



Argumentar con la dignidad humana en las prácticas deliberativas de los comités de ética

Corrado Viafora*

Resumen

Los comités de ética, desde un punto de vista ético-normativo, corren el riesgo del formalismo y el riesgo del relativismo. Para encontrar una base común al interno de una sociedad marcada por un fuerte pluralismo moral, se debe buscar la fundamentación de un principio regulador capaz de evitar el relativismo, la dignidad de la persona. Proponiendo un esquema ético-normativo inspirado en la tradición kantiana, interpretada desde una perspectiva personalista, el autor considera que el sistema de referencia adecuado para sustentar la práctica deliberativa de los comités éticos y, más en general, capaz de constituir el criterio de fondo de una bioética compartida, puede ser individuado en la idea de la «dignidad humana». Esta referencia indica un núcleo ético mínimo, cuya función es esencialmente delimitar en el espacio recíprocamente inviolable, y encuentra su expresión en el respeto por la humanidad en toda persona como fin. Considerando las presiones más o menos explícitas a las que se ven expuestos los comités éticos, es necesario un fundamento moral para poder interpretar las exigencias de la dignidad humana frente al cambio del obrar humano.

* Profesor extraordinario, Facultad de Ciencias de la Formación, Departamento de Filosofía, Universidad de Estudios de Padua (e-mail: corrado.viafora@unipd.it).



Summary

Arguing with human dignity in the deliberative practice of ethics committees

From an ethical-normative point of view, ethics committees must face the problem of formalism and relativism. To find a common base in society characterized by strong moral pluralism, one needs to seek the foundation of a normative principle able to avoid the relativism – the value of life and the dignity of human person. Proposing an ethical normative scheme inspired a kantian tradition, interpreted in the light of a personalist perspective, the author claims that the adequate system of reference for ethical committees and, in general, able to be a base criterion of a deliberative practice common shared bioethics, can be found in the concept of “human dignity”. This reference limits a minimal ethical nucleus, whose function is essentially to draw a line that limits the reciprocally inviolable space, and find expression through the respect for the humanity in the person as an end. Considering the more or less explicit pressure to which ethical committees are exposed, a moral foundation is necessary to interpret the exigencies of human dignity in front of the changes of human act.

Palabras clave: dignidad humana, comités éticos, relativismo.

Key words: human dignity, ethics committees, relativism.

Desde un punto de vista ético-normativo, hay dos riesgos a los que se encuentran expuestos los comités de ética: el riesgo del *formalismo* y el riesgo del *relativismo*. En estos, la realidad de los comités éticos representa una expresión paradigmática de la dificultad que la herencia moderna ha legado a la ética, presionada por una parte por crite-



rios de argumentación universalmente validos, pero *vacíos* y, por otra parte, por intuiciones privadas completamente *ciegas*, incapaces de servir para articular una trama de elecciones compartida públicamente.

¿Cómo evitar estos riesgos, convencidos de que ambos –relativismo y formalismo– vacían las potencialidades implicadas en los comités de ética? La contribución que pretendo proporcionar en el contexto de la reflexión actual, se basa en una idea concreta de bioética y en una descripción concreta del proceso de institución de los comités de ética, que deben ser mostrados con antelación. Si el redescubrimiento de la ética representa un fenómeno que caracteriza el actual escenario sociocultural, no hay duda que un campo en el que emerge este redescubrimiento con particular evidencia es el campo de la sanidad. La primera razón, y más general, reside en el hecho de que las decisiones en este campo implican siempre muchas cuestiones que sobrepasan las competencias estrictamente médico-profesionales, y hacen del campo sanitario y del biomédico, el nuevo *locus antropologicus*; es decir, el lugar donde directamente se decide sobre la dimensión humana del hombre.²

Otras razones más específicas comprenden: 1. el proceso de emancipación del paciente y la crisis del paternalismo médico, reflejo de la inserción más generalizada de la medicina y de sus tradicionales formas de relación en el proceso de desarrollo del sentido democrático de la sociedad moderna; 2. la evolución de la responsabilidad de los profesionales de la salud, en relación con la ampliación de su poder, tanto diagnóstico como terapéutico, proporcionado por el progreso biomédico y en relación con la consiguiente ampliación de las figuras profesionales implicadas en el actual sistema de cuidados; 3. la necesidad de establecer prioridades frente a los recursos sanitarios siempre más escasos junto con la atención que debe llevarse a cabo, de modo que la determinación de tales prioridades se establezca de la manera más transparente y participada posible, además de que sea coherente con el objetivo intrínseco de las prácticas y de las instituciones sanitarias.

