to clinical research - adequately voluntary or substantially influenced?*, en "Journal of Medical Ethics", n. 22, 1996, pp. 232-237.

<sup>357</sup> Cfr. Lantos J., *Informed Consent. The whole truth for patients?*, en "Cancer", n. 72, 1993, p. 2813.

<sup>358</sup> Cfr. Byrne D.J., Napier A., Cuschieri A., *How informed is signed consent?*, en "British Medical Journal", n. 296, 1988, pp. 839-840.

<sup>359</sup> Cfr. Veatch R.M., *Abandoning Informed Consent*, en "Hastings Center Report", n. 2, 1995, pp. 5-12.

<sup>360</sup> Cfr. Cox White B., Zimelman J., *Abandoning Informed Consent: An idea whose time has not yet come*, en "Journal of Medicine and Philosophy", n. 23, 1998, pp. 477-499.

simplemente una decisión del paciente a partir de una propuesta del médico. El médico deberá hacer lo posible por realizar la voluntad del paciente.

Este Modelo de la decisión condividida es un modelo abierto, que deja espacio al médico y al paciente. El médico tiene que reconocer que está limitado por su capacidad técnica, y el espacio decisional está limitado al paciente por el vínculo del médico para hacer su propio bien y evitarle el mal. La buena decisión clínica es la que se forma en la relación médico-paciente, a partir de una buena información al paciente<sup>361</sup>.

El Consentimiento Informado, como expresión de la relación médico-paciente, se puede encuadrar dentro de una triple dimensión<sup>362</sup>:

a) Profesional o técnica: el médico es un profesional que dispone de unos conocimientos y una preparación que le capacitan para la prevención de enfermedades, su diagnóstico y tratamiento usando de los medios éticos y técnicos adecuados a cada caso. Esto no puede suponer caer en actitudes tecnicistas que reduzcan al hombre a la calidad de una máquina que es necesario reparar.

b) Económica y material: cuando el paciente acude al médico va en busca de esos servicios profesionales, por los que el médico ha de recibir la contraprestación económica correspondiente, sea directamente del paciente en el caso de la Medicina privada, sea del Estado o de las Instituciones en la Medicina pública y prepagada.

c) Antropológica: el enfermo es una persona que está necesitada de la asistencia médica, que sufre física y espiritualmente con su enfermedad y que, por esa razón, se encuentra en una situación de dependencia o minusvalía frente al médico.

Estas tres dimensiones son fundamentales para que la relación médico-paciente se establezca y progrese con el clima de confianza suficiente y necesaria que haga fructífera y provechosa dicha relación.

Una vez encuadrado el Modelo de relación médico-paciente, podemos volver a plantear, desde el punto de vista de un Modelo personalista, los elementos en juego en el Consentimiento Informado:

## 1. Por parte del médico

Se pueden considerar cinco elementos:

a) Conocimiento científico: Es claro que cuando el dominio técnico del arte de la Medicina es mayor, el profesional tiene muchos más elementos al momento de dar la información necesaria y suficiente a su paciente. Sin embargo, el médico ha de desprenderse de utilizar tecnicismos del lenguaje pues no son, en la mayoría de los casos, adecuados para informar a los pacientes, ya que disminuye la comprensión de lo que se quiere decir. También es necesaria la prudencia para no avasallar al paciente con una gran cantidad de información, con el pretexto de demostrarle la gran talla intelectual y el acierto que tuvo al escoger el médico. Cuando el dominio

---

<sup>361</sup> Santosuosso A., *Il Consenso Informato*, ob. cit., pp. 89-91.

<sup>362</sup> Cfr. Gamboa Bernal G., *Consentimiento Informado para el paciente terminal y su familia*, en "Persona y Bioética", n. 5, 1999, pp. 34-35.



que se tiene de la patología del paciente no es suficiente, el médico está en la obligación de escuchar la opinión de un colega con mayor preparación o experiencia, para después poder solicitar el Consentimiento al paciente, ya que tendrá muchos más elementos para suministrarlo. El médico ha de tener la suficiente honradez y entereza para reconocer que no lo sabe todo; y además, nadie puede pretender que así sea.

b) Rectitud de intención: el médico ha de abstenerse de manipular la información que da a su paciente, ha de evitar sesgar dicha información de tal manera que el paciente no se vea inclinado a decidir según un propósito predeterminado por el médico. El objeto no puede ser obtener, a cualquier precio, el Consentimiento del paciente, sino brindarle toda la información necesaria para que este pueda tomar una decisión libre y espontánea.

c) Disponibilidad de tiempo: todo el proceso que culmina con el Consentimiento Informado por parte del paciente demanda un cierto tiempo. Dentro del presupuesto de que cada médico ha de hacer, antes de proceder a tratar a un paciente, ha de contemplar el destinar el suficiente tiempo para todo lo relacionado con dar la información que el paciente requiere para dar su consentimiento idóneo.

d) Información: es el elemento más importante, pues de él depende en buena parte la claridad y conocimiento que el paciente pueda tener para dar su consentimiento. El profesional ha de buscar que la información que proporciona sea completa, libre de prejuicios y de acuerdo con las condiciones físicas, psíquicas y culturales del paciente. Para que sea acertada la información, el médico ha de procurar conocer a su paciente de una manera integral, y así hacerse una idea no sólo de lo que debe decir, sino también de cómo debe decirlo. También es importante tener presente la oportunidad a la hora de suministrar la información: el médico debe tener una especie de sexto sentido, que en el fondo es la actuación según la virtud de la prudencia.

El médico debe proporcionar al paciente un tiempo suficiente para que piense en la información que ha recibido y pueda madurar su decisión y prestar un Consentimiento verdaderamente idóneo.

e) Soporte legal: con el desarrollo de la Medicina, de una manera paralela, se ha venido experimentando la necesidad, cada vez más perentoria, de dar a la actuación médica la suficiente seguridad frente a la legislación vigente. La relación médico-paciente ha dejado de tener la connotación simplemente humana para pasar a constituirse en un verdadero contrato asistencial o contrato médico, con deberes y derechos mutuos.

## **2. Por parte del paciente**

Se resumen en siete elementos:

a) Capacidad de conocer. Para tomar una decisión libre la persona ha de conocer primero y esta capacidad puede estar limitada o alterada por la edad o la enfermedad. En el primer caso, los menores, aunque puedan conocer (a partir de los siete años, en general) se consideran como no idóneos para prestar un Consentimiento Informado cabal. Esto no quiere decir que nunca

se cuente con la opinión de ellos, y que tampoco el médico se exima del deber de explicar de una manera sencilla lo pertinente en razón de la edad del paciente. Aunque las normas prescriban que, en estos casos, sean los padres o tutores quienes han de prestar el Consentimiento idóneo, siempre se debe hablar con el menor. En el otro polo de la vida, en la ancianidad, la capacidad de conocer puede estar disminuida o no existir, dependiendo no sólo de la edad sino también de patologías degenerativas que puedan mermar la función cerebral.

b) Capacidad de decidir. Pero la decisión no depende sólo del conocimiento. Es necesario un efectivo uso de la voluntad para que la libertad de decisión sea plena. Todos los limitantes del ejercicio de la voluntad deben ser considerados: miedo, ignorancia, violencia, pasiones, etc.

c) Situación emocional: aún conservando indemnes las anteriores facultades, es necesario tener presente que el Consentimiento idóneo puede interferirse por las reacciones emocionales que la enfermedad puede producir en el paciente, disminuyendo o quitando su plena capacidad decisoria.

d) Situación psíquica: La patología psiquiátrica dificulta en gran medida el poder de definir cuando hay o no consentimiento idóneo. Es frecuente suponer que el enfermo mental no puede decidir, por su falta de autonomía y autodeterminación; sin embargo, es necesario hablar con él.

e) Grado de dependencia: por su misma condición, el enfermo experimenta cierta dependencia del médico tratante, que es distinta según sea un paciente ambulatorio o esté hospitalizado. En el primer caso, el paciente que acude al médico solicitando un servicio evidencia un mayor dominio de sí mismo y la dependencia es menor. Caso contrario ocurre cuando el paciente se encuentra hospitalizado: su indefensión es mayor y su estado de pasividad lo puede llevar a plegarse con mayor facilidad a las demandas del médico o del equipo tratante, corriéndose un riesgo mayor de pasar por encima el tomar en cuenta su consentimiento.

f) Tipo de enfermedad. Es un dato que se ha de tomar en cuenta para pedir el Consentimiento Informado. En las enfermedades de curso agudo el paciente tiene necesidad urgente de solucionar el problema que lo aqueja y, de alguna manera, está más a merced del médico; esto hace que pueda omitirse el consentimiento, pues ambos lo presuponen. Cuando la enfermedad es de curso crónico normalmente la situación es al revés, pues el paciente presenta un grado mayor de conocimiento de su patología.

g) Información previa: otro elemento que no se puede olvidar a la hora de solicitar el Consentimiento Informado a un paciente es la exploración que el médico ha de realizar sobre los conocimientos previos que el paciente tiene sobre su enfermedad, el pronóstico y el tratamiento. Con frecuencia los pacientes se inhiben de prestar el Consentimiento por una serie de informaciones inexactas, fragmentarias e incluso erróneas, que han recibido por diversos medios.

