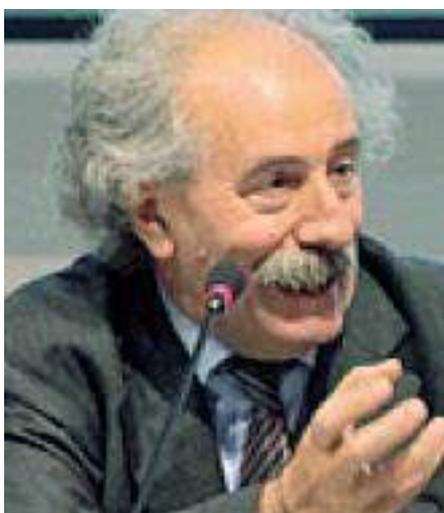


En persona

Entrevista a Corrado Viafora

Diego Gracia

Biografía



Corrado Viafora nació en 1950 y se licenció en Filosofía en la Universidad de Nápoles en 1974. Especializado en Filosofía moral, ha desarrollado su actividad en la ciudad de Padua, especialmente en su Universidad, donde fundó y dirige el grupo de investigación “Filosofia morale e bioetica”. Es uno de los representantes más caracterizados de la bioética italiana, y ha colaborado muy activamente vinculado en actividades colaborativas con otras Universidades europeas. Un ejemplo de esto lo constituyó el “Erasmus Mundus Master of Bioethics (EMMB), un proceso colaborativo de las Universidades de Lovaina, Nimega, Padua que estuvo vigente entre 2006 y 2016, y en el que también colaboró, durante los primeros años, la Universidad Complutense de Madrid. Los participantes permanecían un trimestre en cada Universidad. El director del trimestre padovano fue el Profesor Viafora.

De su amplia bibliografía, destacaré solo las obras principales: *Fondamenti di Bioetica*, Milano 1989, *Introduzione alla Bioetica*, Milano 2006, *Vent’anni di Bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Padova 1990, traducido al inglés como *History of Bioethics. International Perspectives*, San Francisco 1996; *Centri di Bioetica in Italia. Orientamenti a confronto*, Padova 1993, *La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine*, Padova 1993, *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Padova 1996, *Quando morire? Diritto e bioetica nel dibattito sull’eutanasia*, Padova 1996; *Clinical bioethics. A search for the foundations*, Dordrecht 2005; *L’argomentazione del giudizio bioetico. Teorie a confronto* Milano 2005; *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Milano 2007; *Morire altrove. Per una buona morte in un contesto multiculturale*, Milano 2013; *Questioni di vita. Un’introduzione alla bioetica*, Milano 2019.

Diego Gracia: *Corrado Viafora es un filósofo por formación y vocación. Se doctoró en filosofía el año 1974. ¿Cuál fue el tema de tu tesis doctoral?*

Corrado Viafora: Mi tesis se insertó plenamente en el contexto italiano de los años setenta del siglo pasado, marcado por el diálogo entre la cultura de inspiración católica y la cultura de inspiración marxista. Este es el título: *Humanismo marxista y humanismo cristiano en la interpretación de Giulio Girardi*. Ponente: Cleto Carbonara, máximo exponente de la tradición idealista italiana, a partir de la cual propuso una interpretación del marxismo como filosofía de la praxis. La idea de situar la comparación en la perspectiva trazada por Girardi estaba ligada al hecho de que este filósofo y teólogo, muy presente en aquellos años en el debate público italiano, especialmente como teórico de los "cristianos por el socialismo", había sido uno de los puntos más avanzados del diálogo entre pensadores cristianos y pensadores marxistas. De particular importancia fue el hecho de que Girardi hubiera participado como experto en la elaboración de la Constitución Conciliar *Gaudium et spes*, el documento con el que la Iglesia Católica pretendía sintonizar con las esperanzas y los problemas más sentidos por el hombre contemporáneo. El sustrato filosófico de Girardi fue el personalismo francés de inspiración cristiana, en especial la "revolución personalista y comunal" de E. Mounier. Ante tantos análisis que hoy manifiestan claramente su fecha, confieso que la mayor deuda de gratitud con Girardi es la de haberme introducido en el conocimiento de un pensador, Mounier, que luego se convirtió en fuente de inspiración constante para mí.