Se trata de situaciones problemáticas paradigmáticas que evidencian la *radicalidad* que la petición de ética asume hoy en el campo sanitario y justifican la búsqueda de un horizonte interpretativo más amplio y la promoción de instrumentos deliberativos adecuados.³



Comités éticos: tensiones y potencialidad de un sistema en construcción

Son estos, en sustancia, los presupuestos que subyacen al proceso de institucionalización de la función ética en el interior de las estructuras sanitarias, por medio de organismos especialmente dedicados a ella: los comités de ética para la práctica clínica.⁴ A nivel internacional, reciben diversas denominaciones: comités de ética clínica; comités de ética hospitalarios; comités de ética para la asistencia sanitaria; comités de ética institucionales; comités de ética para la asistencia y, más directamente, comités de Bioética. Son organismos instituidos más recientemente que los comités de ética de la investigación, y tienen también una inspiración y articulación de funciones más variadas. Históricamente, han recibido un impulso decisivo en el contexto estadounidense por la *President's Commission* que, en 1983, en su informe sobre la interrupción de los tratamientos de prolongación de la vida, sugería la formación de comités en los hospitales, indicando las funciones que después los comités asumieron de modo constante: 1. consulta ética para casos clínicos especialmente problemáticos; 2. elaboración de líneas directrices internas para la institución; 3. formación ética del personal y sensibilización pública.⁵

La situación en que todavía se encuentran estos comités es la típica de un sistema en construcción, caracterizado por la percepción de las potencialidades que su institución puede activar, junto con la consciencia de las tensiones que dicho fenómeno hace brotar.

Propongo tres preguntas para intentar un discernimiento de estas tensiones y estas potencialidades. La primera tiene que ver con una actitud recurrente en la gestión de organizaciones complejas y podría formularse como sigue: 1. llevar la reflexión bioética al interior de la institución, activando un organismo dedicado a ella, ¿quiere decir poner las premisas para una *apertura* del debate o más bien para su *restricción*, en la óptica típicamente burocrática de delimitar las cuestiones y delegarlas a un organismo específico? La segunda y la tercera ponen en relación el proceso de institución de los comités éticos con «el lenguaje del derecho», con su impacto respectivamente con el área de la investigación y con la de la práctica clínica: 2. ¿la institu-



ción de los comités éticos pretende promover la autonomía de los pacientes y tutelar sus derechos o es más bien la expresión de «resistencia» a la autonomía de los pacientes, y se fija sólo en solicitar la adhesión de los ciudadanos a las decisiones de los expertos? Y otra pregunta: 3. ¿los comités éticos son instituidos para ofrecer a los médicos, cada vez más frecuentemente enfrentados con situaciones éticamente complejas, una ayuda para sus decisiones para que no se queden *sólos*, o bien los comités nacen para asegurar a la gente que las decisiones sanitarias éticamente relevantes no son tomadas sólo por los médicos?

Los asuntos que estas preguntas sacan a la luz implican todos los riesgos, paradójicos por otra parte, de que los comités éticos no asuman su dimensión constitutiva: la ética. Es lo que razonaba M. E. Parizeau en el curso de 1995, una cuidadosa investigación sobre los comités de ética instituidos en los hospitales de Quebec. «El análisis de las funciones de los comités de ética clínica muestra a la vez la fuerza y la debilidad de estas estructuras que están emergiendo en el interior de los hospitales. Las dificultades originadas ilustran la necesidad para los comités de precisar su especificidad y de procurarse los medios para asegurar en sus procesos de decisión la expresión de una dimensión propiamente ética. Sólo así podrán evitar la polarización entre la protección de los intereses de los grupos profesionales más fuertes y la defensa de la gestión administrativa».⁶