### 3. Otros elementos del Consentimiento Informado

Además de los elementos ya vistos por parte del médico y del paciente, podemos destacar:

a) El Consentimiento Informado es un *proceso* y no un acontecimiento aislado en el seno de la relación. El Consentimiento Informado perfecto es un proceso de encuentro y diálogo entre el sanitario y el paciente, que abarca desde el mismo momento en que el sanitario entra en contacto con el enfermo, hasta el instante en que se le da el alta definitiva. En este largo proceso ambos se transmiten mutuamente información, y entre ambos deciden los objetivos terapéuticos y los procedimientos aceptables para alcanzarlos<sup>363</sup>.

b) Aceptación de la decisión: después del proceso de evaluación y discusión de la información que se le ha transmitido de forma adecuada y comprensible, el paciente competente decide libremente si consiente o rechaza aquello que se le propone. Los sanitarios normalmente toleran mal el rechazo de los pacientes; sin embargo, si un rechazo es competente, voluntario e informado tienen que respetarlo plenamente. Por desgracia, es todavía frecuente que los sanitarios reaccionen tratando de coaccionar al paciente, por ejemplo con la amenaza del alta voluntaria, o que presionen a la familia para que a su vez coaccione al paciente, o bien cuestionen su capacidad<sup>364</sup>.

c) Situaciones excepcionales en las cuales está justificado no solicitar el Consentimiento Informado:

-Grave peligro para la salud pública: por ejemplo, para tratar e informar a la Autoridad una enfermedad contagiosa grave.

-Situación de urgencia vital inmediata: la atención a pacientes inconscientes, accidentes, etc.

-Incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales: el médico decide en conciencia lo mejor para el paciente.

-Imperativo judicial: por ejemplo, realizar una medición de la tasa de alcohol en sangre a un paciente tras un accidente.

-Rechazo de todo tipo de información por el propio enfermo: el paciente delega en el médico toda su autonomía confiando en que actuará en su interés.

-“Privilegio terapéutico”: el médico puede ocultar información a un paciente si tiene la firme certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave.

---

<sup>363</sup> Cfr. Broggi M.A., *Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el Consentimiento Informado*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, ob. cit., p. 146.

<sup>364</sup> Cfr. Simón Lorda P., *El Consentimiento Informado y la participación del enfermo*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, ob. cit., pp. 140-141

#### 4. El contenido de la información

Los elementos esenciales que debe incluir el Consentimiento Informado<sup>365</sup>:

1. Explicación del padecimiento.
2. Explicación inteligible del procedimiento que va a utilizarse y sus consecuencias.
3. Descripción de tratamientos o procedimientos alternativos.
4. Descripción de los beneficios que se puedan esperar.
5. Ofrecimiento para contestar a las preguntas del paciente.
6. Todo esto dentro de un marco de libertad; sin coerción, persuasión o presión.

Como es lógico, estos elementos sólo pueden darse dentro de un marco de relación médico-paciente basado en la mutua confianza, en el respeto por la dignidad de la persona y su libertad.

En este sentido, podemos afirmar que la mentira es un mal camino, en principio dañino e irreversible. Es un abuso de la confianza que desprecia necesidades, que presupone abusivamente la incompetencia del otro y que imposibilita cualquier trabajo evolutivo posterior. La mentira suele basarse en una actitud defensiva del médico que no quiere o no sabe tratar la angustia del enfermo, y que, aunque aluda a la protección de éste, protege su propia paz emocional. El enfermo no pide mentiras piadosas sino formas piadosas de aproximación a la verdad. La mentira es concreta e irrespetuosa; y en cambio, la verdad es multiforme y a través de ella puede avanzarse en común, con respeto a los límites y a las demandas variables<sup>366</sup>.

Para mejorar la comprensión del Consentimiento Informado, se han propuesto varias indicaciones<sup>367</sup>:

1. El documento de consentimiento debe ser escrito en un estilo claro, corto y directo. Hay que evitar la terminología excesivamente técnica, las listas enormes de posibles riesgos, el estilo demasiado impersonal.
2. La cantidad de información debe ser la adecuada. En el capítulo primero hablamos de este tema. La mayoría de las veces hay que dejar que sea la prudencia del médico la que indique la cantidad y la cualidad de la información, aunque en muchas ocasiones ayuda el tener módulos por escrito, o con gráficos, que se pueden entregar al paciente con tiempo para que lo asimile y prepare las dudas que le puedan surgir.
3. Se debe informar con suficiente anticipación para poder procesar la información y madurar la decisión. Es mejor rellenar el formulario en una

---

<sup>365</sup> Fábregas S., *Contribución de la comunicación de la salud a la adopción del Consentimiento Informado*, en "Cuadernos de Bioética", n. 36, 1998, p. 738.

<sup>366</sup> Cfr. Broggi M.A., *Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el Consentimiento Informado*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, ob. cit., p 147.

<sup>367</sup> Cfr. Fábregas S., *Contribución de la comunicación de la salud a la adopción del Consentimiento Informado*, ob. cit., p. 739.

consulta previa, que hacerlo en la misma habitación, unas horas antes de sufrir la intervención.

4. Se debe procurar una mayor atención a aquellos pacientes que tengan dificultades en la comprensión (ancianos, bajo nivel cultural, etc.), o bien a aquellos que tengan una dificultad para tomar la decisión (por estar bajo un stress emocional alto, nerviosismo, etc.).

### **c. El Consentimiento Informado y el Derecho**

Ya hemos estudiado en el primer capítulo la importancia del Derecho como cuestión fundamental en el origen y en el planteamiento actual del Consentimiento Informado. Ahora, una vez estudiados los Modelos de relación y habiendo propuesto uno basado en la Beneficencia y en la Confianza, el problema de la interacción Consentimiento Informado-Derecho, adquiere nuevas perspectivas de solución.

En síntesis, se puede decir que el médico dispone, no del “derecho a curar”, sino de la “potestad de curar”, la cual deriva sobre todo, de la titulación y de la habilitación para el ejercicio de la profesión, pero, que para poderse hacer efectiva, requiere del “consentimiento” de la persona que se pone en sus manos<sup>368</sup>.

Juan Pablo II aporta una luz significativa a la hora de estudiar las relaciones entre médicos y abogados: “El Derecho y la Medicina son dos antiguas disciplinas, dos universos científicos, que por su naturaleza y orígenes pueden encontrarse útilmente en la búsqueda de medios, estructuras y actos para asegurar la defensa, la promoción y el progreso del hombre, de todo el hombre y de todo hombre (...). Tanto la Ciencia Médica como el Derecho tienen que hacer referencia a un tercer polo más elevado, es decir, a una adecuada Antropología, que tenga su centro inspirador en la ontología de la persona: de aquí surgen los valores éticos, a los cuales deben atenerse todas las actividades, sobre todo aquellas dirigidas a la tutela y la promoción del bien humano”<sup>369</sup>.