DG: *Su doctorado en filosofía coincide con el nacimiento de la bioética como disciplina en 1970 y, sobre todo, con su llegada a Europa unos años después. ¿Cómo fueron tus inicios en la bioética?*

CV: La atención al ser humano, tematizada en la elaboración de mi tesis en términos antropológicos, es también el horizonte que forma el trasfondo de mi acercamiento a la bioética. Operativamente, este enfoque parte de mi experiencia de enseñanza de la Ética de la Salud en la Escuela de Enfermería de la Región del Véneto, que tuve la oportunidad de plasmar en una publicación que se convirtió en el primer manual de Ética de la Enfermería en Italia: *Ética de la Enfermería. Humanizando el nacimiento, la enfermedad, la muerte*, Milán 1986. En el título mismo quería que brillara la perspectiva subyacente: la ética como instancia de humanización. Retomé la misma idea en *Fundamentos de bioética*, tres años después. La cuestión que me planteaba, de carácter ético-filosófico de acuerdo con mi formación personal, era determinar la instancia de humanización en un sentido normativo más unívoco y más riguroso.

DG: *Yo te conocí, hace ya muchos años, como miembro de la Fundación Lanza, en Padua, donde llevaste a cabo una amplia labor. ¿Cómo juzgas ahora ese periodo de tu vida profesional?*

CV: Encontré importantes afinidades y estímulos para desarrollar mi perspectiva de la ética como instancia de humanización en la tradición personalista de inspiración cristiana, que fue el trasfondo teórico de las investigaciones puestas en marcha en los proyectos de la Fundación Lanza, a partir de cuando, en 1988, me llamaron para

coordinar el proyecto "Ética y Medicina". La Fundación Lanza era un centro activo en el mundo católico paduano que se proponía identificar y analizar críticamente un fenómeno particularmente significativo en aquellos años: el "redescubrimiento de la ética". Algunas de las figuras más representativas de la escuela filosófica paduana - Enrico Berti y Franco Volpi, en particular- estaban dedicando especial atención a este fenómeno y a la reflexión sobre sus aspectos teóricos, en estrecha conexión con la "rehabilitación de la filosofía práctica" en la que estuvo particularmente involucrada la cultura filosófica alemana. En la Fundación Lanza, durante la década de los noventa, organicé una serie de iniciativas que tenían como objetivo insertar el naciente proyecto de investigación dentro del proceso de desarrollo de la bioética: los *Encuentros Internacionales de Bioética*; las *Jornadas de Estudios de Bioética en Italia*; los *Seminarios interdisciplinarios de Ética y Medicina*. Concluí mi actividad investigadora y formativa en la Fundación Lanza con la coordinación científica de un coloquio internacional dedicado a la *Bioética Clínica* (19-23 de octubre de 1999), en el que participaron destacados exponentes de la bioética internacional como E. Pellegrino, D. Thomasma, Henk Ten Have, Bruno Cadorè, Michael Parker. Tu intervención, recordarás, situó el origen de la bioética en la evolución democrática de la sociedad. Los aportes de ese Coloquio los publiqué en el libro editado por Springer con el título *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, para mí un punto de llegada y a la vez un punto de partida.