Dentro de la experiencia italiana, me parece que los condicionantes que inciden en la asunción de la dimensión ética por parte de los comités se pueden reducir a los siguientes factores: 1. la repropuesta, en el interior de los comités, de la discusión ideológica que marca el debate bioético público; 2. la emergencia en el mundo de las profesiones sanitarias de un enfoque defensivo («medicina defensiva») que corre el riesgo de abortar en su nacimiento toda discusión de nivel explícitamente ético; 3. la permanencia, en el interior de este mundo, de una actitud directiva que impide el desarrollo de la actitud constitutiva de toda valoración ética, es decir, de la actitud argumentativa; 4. por último, la persistencia de un sentido de dependencia del ciudadano-paciente en relación con la institución sanitaria.

Ser conciente de estos condicionamientos, no debe hacer olvidar las potencialidades que los comités de bioética pueden desempeñar



C. VIAFORA

en el interior de las instituciones sanitarias: 1. elevar el nivel de percepción y de análisis de los problemas éticos relacionados con el actual desarrollo de las prácticas sanitarias; 2. integrar las voces de las diversas profesiones que siempre con más frecuencia se ven incorporadas al sistema de cuidados; 3. alimentar una comunicación real entre la sociedad en general y los grupos de especialistas implicados en la gestión de nuevos poderes biomédicos; 4. gestionar el desequilibrio, con que siempre se deberá convivir, entre ritmo de evolución del progreso biomédico y la capacidad para su asimilación normativa por parte de la sociedad.

En positivo, ¿cuáles son las condiciones para que los comités asuman su dimensión ética constitutiva y que puedan contribuir así a dar una respuesta a la creciente demanda de ética en sanidad?

Comités éticos: un espacio de deliberación pública en el interior de las instituciones sanitarias

Pensados bajo la perspectiva de «espacios de deliberación pública»⁷ en el interior de las instituciones sanitarias, el actual proceso de institución de los comités éticos puede encontrar instrumentos conceptuales consistentes en las teorías ético-políticas que, como la «teoría de la democracia deliberativa», propuesta en tiempos recientes por A. Gutman y D. Thompson, que valoran las funciones sociales de la práctica deliberativa.

Un ensayo publicado en 1997, en una de las revistas de bioética más importantes, el *Hastings Center Report*, A. Gutman y D. Thompson sintetizan así su teoría: «La idea que esta en la base de la democracia deliberativa es que los ciudadanos, profesionales y funcionarios públicos deben justificar toda petición de acción colectiva, suministrando razones que puedan ser aceptadas por todos los que se encuentran implicados en ella. En caso de conflicto moral sobre elecciones de naturaleza pública, los ciudadanos deberían poder deliberar entre ellos, buscando un acuerdo moral si pueden, y manteniendo el respeto recíproco, si no lo consiguen».⁸ La democracia deliberativa pretende explícitamente ir más lejos que el procedimentalismo y más lejos que el constitucionalismo, pues: «Ella no sólo tolera, sino que



anima a la continua discusión sobre los valores fundamentales en todas las fases del proceso democrático».

A partir de estos presupuestos, A. Gutman y D. Thompson analizan algunas de las más relevantes *funciones sociales* desarrolladas por la práctica deliberativa, identificando para cada una de ellas el papel específico de los comités de ética.

Una *primera* función social de la práctica deliberativa es promover un sentido compartido de legitimación de las decisiones públicas. En relación con esta función específica, podría parecer que la institución de espacios deliberativos (*deliberative forum*), disponibles para incluir todas las voces posibles, debería llevar a la intensificación de los conflictos morales. Y, sin embargo, vale la pena correr este riesgo, de cara a los beneficios que le llegan a las decisiones públicas por la legitimación moral compartida.

Una *segunda* función social de la práctica deliberativa es favorecer y desarrollar una discusión orientada públicamente (*public oriented debate*). La condición para que los foros deliberativos, como son los comités éticos en las instituciones sanitarias y asistenciales, puedan desempeñar esta función y constituirse como un «espacio público» efectivo es que los miembros de tales comités estén en condiciones de asumir una perspectiva más amplia que la particular del propio grupo al que pertenecen. Por esto, los miembros de un comité ético no deberían considerarse como «puros delegados» aunque, inevitablemente y por ciertas vías, legítimamente, llevan a este espacio público las perspectivas de su grupo (profesional, por ejemplo).