Nos parecen importantes las apreciaciones que hacen Cafaro y Cottini cuando se refieren a la importancia de la competencia profesional haciendo una llamada a la responsabilidad del médico para asumir su parte de culpa en los litigios: “El nivel de las prestaciones exigidas por los pacientes va siempre en aumento, y como consecuencia, aumentan también los casos de procedimientos penales. Por otra parte, es justo que los errores de los operadores sanitarios, cuando sucedan, no vayan encubiertos por un mal entendido sentido de la defensa de la dignidad de la clase médica. El médico no debe pensar que no puede equivocarse, aunque sea involuntariamente. La preocupación de quedar mal delante de los demás o la presunción de poder llegar siempre a todo, no debe impedir el deber moral y profesional de corregir un diagnóstico o un tratamiento equivocado. Un índice de correcta

---

<sup>368</sup> Cfr. Fiori A., *Problemi attuali del Consentimento Informato*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1993, p. 1124.

<sup>369</sup> Juan Pablo II, *all’Unione Giuristi Cattolici Italiana*, 5-XII-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/3 (1987), p. 1295.

preparación profesional es también el reconocer los propios límites, aceptando consultar los casos con otros colegas”<sup>370</sup>.

Pensamos que una correcta base antropológica puede dar la clave para solucionar los conflictos que se derivan de la juridificación de la Medicina, tal como lo describe Yepes Stork: “La juridificación progresiva de las relaciones médico-enfermo obedece al incremento de los conflictos entre ellos, lo cual es inevitable en la medida en que *esa relación se despersonaliza y el enfermo se transforma en mero paciente*, “caso” o “cliente” dentro de una institución médica pensada con criterios de eficacia técnica, e incluso mercantil. En tales casos, las relaciones interpersonales espontáneas difícilmente se dan, puesto que el paciente se enfrenta con una organización compleja, atendida por una cambiante muchedumbre de profesionales que se limitan a cumplir su función, y desde luego no conocen al enfermo. El “momento social” de la salud es hoy complejo, difícil y eminentemente funcionalista. Y sin embargo, en ningún otro tipo de instituciones son más necesarios los rasgos comunitarios, la cercanía del hombre doliente, el diálogo del enfermo con quienes le rodean, el cuidado y *el reconocimiento de la personalidad y del sufrimiento de cada uno*”<sup>371</sup>.

Pensamos que un juicio equilibrado lo proporciona Juan Pablo II cuando, dirigiéndose a la Unión Jurista Católica Italiana, afirma: “si bien es verdad que el Derecho no puede desinteresarse de los eventuales abusos cometidos por una aplicación incontrolada de la Medicina, también es verdad que las leyes deben hacer sentir su apoyo a cuantos están empeñados en combatir la enfermedad y llevar alivio a los enfermos, dando al hombre un servicio que es digno de consideración y reconocimiento”<sup>372</sup>.

Es, precisamente, esta presión jurídica sobre la Medicina la que ha desarrollado las formas explícitas del Consentimiento Informado. También ha influido en la regulación del amparo en el llamado “estado de necesidad”, bajo el cual un médico no tiene que pedir consentimiento a un paciente cuando hay un “estado de riesgo vital inminente”. El problema se da a la hora de interpretar el grado de necesidad o de peligro que hay en cada caso.

Un reciente caso real puede dar luces al respecto:

Un cirujano propuso a un paciente, afecto de una tumoración benigna en las cuerdas vocales, la realización de una resección de la lesión por vía oral. En el curso de la intervención, el médico se da cuenta del error de diagnóstico inicial y de la imposibilidad de realizar el proyecto original y decide efectuar una resección de la laringe afecta, con la consecuente traqueotomía. El postoperatorio fue desfavorable, requiriendo una nueva intervención, seis días después, para solucionar una infección, y causando la muerte del paciente dos meses después. El juez, aun reconociendo

---

<sup>370</sup> Cafaro A., Cottini G., *Etica Medica*, ob. cit., p. 38.

<sup>371</sup> Yepes Stork R., *Fundamentos de Antropología*, ob. cit., p. 456.

<sup>372</sup> Juan Pablo II, *all'Unione Giuristi Cattolici Italiana*, 5-XII-87, ob. cit., p. 1296.

que existía una indicación para realizar la extirpación de la laringe, considera que el cirujano, una vez vista la imposibilidad de realizar la técnica inicialmente prevista, debería haber suspendido la intervención, pues no había un riesgo vital inminente y tenía que haber dejado al paciente la posibilidad de dar su consentimiento o no a la segunda intervención. El médico fue condenado por homicidio preterintencional<sup>373</sup>.

Casos como éste han llevado a los médicos a utilizar cada vez más los formularios escritos de Consentimiento Informado, donde se recogen además las opciones o cambios de tratamiento que pueden suceder durante el transcurso de una intervención. Otro ejemplo real, que explica este fenómeno, lo encontramos en situaciones no tan trágicas como la del paciente anterior:

Un cirujano ortopédico recomienda a un paciente la realización de una artroscopia de rodilla para el tratamiento de una lesión de menisco, después de informarle de la baja agresividad de esta intervención y de la rápida recuperación tras la misma. Durante la intervención, el médico ve que, además de la lesión de menisco inicialmente diagnosticada, existe una lesión del ligamento cruzado anterior.

Llegados a este punto, si el médico actuara para solucionar la lesión del ligamento, estaría abusando del Consentimiento dado por el enfermo, pues cambiaría sustancialmente el postoperatorio y los resultados de la intervención inicial. En este caso, pensamos que el médico, dado que no existe una urgencia vital en solucionar el problema, se debe limitar a solucionar el problema del menisco y, posteriormente, plantear la posibilidad de una segunda intervención para solucionar el problema añadido, con un nuevo Consentimiento Informado por parte del paciente. Solamente se justifica un cambio de intervención cuando no hay una diferencia sustancial entre lo previsto inicialmente y lo que se concluye, o cuando hay un riesgo vital que no permite diferir la nueva intervención. Al final, volvemos a apelar a la prudencia del médico que es quien valora ambos parámetros, aunque la presión judicial ayuda a afinar en los diagnósticos, en las decisiones y en la precisión del Consentimiento Informado.

#### **d. El Consentimiento Informado en la práctica clínica**

Utilizando el caso que hemos usado para analizar los Modelos anteriores (una paciente sometida a la segunda intervención de cesárea, tras la cual se plantea la necesidad o no de realizar una ligadura de trompas para evitar un tercer embarazo), podemos sugerir un algoritmo de comportamiento

---

<sup>373</sup> Un caso similar lo describe Fiori A., *Problemi attuali del Consenso Informato*, ob. cit., p. 1128.

correcto, para llegar a un Consentimiento Informado según el Modelo de la Beneficencia:

1. El médico debe informar de los riesgos reales, presentes y futuros, de la intervención de cesárea, y del riesgo añadido de la ligadura de trompas.
2. El médico debe informar del estado de esterilidad irreversible a consecuencia de la posible intervención de ligadura de trompas.
3. En el caso de que sea conveniente una regulación de la natalidad, tras la segunda cesárea, el médico debe informar de las alternativas posibles a la esterilización quirúrgica.
4. Según los principios vistos hasta ahora, el médico que actúa según el Modelo de la Beneficencia, debe valorar el bien integral de la paciente, que pasa por el respeto de su dignidad y de su integridad, por lo que no realizará la ligadura de trompas a la paciente. En este caso el Consentimiento Informado que la paciente debe firmar supone una protección a la misma, en cuanto que salvaguarda su propia dignidad.
5. En caso de que sea la propia paciente la que solicite la ligadura de trompas, el médico debe negarse a la misma, en cuanto que es una intervención que va contra la dignidad de la persona y su integridad. En este caso no estaríamos ante un caso de Paternalismo, pues no hay una acción positiva contra la voluntad de la paciente, sino que se suspende la relación por motivos éticos. El médico debería acudir a la objeción de conciencia para no actuar en contra de sus principios morales.

#### **e. El “Consentimiento Social”**

Antes de finalizar, nos parece conveniente incluir lo que algunos autores han llamado “Consentimiento Social”, como expresión de la relación que se establece, no ya entre el médico y el paciente en particular, sino entre el médico y la familia del paciente, o también entre el Estado que emite leyes referentes a cuestiones médicas y la sociedad en general que recibe esas leyes.