Una *tercera* función social de la práctica deliberativa es garantizar las menores pérdidas posibles por lo que respecta a las posiciones moralmente incompatibles: «una economía del conflicto moral». Ante posiciones moralmente incompatibles, el proceso deliberativo desarrollado en los comités éticos puede ayudar a: 1. aclarar los términos efectivos del conflicto; 2. determinar a que nivel se sitúa; 3. distinguir motivos de conflicto verdaderamente incompatibles y motivos que pueden superarse con un suplemento de información empírica o con una mejor comprensión de las razones del otro.

Una *cuarta* función social de la práctica deliberativa es ayudar a los ciudadanos, profesionales, funcionarios públicos, a revisar, co-



C. VIAFORA

regir y ajustar las decisiones tomadas, por medio de un proceso de «deliberación reiterada». «Un forum ético y bioético bien construido proporciona una oportunidad, tanto a nivel individual como colectivo, para una mejor comprensión de los términos de los conflictos morales. Por medio del proceso de argumentación, los participantes se ponen en condiciones de aprender uno del otro, llegan a conocer sus razones recíprocas y a desarrollar nuevos enfoques de modo que resistan mejor críticas ulteriores. Llegados a una conclusión, esta debe poder someterse a un careo siempre más amplio que incluya a todos los que están implicados, de modo que se llegue a una deliberación «en primera persona del plural» (*first person plural*). Objetivo: promover el «espíritu cooperativo» (*cooperative spirit*).

Dentro de la amplia perspectiva abierta por la teoría de la democracia deliberativa, los comités éticos se configuran como un *método* que puede ofrecer sugerencias fecundas también fuera del inmediato contexto biomédico.

Para una argumentación bioética centrada sobre la idea de la dignidad humana

Sin embargo, visto lo dicho hasta el momento, si por un lado la teoría de la democracia deliberativa, con su invitación a construir un espacio público donde la discusión sobre valores fundamentales permanezca abierta en todas las fases del proceso democrático, puede ser extremadamente estimulante, la práctica deliberativa presupone no obstante una *base común*. Llegado este punto, el problema parece de difícil solución.

¿Dónde y como encontrar esta base común en el interior de una sociedad que, especialmente en las cuestiones sobre la vida, esta marcada por un fuerte pluralismo moral?

La respuesta que se tiende a dar a este problema en el modelo considerado en tantos aspectos dominante en bioética, el *principlismo* de Beauchamp y Childress, pretende individuar tal base común en un núcleo de principios éticos compartidos por teorías éticas distintas: el principio del respeto a la autonomía, el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia, el principio de justicia. Producir reglas



más específicas para fundamentar el juicio bioético es el intento explícito de este modelo.

Sin embargo, sin un criterio unívoco sobre el que establecer que principio debe prevalecer en caso de conflicto, ¿no existe el riesgo de un sesgo relativista? ¿No existe el riesgo, en otros palabras, de llegar a mantener como igualmente universalizables juicios distintos sobre la misma acción?

En el ámbito de las críticas desarrolladas a este aspecto específico del modelo dominante de bioética, la distinción más evidente se refiere al distinto modo de entender el estatuto del criterio unívoco regulador, de modo que se evite el relativismo normativo: un criterio de orden «material» para algunos; un criterio de orden «formal» para otros. Junto con esta distinción, se encuentra aquella que nace del distinto papel que, en la fundamentación de un principio regulador capaz de evitar el relativismo, se atribuye respectivamente al «valor de la vida» o a la «dignidad de la persona». La convicción adquirida al respecto, inspirada en la tradición kantiana es que sólo un principio formal puede pretender ser absoluto. Si por esto son válidas las críticas al modelo dominante de bioética que considera los principios juntos y sólo los que obligan *prima facie*, también son válidas, desde esta perspectiva, las críticas que se dirigen a la tesis según la que se dan principios bioéticos absolutos de naturaleza material, como puede ser, precisamente, el valor de la vida física. Esto no prejuzga la posibilidad «fundamental» de juzgar este valor. Es más, en una sociedad pluralista, en tanto que es menos posible entenderse sobre los valores que realizan una «vida buena», tanto más la ética pública deberá basarse sobre la tutela de la vida física como bien fundamental, en cuanto es condición necesaria para la realización de cualquier otro bien o valor.

Proponiendo un esquema ético-normativo inspirado en la tradición kantiana, interpretada desde una perspectiva personalista, pienso que el sistema de referencia adecuado para sustentar la práctica deliberativa de los comités éticos y, más en general, capaz de constituir el criterio de fondo de una bioética compartida, puede ser individuado en la idea de la *dignidad humana*.⁹ Además, esta es la idea que, a partir de la *Convención de Oviedo, sobre los derechos humanos y la biomedicina*, adquiere un papel tan relevante que «es lícito –sostiene F.



C. VIAFORA

D'Agostino– hacerlo elevarse al lugar de único fundamento posible para una bioética europea». ¹⁰

Sin embargo, frente a un reconocimiento tan explícito, no faltan las críticas a la ambigüedad con que la Convención europea de bioética emplea la idea de dignidad humana y, más en general, las objeciones que se arguyen contra la posibilidad de hacer de esta idea el criterio de fondo de una bioética compartida. ¹¹ Se trata de objeciones que, acertadamente, requieren una determinación más crítica del estatuto ético–normativo de la idea de la dignidad humana; sin embargo esto no significa, como afirman fuentes autorizadas, que se deba renunciar a dicho enfoque. Significa, más bien, que se debe poner por obra con más precisión y con más atención. Incluso para evitar un uso «inflacionario», responsable entre otros del escepticismo sobre la consistencia ético–normativa de la idea de la dignidad humana. ¹²

La dignidad humana –sostiene P. Singer– no es más que un expediente retórico destinado a ocultar la falta de argumentos; o a convalidar con una palabra –como sostiene W. Wolbert– nuestras convicciones éticas sin contribuir, sin embargo, mínimamente a definir el contenido de lo que es moralmente obligatorio.

Una objeción ulterior a la posibilidad de hacer de la idea de dignidad humana la base de una bioética compartida, proviene de quienes sostienen que esta idea no es más que un enmascaramiento solapado de la doctrina judeocristiana del hombre como imagen de Dios y, por tanto, no será capaz de convertirse en la base de la bioética como ética pública, pues sería expresión más o menos mimetizada de razones exclusivamente religiosas. Respondiendo a tales objeciones, la tesis que deseo sostener es que, si bien es cierto que la idea de la dignidad humana está en el confrontarse de la antropología específica judeocristiana del hombre como imagen de Dios en relación de «correspondencia objetiva», también es verdad que esta correspondencia objetiva no comporta una relación de «fundamentación exclusiva». ¹³ En la idea de dignidad humana se encuentra la convergencia histórica de diversas tradiciones antropológicas: la tradición clásica con la apertura universal que reconoce al hombre en cuanto participante del «logos»; la ética cristiana con su particular insistencia en la dignidad de todo hombre en cuanto imagen de Dios; la contribución específica



del humanismo europeo y de la cultura moderna, con la radicalización de la idea de autonomía moral, expresada paradigmáticamente en la tradición kantiana y con la convicción de que la dignidad de cada persona debe ser promovida y defendida en el campo político-jurídico por medio del reconocimiento de derechos humanos fundamentales de naturaleza pre-estatal.

¿Cómo argumentar, pues, con la idea de la dignidad humana, si se quieren evitar, por una parte, estos usos impropios, peligrosos para la misma idea de dignidad humana y conceder valor, por otra, a su fuerza normativa y sus recursos de sentido?