El primer aspecto del “Consentimiento Social” es el que se da por parte de la familia del paciente. Las exigencias de información por parte de la familia y/o amistades del paciente son, con frecuencia, un elemento de presión para el médico y crean una relación paralela respecto a la relación directa médico-paciente. Esta nueva relación alcanza, de algún modo, al propio paciente quien se apoya, a su vez en los amigos y familiares para tomar su decisión. Esta conciencia de grupo es una etapa esencial de la técnica profesional del médico que requiere por su parte una elevada dosis de paciencia, tolerancia, equilibrio, capacidad de diálogo, buena educación, firmeza y prudencia.

En muchas ocasiones la familia es un agente importante que acostumbra a reclamar para sí el Consentimiento Informado real y que puede negárselo al propio enfermo, intentando sustituirle al ejercer sobre él un paternalismo puro y duro. En este contexto, el buen médico debe prever y tratar también la angustia de la familia, su duelo, su sensación de culpabilidad y el miedo a su ineptitud; y proponerse como ayuda, dispuesto a profundizar o a detener



el proceso según las necesidades de cada momento. Pero puede ser necesario hacer ver a la familia que el agente primordial del proceso informativo es el propio paciente, y que es a él a quien corresponde la decisión autónoma, a su manera<sup>374</sup>.

En el segundo sentido, el “Consentimiento Social” a las leyes que hacen referencia a la salud y la vida humana, debe ser “informado”: informado de modo completo, con los medios de comunicación que hoy día son de extraordinaria eficacia, pero que, a veces, son usados como vehículo de mensajes incompletos y manipulados, para obtener consentimientos desinformados<sup>375</sup>. Es el caso, por ejemplo, de la ley sobre los embriones sobrantes, tras una técnica de fecundación *in vitro*, donde la aprobación de la ley y su apoyo popular depende, en gran medida, de la desinformación que existe respecto a la existencia y destino de dichos embriones.

El Estado debe cumplir, respecto a la Sociedad, los mismos deberes a nivel informativo, que el médico con su paciente en particular, para que, de este modo, la Sociedad pueda utilizar sus recursos de regulación del poder estatal.

El “Consentimiento Social” a la actividad médica es, visto de este modo, el verdadero fundamento de la legitimación para el médico. Hay que señalar que, sin este “Consentimiento Social”, sin este permiso implícito de la sociedad a lo largo de los siglos para el ejercicio y la experimentación médica, la Medicina no se hubiera desarrollado. De todos modos, hoy día, este Consentimiento debe ser informado: se debe hablar de las posibilidades reales de diagnóstico y de curación, de las incertezas y las complicaciones, de los límites de todo tratamiento sanitario. Es la única vía para encontrar el equilibrio entre la temida Medicina defensiva y la Medicina temeraria o inútil<sup>376</sup>.

Esta es la batalla que los médicos deben comenzar a disputar, si quieren sustituir el sentimiento actual de desorientación, de depresión y de rendición que el actual clima de caza de brujas ha creado en ellos, por un clima de serena conciencia de la importancia que su labor insustituible tiene para la humanidad y de trabajar en relación con el paciente en singular, con sus familiares y la sociedad entera.

---

<sup>374</sup> Cfr. Broggi M.A., *Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el Consentimiento Informado*, en Couceiro A. (Ed.), *Bioética para clínicos*, ob. cit., p. 149.

<sup>375</sup> Fiori A., *La procreazione assistita e il consenso informato*, en “*Medicina e Morale*”, n. 6, 1999, pp. 1053-1056.

<sup>376</sup> Cfr. Fiori A., *Problemi attuali del Consenso Informato*, ob. cit., pp. 1137-1138.

## CONCLUSIONES

Una vez finalizado nuestro estudio, podemos extraer las siguientes conclusiones:

**1. El Consentimiento Informado, en sí mismo, supone un avance en las relaciones médico-paciente en cuanto que es consecuencia del desarrollo de los derechos de la persona.**

En el primer capítulo de este trabajo hemos estudiado como, a lo largo de la Historia de la Medicina, se han ido abandonando las formas de relación basadas exclusivamente en la autoridad del médico, para pasar a modelos donde la opinión del paciente es parte esencial de la relación terapéutica.

Hoy día, la utilización del Consentimiento Informado está asumida por la gran mayoría de los médicos y de los enfermos, tanto en la práctica clínica como experimental. Hemos estudiado los principales elementos que entran a formar parte del Consentimiento Informado hasta llegar al *status questionis*.

**2. El concepto de Consentimiento Informado y su aplicación práctica tienen consecuencias muy distintas dependiendo del Modelo de relación médico-paciente en el que se utilice.**

El Consentimiento Informado consta de dos momentos principales: la transmisión de la información por parte del médico, y la emisión o no del consentimiento por parte del paciente. En ambos momentos entran en juego una serie de elementos antropológicos, como son la concepción de persona

y de la libertad, a través de los cuales el resultado del Consentimiento Informado puede ser éticamente lícito o no.

En el segundo capítulo, hemos revisado los diversos Modelos de relación médico-paciente que se han dado a lo largo de la historia, para estudiar, precisamente a través de esos elementos antropológicos, la concepción y aplicación del Consentimiento Informado que se da en cada uno de los Modelos.

Hemos podido evidenciar como el Modelo Paternalista ha tenido su vigencia en la práctica médica hasta hace pocas décadas y como, en nuestros días, su utilidad se limita a la atención en urgencias y en pacientes sin uso de razón.

Posteriormente, hemos estudiado el Modelo de relación que se deriva de una concepción liberalista y utilitarista de la sociedad y de la medicina, concepción que ha dominado el panorama de la Bioética desde hace cinco décadas. En este Modelo, denominado de la Autonomía, la utilización del Consentimiento Informado puede dar lugar a actuaciones éticamente inadmisibles, en cuanto que lesionan la dignidad de la persona humana. Esto sucede, por ejemplo, cuando se utiliza equivocadamente el concepto de autonomía o cuando se aplica una concepción reductivista de la persona humana.

Por último, hemos estudiado la propuesta de un tercer Modelo de relación que está más de acuerdo con la tradición filosófica personalista. Es un Modelo donde se busca el bien objetivo para el paciente. Parte del principio de la existencia de un bien objetivo que se puede desear, y de una verdad, también objetiva, que se puede conocer. Reconoce la enorme importancia de la libertad del paciente para que pueda darse una correcta relación médico-paciente, pero no se limita a la defensa a ultranza del libre albedrío individual, sino que lo enmarca dentro de un cuadro más amplio, que le trasciende, donde la confianza en la relación juega un papel imprescindible.

### **3. El Magisterio de la Iglesia promueve el desarrollo de una Bioética que respete el auténtico significado de la persona.**

En el tercer capítulo hemos revisado la aportación del Magisterio de la Iglesia respecto al tema de estudio.

Conviene destacar como el Papa Pío XII, hace más de 50 años, proporcionaba los elementos esenciales para establecer una relación médico-paciente basada en el respeto de su persona y de su libertad, a partir de la cual el desarrollo lógico finaliza en el Consentimiento Informado.

Del Magisterio podemos destacar las enseñanzas respecto a la constitución antropológica del ser humano, la concepción de la libertad y las relaciones entre médico y paciente. En todas ellas se destaca la concepción del hombre como ser creado a imagen y semejanza de Dios, con la dignidad que ello supone. También destaca como la humanización de la Medicina es la única vía que permite un desarrollo integral de la misma, sin caer en los atentados contra la dignidad de la persona.

A partir de estas enseñanzas, hemos podido extraer los principios morales con los cuales se puede realizar la valoración ética de los distintos Modelos de relación ya estudiados, y de la aplicación que en cada uno se hace del Consentimiento Informado.

En este sentido, hemos insistido en la valoración moral del Modelo de la Autonomía, pues es en base a este Modelo donde hoy día se cometen los mayores abusos contra la dignidad de la persona.