El esquema ético-argumentativo que propongo desde esta perspectiva, articula el sistema de referencia basado en el respeto a la dignidad humana en torno a dos niveles: el primero, objeto de «intuición», el segundo objeto de «construcción». «Que» cada ser humano en cuanto persona debe ser respetado como fin y nunca utilizado como medio, esto es objeto de una intuición, que se puede reconducir al «hecho» de la conciencia moral: un hecho que se «muestra», no se «demuestra». «Que es lo que» exige, sin embargo, en las cambiantes condiciones del obrar humano producidas por la técnica, es objeto de una construcción que se confía a la práctica deliberativa». ¹⁴

Se trata de una distinción particularmente relevante por el modo de entender el papel de los comités éticos y, más en general, la deliberación como método de la racionalidad práctica. Con el significado unido al primer nivel, la referencia al respeto por la dignidad humana indica un núcleo ético mínimo, cuya función es esencialmente dibujar la línea que delimita el espacio recíprocamente inviolable, la condición limitante bajo la que se encuentra en una sociedad democrática todo poder técnico y todo poder político. Adoptando la definición kantiana de dignidad, este núcleo encuentra su expresión en el respeto por la humanidad en toda persona como fin. Esto impone que ningún ser humano sea usado y, por tanto, ofendido en su naturaleza de sujeto, degradado al nivel de objeto.

Si la tradición kantiana consigue fundamentar la exigencia «de que» todo ser humano sea respetado como fin a causa de un «reconocimiento», no de una «concesión», la cuestión relativa a «que es lo que» exige tal respeto, en particular en las situaciones inéditas crea-



C. VIAFORA

das por el progreso biomédico, depende en último análisis de presupuestos antropológicos que intervienen para modelar el significado del respeto a la dignidad humana.

Así planteado, el esquema ético–argumentativo basado en estos dos niveles del recurso a la dignidad humana garantiza tanto el apoyo sólido en un *principio absoluto*, y por tanto *no negociable*, como la apertura de un espacio de amplio enfrentamiento entre las diferentes *imágenes antropológicas* que concurren para determinar el contenido ético–normativo de la dignidad humana.

Que el «respeto» se interprete o sea visto como algo «externo» (el respeto en el sentido de «respeten las flores») o, por contra, como figura de «proximidad» («te respeto porque me identifico contigo»), depende en último análisis de la imagen que se tiene del otro.

En la perspectiva de una hermenéutica más profunda del respeto a la dignidad humana se abren otras tareas, a saber: 1. especificar los derechos que el respeto por la dignidad humana fundamenta en relación con las diversas formas de la subjetividad humana: el respeto por la dignidad del niño, por la dignidad de la mujer, por la dignidad de las personas con discapacidades, por la dignidad de las personas ancianas; 2. interpretar el sentido que el respeto por la dignidad humana toma en relación con formas específicas de relación *de las que y en las que* se alimenta la subjetividad humana: la relación de los progenitores en su doble vertiente de maternidad y de paternidad, la relación conyugal, la relación de amistad, de fraternidad, de acogida, la relación de cuidados en sus múltiples expresiones; 3. especificar las dimensiones que el respeto por la dignidad humana asume en los contextos clínicos particulares en los que se sitúa la relación de cuidados: un aspecto es la forma que toma el respeto cuando se refiere, en el contexto del proceso procreativo y gestacional, al embrión y al feto y a las razones específicas de bien que tiene la vida del nacido; otro aspecto es la forma que el respeto toma si se refiere, en el contexto de la fase terminal, al enfermo oncológico y a las específicas razones morales de bien que tiene la última parte de la vida; otro más es la forma que toma el respeto si se refiere, en el contexto de los tratamientos intensivos, al niño muy inmaduro y a las específicas razones morales de bien que pueden autorizar o no autorizar la intervención reanimadora.



No se trata de que la categoría del respeto deba ser manipulada o domesticada. Se trata más bien de asumirla según un significado *analógico* que justifique tanto la referencia unitaria a la persona, como la referencia a los contextos específicos en que la persona se sitúa. Un uso de la categoría del respeto que no tenga en cuenta tal especificidad no puede llevar más que a soluciones abstractas.

Prescindiendo de las conclusiones a las que pueda llevar, enfrentarse con *lo que es digno y lo que no es digno* del hombre presenta, de todos modos, importantes virtualidades.¹⁵ Dejando sentado el hecho de que las cuestiones bioéticas no son reducibles a cuestiones de procedimiento, un enfrentamiento llevado de esta manera obliga a toda conciencia y a toda tradición a ponerse al descubierto, a confrontar las propias imágenes de la vida humanamente digna, de la procreación humanamente digna, de la muerte humanamente digna. Así, con la idea de dignidad atribuida a las convicciones expresadas con estas imágenes, se señala el hecho de que merecen ser tanto «creídas» personalmente como «pensadas» públicamente.¹⁶

Naturalmente, el método requerido para confrontar este tipo particular de convicciones se diferencia netamente del de la bioética dominante, con especial referencia a su versión «principalista», expresión de la «limitación» a la que, en una cultura liberal, se pretende que debe someterse la racionalidad práctica para poder emplearse públicamente.

Me parece mucho más adecuado el enfoque de quien, como Paul Ricoeur, sostiene que los criterios normativos generales y las convicciones éticas inspiradas en una tradición particular deben ser pensadas *en común*, en la convicción de que «la argumentación no se pone sólo como antagonista de la tradición y de las convenciones, sino como una instancia crítica que opera en el seno de convicciones que ella tiene la tarea, no de eliminar, sino de llevar al nivel de juicios ponderados».¹⁷

Los recursos y los estímulos para implantar en positivo este enfrentarse pueden venir del lado de una reinterpretación de una categoría básica de la ética moderna: la *tolerancia*. Si no es entendida en su significado de principio ético-político situado en la base de la total separación entre ámbito privado y ámbito público, la tolerancia valo-



C. VIAFORA

rizada como virtud puede proporcionar las premisas para un *diálogo* efectivo.

Tolerancia, en el doble significado que le viene de la raíz latina «*tollere*», que quiere decir «tomar» y así comprender las razones del otro, y «quitar» en el sentido de «pulir» la propia tradición de incrustaciones ideológicas que impiden al otro ver las instancias profundas en las que se origina esta tradición. Desarrollada en este sentido, la virtud de la tolerancia lleva a la atención y a la escucha de las razones de los demás y, a la vez, a la verificación y a la profundización de las propias.

Conclusión: más allá del relativismo, la creatividad moral

Considerando las presiones más o menos explícitas a las que se ven expuestos los comités éticos, el riesgo de que se conviertan en un instrumento de circunstancias y manipulación del consenso es real. E incluso, si son válidas las consideraciones expresadas, se entreen también las condiciones, no sólo para contrastar la desviación relativista en que podrían caer los comités éticos en el caso de que sobre las razones *éticas* hagan prevalecer las razones *tácticas*, sin también las condiciones por las que los comités éticos lleguen a ser un instrumento de efectiva *creatividad moral*.

Se trata de una perspectiva muy significativa: considero que, adecuadamente entendida, es necesaria la creatividad para poder interpretar las exigencias de la dignidad humana frente al «cambio cualitativo del obrar humano» que producen las nuevas capacidades de intervención sobre la vida.

Entre estas condiciones son muy determinantes las de naturaleza ético–argumentativa y, además, la experiencia demuestra que los comités éticos consiguen ser instrumentos de creatividad en la medida en que los miembros que forman parte de ellos participan, más que como *profesionales*, directamente como *personas*. Y esto por razones que tienen que ver con el estatuto mismo de la racionalidad práctica.

La racionalidad práctica, constitutivamente orientada a la universalidad, no es, sin embargo, una racionalidad *apática*. En contra de la interpretación moderna del juicio ético, confiado exclusivamente a la



aplicación de principios y reglas, emerge cada vez más el papel que en el juicio ético desempeñan las emociones y los sentimientos. Realmente, la *justificación* ética del juicio sobre una situación problemática depende de la capacidad ético–argumentativa, depende sin embargo de una capacidad de tipo más emotivo la *percepción* de una situación como moralmente problemática. Tal es la capacidad que hace posible identificar como significativo por sí mismo el sufrimiento del otro. En el polo opuesto se encuentra la insensibilidad, la atrofia moral. En estos casos, un individuo, aunque se encuentre armado de principios y reglas, no sabrá identificar las situaciones problemáticas que exigen la aplicación de estos principios y de estas reglas.¹⁸

Desde esta perspectiva, es evidente la conexión entre «sufrimiento moral» y «creatividad moral». Y, por otra parte, ¿no es quizás una característica «paradójica»¹⁹ de la argumentación centrada sobre la dignidad humana desarrollar especialmente su fuerza heurística frente a las múltiples formas de negación de la dignidad?