Por último, se puede afirmar que el Modelo de la Beneficencia, basado en una concepción personalista de la Bioética, es el Modelo que mejor se adecúa a las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia.

#### **4. Propuesta del Consentimiento Informado como expresión de la relación médico-paciente, dentro de un Modelo personalista.**

Por último, y con la idea de volver al tema con el que dio comienzo este trabajo, hemos hecho una propuesta de Consentimiento Informado dentro de un Modelo inspirado en la Bioética personalista.

En esta propuesta se puede destacar como el Consentimiento Informado se constituye, hoy día, bajo un triple aspecto:

- a) Como la fundamental validación jurídica de la intervención médico-quirúrgica sobre el paciente, en particular cuando esta intervención es de riesgo para el mismo.
- b) Como la garantía de la libertad y dignidad del hombre, al cual no puede ser impuesto un tratamiento no consentido.
- c) Como la salvaguarda para el médico ante la multiplicación de acusaciones ante los malos resultados o las faltas de responsabilidad.

También dentro de este Modelo queremos destacar de nuevo los principales elementos de la relación médico-paciente:

- a) Por parte del médico: Conocimiento científico, rectitud de intención, disponibilidad de tiempo, información y soporte legal.
- b) Por parte del paciente: Capacidad de conocimiento, capacidad de decisión, situación emocional, situación psíquica, grado de dependencia, tipo de enfermedad e información previa.
- c) Otros elementos: el Consentimiento Informado como proceso, la aceptación de la decisión, etc.
- d) Situaciones excepcionales en las que está justificado no solicitar el Consentimiento Informado: Peligro para la salud pública, incapacidad del enfermo, imperativo judicial, rechazo informativo del enfermo y privilegio terapéutico.

También nos parece interesante destacar el contenido de la información que hay que proporcionar al paciente:

- a) Explicación del padecimiento
- b) Explicación de los procedimientos que se van a utilizar
- c) Descripción de las alternativas
- d) Descripción de los riesgos y beneficios
- e) Ofrecimiento para contestar preguntas o solucionar dudas

f) Todo esto dentro de un marco de libertad.

Pensamos que el Consentimiento Informado que se desprende de la concepción personalista de la Bioética, al expresar una relación médico-paciente basada en la confianza y en el respeto de la dignidad de la persona, soluciona los problemas que se han planteado al comienzo de este trabajo.

Para finalizar, queremos recordar como el Magisterio de la Iglesia ha querido defender en todo momento y circunstancia, la dignidad de la persona humana, yendo muchas veces contra corriente de la opinión pública. Pero, sobre todo, ha ido ganándose el reconocimiento de aquellos que, aquejados por la enfermedad, han encontrado en el médico cristiano, no sólo un apoyo científico, sino sobre todo, un apoyo moral para su sufrimiento.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **1. Libros y manuales**

AA.VV., *Encyclopedia of Bioethics*, Free Press, New York 1978.

AA.VV., *New Dictionary of Christian Ethics and Pastoral Theology*, Intersity Press, Downers Grove (Illinois) 1995.

AGRA ROMERO M.J., *J. Rawls: El sentido de justicia en una sociedad democrática*, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela 1985.

ALVIRA R., *La razón de ser hombre*, Rialp, Madrid 1998.

AMBADAN G., *Moral dimensions of Informed Consent in Medico-Surgical Treatment*, Pontificia Universitas Lateranensis, Roma 1994.

ARREGUI J.V., CHOZA J., *Filosofía del hombre*, Rialp, Madrid 1992.

AYLLÓN J.R., *En torno al hombre*, Rialp, Madrid 1995.

BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J.F., *Principles of Biomedical Ethic*, Oxford University Press, New York 1978.

- BOMPIANI A. (A cura), *Bioetica in medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996.
- CAFARO A., COTTINI G., *Etica Medica*, Ares, Milano 1991.
- CARRASCO BARRAZA M.A., *Consecuencialismo. Por qué no*, Eunsa, Pamplona 1999.
- CHILDRESS J.F., *Priorities in Biomedical Ethics*, Westmister University Press, Philadelphia 1981.
- CHILDRESS J.F., *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York 1982.
- CICCONE L., *Salute e Malattia*, Ares, Milano 1986.
- COUCEIRO A. (Dirigido por), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999.
- CULVER C.M., GERT B., *Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York 1982.
- D'AGOSTINO F., *Bioetica*, G. Giappiachelli Editore, Torino 1998.
- DE VRIES R., SUBEDI J., *Bioethics and Society. Constructing the Etical Enterprise*, Prentice Hall, New Jersey 1998.
- DORAL J.A., DEL ARCO M.A., *El Negocio Jurídico*, Trivium, Madrid 1982.
- DWORKIN G., *Paternalism*, Wadsworth Publishing Co., Belmont 1971.
- DWORKIN G., *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, New York 1991.
- ENGELHARDT H.T., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986.
- ENGELHARDT H.T., *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991.
- FADEN R., BEAUCHAMP T., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1986.
- FRANKENA W.K., *Etica. Una Introduzione alla Filosofia Morale*, Edizioni di Comunità, Milano 1981.
- FRANKL V.E., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1993.
- GARCÍA DE HARO R., *La vida cristiana*, Eunsa, Pamplona 1992.
- GARCÍA YEBRA V. (Dirigido por), *Metafísica de Aristóteles*, Gredos, Madrid 1992.
- GRACIA D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid 1989.

- GUARDINI R., *Ética*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1999.
- HERRANZ G., *Comentarios al Códico de Ética y Deontología Médica*, Eunsa, Pamplona 1992.
- IADECOLA G., *Consenso del Paziente e Trattamento Medico-Chirurgico*, Liviana, Padova 1989.
- JOUANNA J., *Ippocrate*, Società Editrice Internazionale, Torino 1994.
- KATZ J., *The Silent World of Doctor and Patient*, Macmillan Inc., New York 1984.
- LAIN ENTRALGO P., *La relación médico-enfermo*, Alianza Universidad, Madrid 1983.
- LAIN ENTRALGO P., *Antropología Médica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1988.
- LÉONARD A., *El fundamento de la moral*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1997.
- LEONE S., PRIVITERA S. (A cura), *Dizionario di Bioetica*, Istituto Siciliano di Bioetica-Edizione Dehoniane, Bologna 1994.
- LEWIS C.S., *Cautivado por la Alegría*, Encuentro, Madrid 1989.
- MARÍAS J., *Persona*, Alianza Editorial, Madrid 1996.
- MASSINI C.I., SERNA P., *El Derecho a la Vida*, Eunsa, Pamplona 1998.
- MELINA L., *Corso di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato 1996.
- MONDIN B., *Antropologia e Bioetica*, Massimo, Milano 1997.
- OCARIZ F., *El Marxismo*, Palabra, Madrid 1975.
- O'ROURKE K., *Medical Ethics. Sources of Catholic Teachings*, Georgetown University Press, Washington 1993.
- PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1981.
- PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., *For the Patient's Good*, Oxford University Press, New York 1988.
- PERICO G., *Problemi di Etica Sanitaria*, Àncora, Milano 1992.
- PINCKAERS S., *Las fuentes de la moral cristiana*, Eunsa, Pamplona 1988.
- POLAINO LORENTE A. (Dirigido por), *Manual de Bioética General*, Rialp, Madrid 1994.
- POLLAK K., *Los discípulos de Hipócrates*, P&J, Barcelona 1969.
- PORCARELLI A., *Scienza e Persona Umana*, Il Mulino, Bologna 1994.

- RATZINGER J., *El don de la vida. Instrucción y comentarios*, Palabra, Madrid 1992.
- RAWLS J., *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge 1972.
- RHONHEIMER M., *La prospettiva della Morale*, Armando, Roma 1994.
- RODRÍGUEZ LUÑO A. *La scelta etica*, Ares, Milano 1988.
- RODRÍGUEZ LUÑO A., *Etica General*, Eunsa, Pamplona 1993.
- RUSSO F., *Questioni di Antropologia Filosofica*, Pontificia Università della Santa Croce, Roma 1999.
- SAGRADA BIBLIA, Herder, Barcelona 1977.
- SALVESTRONI F., *El medico della persona*, Vallecchi, Firenze 1968.
- SANTOSUOSSO A., *Il Consenso Informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- SAUNDERS C.M., BAUM M., HOUGHTON J., *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley and Sons Ltd., Baffins Lane, Chichester, West Sussex 1994.
- SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 1994.
- SPAGNOLO A.G., *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*, Camilliane, Torino 1997.
- SPISANTI S. (A cura), *Documenti di Deontologia ed Etica Medica*, Paoline, Milano 1985.
- SPISANTI S. (A cura), *Bioetica e Antropologia medica*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1991.
- SPISANTI S., *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*, Paoline, Milano 1999.
- STUART MILL J., *El Utilitarismo*, Alianza Editorial, Madrid 1984.
- STUART MILL J., *Sobre la Libertad*, Alianza Editorial, Madrid 1988.
- TETAMANZI D., *Bioetica*, Edizioni Piemme, Casale Monferrato 1990.
- VEATCH R.M., *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.
- WILLIAMS R., *Libertad y nueva moral*, Ediciones Fundación de Ciencias Humanas, Santiago de Chile 1995.
- YEPES STORK R., *Fundamentos de Antropología*, Eunsa, Pamplona 1996.



## 2. Artículos y Revistas

- AA.VV., *Il Consenso Informato nella Sperimentazione Clinica*, en “Bolletino dell’Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri”, n.1, 1999, p. 9.
- ABIVEN M., *Faut-il dire la vérité au malade? Une question à bannir*, en “Médecine de l’homme”, n. 238, 1998, pp. 12-14.
- ACKERMAN T.F., *Fooling Ourselves with Child Autonomy and Assent in Nontherapeutic Clinical Research*, en “Clinical Research”, n. 5, 1979, pp. 345-348.
- ARANA AMURRIO J.I., *El médico y la historia*, en “El Medico”, n. 691, 1998, pp. 70-77.
- ARANGO RESTREPO P., *Consideraciones básicas en la relación médico-paciente*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, pp. 111-118.
- ARANGO RESTREPO P., *La formación en Bioética: una alternativa para la calidad de la relación médico-paciente*, en “Persona y Bioética”, n. 3, 1998, pp. 113-122.
- BARNI M., *Il modello deontologico nel rapporto medico-malato*, en Spisanti S. (A cura), *Bioetica e Antropologia Medica*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1991, pp. 137-144.
- BIGNAMINI A.A., *Il consenso di chi non può consentire in sperimentazione clinica: etica e Gcp a confronto*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1999, pp. 1087-1105.
- BOMPIANI A., *Il principio dei diritti umani nella normativa sanitaria italiana*, en “Rivista di Teologia Morale”, n. 124, 1999, pp. 521-544.
- BOYARSKI S., *Informed Consent*, en “New England Journal of Medicine”, n. 311, 1984, pp. 1583-1584.
- BRADLEY P., *A response to the March 1979 Issue of the Journal of Medicine and Philosophy*, en “Journal of Medicine and Philosophy”, n. 5, 1980, pp. 89-90.
- BROGGI M.A., *Algunas proposiciones sobre el proceso de la información y el Consentimiento Informado*, en Couceiro A. (Dirigido por), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, pp. 145-149.
- BYRNE D.J., NAPIER A., CUSCHIERI A., *How informed is signed consent?*, en “British Medical Journal”, n. 296, 1988, pp. 839-840.
- CARRASCO DE PAULA I., *L’etica dell’intervento medico: il primato dell’interesse del paziente*, en “Congresso Internazionale:

- L'assistenza al morente", Facoltà di Medicina dell'UCSC, Roma 15/18-III-1992.
- CASELL E.J., *The Function of Medicine*, en "Hastings Center Report", n. 7, 1977, pp. 16-19.
- CASTILLA A., *El principio de beneficencia. A propósito de un caso sin consentimiento informado*, en "Cuadernos de Bioética", n. 36, 1998, pp. 710-714.
- CASTRO BARREIRO J., *La implantación del Consentimiento Informado en los hospitales de Galicia*, en "Cuadernos de Bioética", n. 33, 1998, pp. 67-74.
- CATTORINI P., *I Principi dell'Etica Biomedica e il Personalismo*, en "Aquinas", n. 1, 1993, pp. 71-91.
- CATTORINI P., REICHLIN M., *Rifiuto delle terapie: aspetti etici*, en Bompiani A. (A cura), *Bioetica in Medicina*, CIC, Roma 1996, pp. 300-303.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e Consenso all'atto medico*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1992.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14-VII-95, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1995.
- COX WHITE B., ZIMBELMAN J., *Abandoning Informed Consent: An idea whose time has not yet come*, en "Journal of Medicine and Philosophy", n. 23, 1998, pp. 477-499.
- CURRAN W.J., *Informed Consent in malpractice cases*, en "New England Journal of Medicine", n. 314, 1986, pp. 429-431.
- DALLA TORRRE G., *Attività sanitaria e tutela giuridica dell'uomo*, en Bompiani A. (A cura), *Bioetica in Medicina*, CIC, Roma 1996, pp. 58-69.
- DE NATALE A., *Fenomenologia ed eticità della relazione medico-paziente*, en "Bioetica e Cultura", n. 7, 1995, pp. 55-72.
- DE SANTIAGO M., *La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo*, en "Cuadernos de Bioética", n. 36, 1998, pp. 665-678.
- DEL BARCO J.L., *La seducción utilitaria*, en "Anuario Filosófico", n. 27, 1994, pp. 89-102.

- DI PIETRO M.L., SGRECCIA E., *Etica della responsabilità in oncologia ginecologica*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1999, pp. 1057-1071.
- DIAZ PINTOS G., *Interferencias legales en la autonomía del paciente: las imprecisas fronteras del derecho*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1995, pp. 1147-1173.
- DIAZ PINTOS G., *Algunos problemas conceptuales del paternalismo y de la autonomía individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 31, 1997, pp. 1157-1163.
- DWORKIN G., *Autonomy and Behavior Control*, en “Hastings Center Report”, n. 6, 1976, pp. 23-28.
- DYER A.R., *Informed Consent and the psychiatric patient*, en “Journal of Medical Ethics”, n. 13, 1987, pp. 12-16.
- EMANUEL E. J., *Cuatro modelos de relación médico-paciente*, en Couceiro A. (Dirigido por), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, pp. 109-120.
- FABREGAS S., *Contribución de la comunicación de salud en el Consentimiento Informado*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 36, 1998, pp. 731-744.
- FAZIO M., *Autonomia assoluta versus autonomia relativa*, en “La Società”, n. 2, 1995, pp. 301-318.
- FAZZARI C., *L'etica come elemento di professionalità dell'operatore sanitario*, en Spisanti S. (A cura), *Bioetica e Antropologia Medica*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1991, pp. 125-132.
- FEINBERG J., *Legal Paternalism*, en “Canadian Journal of Philosophy”, n. 1, 1971, pp. 105-124.
- FILIBERTI A., BELLOTTO M., *Consenso Informato: Biases Psicosociali*, en “Medicina e Morale”, n. 1, 1990, pp. 41-59.
- FIORI A., *Problemi attuali del Consenso Informato*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1993, pp. 1123-1138.
- FIORI A., *La procreazione assistita ed il consenso informato*, en “Medicina e Morale”, n. 6, 1999, pp. 1053-1056.
- GAMBOA BERNAL G., *Consentimiento Informado para el paciente terminal y su familia*, en “Persona y Bioética”, n. 5, 1999, pp. 33-51.
- GARAY A., *El paciente, el médico y el abogado*, en “Persona y Bioética”, n. 6, 1999, pp. 115-122.