Referencias bibliográficas

¹ VIAFORA C. *Introduzione alla bioética*. Milano: Franco Angeli; 2006.

² ROY D. *Orientamenti e tendenze della bioética nel ventennio 1970-1990* in VIAFORA C (a cura di). *Vent'anni di Bioética. Idee, protagonisti, istituzioni*. Padova: Gregoriana Libreria Editrice; 1995: 99-102.

³ MORDACCI R. *I Comitati di etica, una realtà in divenire*. Aggiornamenti sociali 1997; 48: 127-138; VIAFORA C (a cura di). *Comitati etici. Una proposta bioética per il mondo sanitario*. Padova: Libreria Editrice; 1995; ID. *I Comitati etici in Italia. Tensioni e potenzialità di un sistema in costruzione*. Aggiornamenti Sociali 1999; 12: 827-840.

⁴ ABEL F. *Comités de Bioética. Necesidad, estructura y función*. Folia Humanistica 1993; 31 (334): 391-418.

⁵ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Deciding To Forego Life Sustaining Treatment*. US Government Printing Office, Washington D.C. 1983, Appendix F, pp. 439-457.

⁶ PARIZEAU MH (sous la direction de). *Hopital et ethique. Roles et defis des Comités d'ethique clinique*. Quebec: Le Press de l'Universite Laval; 1995.

⁷ LEBEER G (ed.). *Ethical function in Hospital ethics Committees*. Biomedical and health Research European Commission, vol. 51, Bruxelles; 2002.

⁸ GUTMANN A, THOMPSON A. *Deliberating about bioethics*, Hastings Center Report 1997; 23 (3): 38-41.

⁹ VIAFORA C. *Clinical bioethics. A search for the foundations*. Dordrecht: Springer; 2005.

¹⁰ D'AGOSTINO F. *La dignità umana, tema bioético* in CATTORINI P, D'ORAZIO E, PO-



C. VIAFORA

CAR V. *Bioetiche in dialogo. La dignit  della vita umana, ('autonom  degli individui.* Milano: Zadig; 1999: 103-108.

¹¹ VIAFORA C. *Indivisibile dignit . Un'analisi delle implicanze bioetiche della Carta dei diritti fondamentali dell' Unione Europea.* La Societ  2002; 5: 641-651.

¹² HASSEMER W. *Argomentazione con concetti fondamentali. L'esempio della dignit  umana.* Ars interpretand 2005; 5:125-139.

¹³ SCHOCKENHOFF E. *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundris.* Meinz: Matthias Grunewald Verlag; 1993 (trad. it. *Etica delta vita. Un compendio teologico.* Brescia: Queriniana; 1997).

¹⁴ GRACIA D. *L'etica dei comitati di etica in VIAFORA. Comitati etici...*

¹⁵ CATTORINI P, MORDACCI R, REICHLIN M. *La nozione di dignit  della vita umana: universalit  e singolarit * in CATTORINI, D'ORAZIO, POCAR. *Bioetiche in...*

¹⁶ ANGELINI G. *Il senso orientato al sapere. L'etica come questione teologica* in AA.Vv. *L'evidenza e la fede.* Milano: Glossa; 1998: 387-443.

¹⁷ RICOEUR P. *Soi- meme comme un autre.* Paris: Seuil; 1990 (trad. it. *Se stesso come un ultra.* Milano: Jaca Book; 1993); ID. *Les trois niveaux du jugement medical.* Esprit 1996; 12: 21-33.

¹⁸ VETLESEN AJ. *Perception, empathy and judgment. An inquiry into preconditions of moral performance.* Pennsylvania: Pennsylvania University Press; 1994.

¹⁹ ANDORNO R. *The paradoxical notion of human dignity.* Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto 2002; 2: 151-168.