- GARCIA-ALONSO F., *El placebo en ensayos clínicos con medicamentos*, en "Medicina Clínica", n. 20, 1997, pp. 797-802.
- GATTELLARI M., *Informed Consent: what did the doctor say?*, en "The Lancet", n. 353, 1999, p. 1713.
- GILLET G.R., *Informed Consent and Moral Integrity*, en "Journal of Medical Ethics", n. 15, 1989, pp. 117-123.
- GROSS M-L., *Autonomy and Paternalism in Communitarian Society*, en "Hastings Center Report", n. 29, 1999, pp. 13-20.
- GUTIÉRREZ MARTÍ M., *Abandono en el Hospital: Un problema real*, en "Cuadernos de Bioética", n. 36, 1998, pp. 705-709.
- HANSSON M.O., *Balancing the quality of consent*, en "Journal of Medical Ethics", n. 24, 1998, pp. 182-187.
- HERRANZ G., *El genoma humano; Los comités de bioética y el futuro de la ética médica*, en "Persona y Bioética", n. 2, 1998, p. XXI.
- HEWLETT S., *Consent to clinical research - adequately voluntary or substantially influenced?*, en "Journal of Medical Ethics", n. 22, 1996, pp. 232-237.
- IDOATE GARCIA V., *Aspectos Bioéticos en el concepto y la comprensión del Consentimiento Informado*, en "Cuadernos de Bioética", n. 33, 1998, pp. 9-11.
- IKONOMIDIS S., SINGER P., *Autonomy, liberalism and advance care planning*, en "Journal of Medical Ethics", n. 25, 1999, pp. 522-527.
- LAIN ENTRALGO P., *La medicina hipocrática*, en "Revista de Occidente", n. 2, 1970, pp. 342-356.
- LANTOS J., *Informed Consent. The whole truth for patients?*, en "Cancer", n. 72, 1993, pp. 2811-2815.
- LUCAS LUCAS R., *El subjetivismo e individualismo de la libertad como raíz de la violencia contra la vida humana*, en *Comentario Interdisciplinar a la "Evangelium Vitae"*, BAC, Madrid 1996, pp. 245-262.
- LUNDBERG G., *How should the physicians be paid?*, en "Journal of the American Medical Association", n. 254, 1983, pp. 2638-2639.
- MACINTYRE A., *Why is the search for the foundations of the ethics so frustrating?*, en "Hastings Center Report", n. 9, 1979, pp. 16-17.
- MARTIN GALLARDO J.F., CORDON LOPEZ A., *Aproximación ética y jurídica en el empleo de asistencia médica forzosa*, en "Cuadernos de Bioética", n. 36, 1998, pp. 755-759.

- MARZUK P.M., *The right kind of paternalism*, en “New England Journal of Medicine”, n. 313, 1985, pp. 1474-1476.
- MASSINI CORREAS C., *Los Dilemas del Constructivismo Ético*, en “Persona y Derecho”, n. 36, 1997, pp. 167-220.
- McCULLOUGH L.B., *Hume’s Influence on John Gregory and the History of Medical Ethics*, en “Journal of Medicine and Philosophy”, n. 24, 1999, pp. 376-395.
- MELENDO T., *Sobre el hombre y su dignidad*, en “Persona y Bioética”, n. 6, 1999, pp. 59-88.
- MILANI COMPARETTI M., *Bioetica’95*, en Bompiani A. (A cura), *Bioetica in Medicina*, CIC, Roma 1996, pp. 30-46.
- MINACORI R., SPAGNOLO A.G., *È sempre necessario il Consenso Informato nei trails clinici?*, en “Medicina e Morale”, n. 4, 1994, pp. 809-813.
- MORI M., *Nuova Scienza o Riflessione Morale?*, en “Mondoperaio”, n. 11, 1990, pp. 120-128.
- MORRIS J.F., *Which Principle: Autonomy or Respect?*, en “Ethics & Medics”, n. 4, 1998, pp. 3-4.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*, 18-IV-1979, U.S. Government Printing Office, Washington 1979.
- NESSA J., MALTERUD K., *Tell me what’s wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy*, en “Journal of Medical Ethics”, n. 24, 1998, pp. 394-400.
- NIEDERLEYTNER A., *El futuro del hombre ante el avance científico*, en *Dignidad y Progreso: nuevas formas de solidaridad*, Universidad Complutense, Madrid 1988.
- NUÑEZ GARCÍA J., *Las seis versiones de la Bioética*, en “Persona y Bioética”, n. 4, 1998, pp. 3-61.
- NUÑEZ GARCIA J., *Los desafíos de la Bioética actual*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 36, 1998, pp. 804-814.
- OLDE RIKKERT M., *Experienced consent in geriatrics research: a new method to optimize the capacity to consent in frail elderly subjects*, en “Journal of Medical Ethics”, n. 23, 1997, pp. 271-276.

- PACINI R, *Convegno di studio: "La volontà del malato di fronte alla morte e la responsabilità del medico"*, Roma, 8-XI-99, en "Medicina e Morale", n. 6, 1999, pp. 1207-1210.
- PANIAGUA J.A., voz *Galeno*, en *Gran Enciclopedia Rialp*, Madrid 1989, Tomo X, pp. 624-626.
- PANIAGUA J.A., voz *Medicina. Historia*, en *Gran Enciclopedia Rialp*, Madrid 1989, Tomo XV, pp. 442-447.
- PARRA GARCIA O., *Sida. Problemas éticos y jurídicos de la relación médico-paciente la luz del nuevo código penal*, en "Medicina Clínica", n. 110, 1998, pp. 186-190.
- PELAYO A., *La intervención jurídica de la actividad médica*, en "Cuadernos Bartolomé de las Casas", n. 5, 1997, Universidad Carlos III-Madrid, pp. 9-112.
- PELEGRINO E.D., *Las relaciones entre médicos y enfermos*, en "Atlántida", n. 5, 1991, pp. 44-51.
- PELEGRINO E.D., *La metamorfosis de la Ética Médica*, en Couceiro A. (Dirigido por), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, pp. 76-85.
- PORTERI C., *Bioetica: i principi e il tema del limite*, en "Bioetica e Cultura", n. 16, 1999, pp. 199-207.
- PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Making Health Care Decisions*, U.S. Government Printing Office, Washington, 1982.
- PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Securing Access to Health Care*, U.S. Government Printing Office, Washington, 1983.
- RACHET-DARFEUILLE V., *L'oligation d'information: dialogue entre un juriste et un médecin*, en "Médecine de l'homme", n. 238, 1998, pp. 4-7.
- ROGERS W.A., *Beneficence in general practice: an empirical investigation*, en "Journal of Medical Ethics", n. 25, 1999, pp. 388-393.
- RUIZ-CANELA M., *Informed Consent and Approval by Institutional Review Boards in Published Reports on Clinical Trails*, en "The New England Journal of Medicine", n. 340, 1999, pp. 1114-1115.

- SAN BENITO, *Regula*, en PL (LXVI), p. 582.
- SANTONOCITO L., *Se guarire è un rischio*, en “Le Scienze”, n. 365, 1999, pp. 14-17.
- SANTOS M., *La Bioética y el Catecismo de la Iglesia Católica*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, pp. 59-85.
- SERANI A., *Bioética Clínica: Fundamentos filosóficos de una propuesta*, en “Persona y Bioética”, n. 2, 1998, pp. 105-110.
- SGRECCIA E., *Fondazione etica dei diritti del malato*, en “Medicina e Morale”, n. 4, 1987, pp. 567-575.
- SIEGLER M., *Should age be a criterion in health care?*, en “Hastings Center Report”, n. 5, 1975, pp. 223-232.
- SIMÓN LORDA P., *Apunte histórico sobre el desarrollo de la Bioética*, en “Documentos semFYC”, n. 7, 1997, pp. 15-24.
- SIMÓN LORDA P., *El Consentimiento Informado como un nuevo modelo en la relación médico-enfermo*, en “Documentos semFYC”, n.7, 1997, pp. 51-56.
- SIMÓN LORDA P., *El Consentimiento Informado y la participación del enfermo*, en Couceiro A. (Dirigido por), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid 1999, pp. 135-144.
- SOFFER A., *Searching Questions and Inappropriate Answers*, en “Archives of Internal Medicine”, n. 142, 1982, pp. 1117-1118.
- SPAEMANN R., *¿Son todos los hombres personas?*, en “Cuadernos de Bioética”, n. 31, 1997, pp. 1027-1033.
- SPAEMANN R., *Progreso en la medicina y ethos profesional del médico*, conferencia pronunciada en la Universidad Católica de Chile con motivo de la concesión del Doctorado *Honoris Causa*, Santiago 1998.
- SPAGNOLO A.G., *Testamenti di vita*, en Bompiani A. (A cura), *Bioetica in Medicina*, CIC, Roma 1996, pp. 340-343.
- SPAGNOLO A. G., *I Principi della Bioetica Nord-Americana e la critica del “Principlismo”*, en “Camillianum”, n. 20, 1999, pp. 225-246.
- SPAGNOLO A.G., PALAZZANI L., SGRECCIA E., *I Principi della Bioetica alla luce del pensiero tomista*, en “Atti del IX Congresso Tomistico Internazionale”, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1991, pp. 229-236.
- SPAGNOLO A.G., MINACORI R., SACCHINI D., BIGNAMINI A.A., *La scheda informativa e il modulo di consenso alla sperimentazione clinica*, en “Medicina e Morale”, n. 5, 1999, pp. 917-858.

- TAMBONE V., *Relazione medico-paziente-famiglia alla luce degli articoli 29 e 30 del Codice di Deontologia Medica Italiano*, en *Memorias del I Congreso Internacional de Bioética*, Universidad de la Sabana, Chía (Colombia) 16/19-VII-1997.
- THOMASMA D.C., *The Basis of Medicine and Religion*, en "Linacre Quarterly", n. 47, 1980, pp. 142-150.
- TORTORETO, SGRECCIA E., SCHIAVONI, *Il Consenso Informato: un'indagine conoscitiva in cardiologia*, en "Medicina e Morale", n. 5, 1994, pp. 955-972.
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL ESPAÑOL, *Sentencia 53/85*, BCJ, Madrid 1985.
- VAZQUEZ FERNANDEZ F., voz *Autonomía*, en *Gran Enciclopedia Rialp*, Madrid 1989, Tomo III, pp. 463-464.
- VEATCH R.M., *Abandoning Informed Consent*, en "Hastings Center Report", n. 25, 1995, pp. 5-12.
- VESSEY W., *Informed Consent in patients with acute abdominal pain*, en "British Journal of Surgery", n. 86, 1999, pp. 426-427.
- VIAFORA C., *I principi della bioetica*, en "Bioetica e Cultura", n. 3, 1993, pp. 9-38.
- VIDAL CASERO M.C., *La problemática del Consentimiento Informado*, en "Cuadernos de Bioética", n. 33, 1998, pp. 12-23.
- VILLALAIN BLANCO J.D., *Los derechos del enfermo*, en "Cuadernos de Bioética", n. 24, 1995, pp. 460-472.
- VILLANUEVA CAÑADAS E., *Bioética vs. Derecho Médico*, en "Medicina e Morale", n. 2, 1998, pp. 294-295.
- ZAMBONI R., *Consenso Informato: tra farsa e tragedia*, en "Bolletino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici e degli Odontoiatri", n. 1, 1999, p. 11.
- ZANELLA E., *Il Consenso Informato in Chirurgia*, en Bompiani A. (A cura), *Bioetica in Medicina*, CIC, Roma 1996, pp. 211-220.



### 3. magisterio

CONCILIO VATICANO II, Const. Past. *Gaudium et Spes*, 7-XII-1965, en AAS 58 (1966), pp. 1025-1113.

PIO XII, *Discurso del 1-VI-41*, en AAS 33 (1941), pp. 227-237.

PIO XII, *Alocución IV*, 29-IX-49, en AAS 41 (1949) pp. 577-561.

PIO XII, *A los médicos de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24-II-1957, en AAS 49 (1957), pp. 129-147.

PIO XII, *Ai medici dell' Instituto G. Mendel*, 24-XI-1957, en AAS 49 (1957), p. 1031.

PABLO VI, *Al LII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología*, 29-X-1966, en "Insegnamenti di Paolo VI" 4 (1966), pp. 521-525.

PABLO VI, *Al XI Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Patología*, 30-X-69, en "Insegnamenti di Paolo VI" 7 (1969), pp. 717-720.

PABLO VI, *Al Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos*, 1-VI-72, en AAS 64 (1972), pp. 432-436.

JUAN PABLO II, Enc. *Redemptor Hominis*, 4-III-1979, en AAS 71 (1979), pp. 257-324.

JUAN PABLO II, Enc. *Laborem Exercens*, 14-IX-81, en AAS 73 (1981), pp. 577-647.

JUAN PABLO II, Enc. *Centesimus Annus*, 1-V-91, en AAS 83 (1991), pp. 793-867.

JUAN PABLO II, Enc. *Veritatis Splendor*, 6-VIII-93, en AAS 85 (1993), pp. 1133-1228.

JUAN PABLO II, Enc. *Evangelium Vitae*, 25-III-1995, en AAS 87 (1995), pp. 401-522.

JUAN PABLO II, *Ai Medici Cattolici Italiani*, 28-XII-78, en "Insegnamenti di Giovanni Paolo II" I/1 (1978), pp. 435-440.

JUAN PABLO II, *Ai partecipanti a due Congressi di Medicina e Chirurgia*, 27-X-1980, en "Insegnamenti di Giovanni Paolo II" III/2 (1980), pp. 1008-1009.

JUAN PABLO II, *Al Personale dell' Ospedale Fatebenefratelli*, 5-IV-81, en "Insegnamenti di Giovanni Paolo II" IV/2 (1981), p. 278.

- JUAN PABLO II, *Ad un Pellegrinaggio di Malati*, 17-IX-81, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IV/2 (1981), p. 278.
- JUAN PABLO II, *Al personale dell’Ospedale Nuovo Regina Margherita*, 20-XII-81, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IV/2 (1981), p. 1179.
- JUAN PABLO II, *Al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici*, 3-X-1982, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” V/3 (1982), p. 673-675.
- JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti ad un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze*, 23-X-82, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” V/3 (1982), p. 897.
- JUAN PABLO II, *Agli Ospedali Cattolici di tutto il mondo*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” VIII/2 (1985), p. 1648.
- JUAN PABLO II, *Discorso nella Piccola Chiesa dell’Ospedale San Carlo*, 16-III-86, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IX/1 (1986), p. 723.
- JUAN PABLO II, *Udienza all’Associazione Cattolica degli Operatori Sanitari*, 24-X-86, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” IX/2 (1986), p. 1170-1173.
- JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti ad un Congresso de Chirurgia*, 19-II-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/1 (1987), pp. 373-377.
- JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti alla Conferenza promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari*, 12-XI-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/3 (1987), p. 1089.
- JUAN PABLO II, *All’Unione Giuristi Cattolici Italiana*, 5-XII-87, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” X/3 (1987), pp. 1294-1296.
- JUAN PABLO II, *Ai Malati ed al Personale Sanitario dell’Ospedale San Camilo*, 1-IV-90, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIII/1 (1990), p. 811.
- JUAN PABLO II, *El respeto de los Derechos Humanos*, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIV/1 (1991), p. 1715.
- JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti al Congresso della Società Italiana di Chirurgia*, 18-X-94, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XVII/2 (1994), pp. 511-513.
- JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti ad un Congresso Internazionale di Bioetica*, 17-II-96, en “Insegnamenti di Giovanni Paolo II” XIX/1 (1996), p. 345.

JUAN PABLO II, *Ai Partecipanti al Symposium su'Evangelium Vitae e Diritto*, 24-V-96, en "Insegnamenti di Giovanni Paolo II" XIX/1 (1996), pp. 1345-1348.

CATECISMO DE LA IGLESIA CATOLICA, Asociación de Editores del Catecismo, Madrid 1992.

#### **4. DOCUMENTOS DE LA CURIA ROMANA**

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración *Iura et Bona*, sobre la eutanasia, 5-V-1980, en AAS 72 (1980), pp. 542-551.

PONT. CONS. "COR UNUM", *Alcune questione etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 27-VII-1981, en "Enchiridium Vaticanum" 7, Documenti Ufficiali della Santa Sede, EDB, Bologna 1985, p. 1137.

PONT. CONS. Della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1994.