DG: *Pero la mayor parte de tu actividad la has llevado a cabo en la Universidad de Padua, donde sigues actualmente. ¿Puedes resumirme tu actividad durante esta etapa?*

CV: En 2001 fui convocado por la Universidad de Padua para impartir la primera enseñanza de filosofía moral y bioética establecida dentro de esta histórica universidad, que este año (2022) cumple ochocientos desde su fundación. El enfoque de la bioética que siempre he tratado de seguir desde entonces se inspira en una idea de la bioética que se caracteriza sobre todo por la afirmación de la plena continuidad epistemológica entre la filosofía moral y la bioética. La idea que se asume en esta perspectiva es que, si bien es cierto que se necesita el aporte de una multiplicidad de disciplinas para abordar con credibilidad los problemas que aborda la bioética, la finalidad última del discurso bioético sigue siendo, sin embargo, de carácter ético. No hay duda de que las preguntas son profundamente nuevas, pero tampoco es dudoso que la reflexión bioética pretende responder a preguntas que tienen una estructura idéntica a las de la filosofía moral tradicional, y esto explica su plena continuidad. Sobre la base de este supuesto, mi investigación académica en bioética se ha ocupado tanto de cuestiones de fundamentación, como de aplicación y metodológicas. En la investigación sobre los fundamentos filosóficos de la bioética he puesto especial énfasis en la idea de dignidad humana. Respecto a las cuestiones de naturaleza aplicativa y metodológica, mi investigación se ha centrado en las teorías de la argumentación bioética, las teorías y métodos de la bioética clínica y las prácticas deliberativas dentro de los comités de ética en salud, así como sobre los aspectos éticos de algunos contextos clínicos particulares: cuidados intensivos, cuidados a largo plazo, cuidados oncológicos y cuidados paliativos. He prestado especial atención a la formación en bioética, tanto en el nivel básico como en la formación continuada. El objetivo a largo plazo que perseguía era introducir la investigación y la formación

bioética en el contexto en el que se presentan más directamente las cuestiones bioéticas: la práctica clínica y la investigación biomédica. Perseguí este objetivo a través de la activación de un grupo de trabajo integrado por jóvenes investigadores a los que acompañé en su proceso de doctorado: el “Grupo de Investigación en Filosofía Moral y Bioética”, actualmente radicado en el Departamento de Medicina Molecular de la Facultad de Medicina. La actividad en la que más ha trabajado el grupo de investigación en los últimos años y en la que ha conseguido resultados más originales es, sin duda, la formación, con especial referencia a la formación bioética de postgrado. Hay dos programas que, probados en diferentes ediciones, han constituido el campo de elaboración de nuestras estrategias formativas: el *Erasmus Mundus Master of Bioethics*, organizado en colaboración por las Universidades de Padua, Lovaina y Nimega, y seleccionado de la Unión Europea como programa de excelencia, cuyo barrio trimestre coordiné entre 2006 y 2016 y, sobre todo, el *Corso di Perfezionamento in Bioetica*, la iniciativa de formación de posgrado que puede presumir de mayor continuidad en el panorama de la bioética italiana, con treinta años de vida. Los destinatarios del curso son tanto jóvenes licenciados que, interesados en la bioética, quieren perfeccionar su formación humanista y científica con una formación específica, como profesionales que trabajan dentro de los servicios sociosanitarios, así como también en otros sectores: medio ambiente, comunicación, formación. El curso presta especial atención a los profesionales y no profesionales que forman parte de los comités de ética para la práctica clínica. Los métodos utilizados son diversos: van desde la conferencia formal con discusión ulterior, hasta el debate directo entre exponentes de las orientaciones bioéticas más significativas; y desde el seminario de profundización con la aportación de expertos, hasta los trabajos en grupos y las sesiones clínicas. Más allá de la variedad de metodologías adoptadas y del carácter multidisciplinar de la docencia empleada, lo más significativo de estas dos iniciativas es el intento de integrar formación e investigación. Parte integrante de la actividad formativa llevada a cabo por el grupo de investigación es la iniciativa editorial que cristalizó en la dirección de la Serie de Estudios e Investigaciones en Bioética y Ciencias Humanas, publicada por la editorial Franco Angeli de Milán. El objetivo de la serie es acompañar el proceso de institucionalización de la bioética tanto en el ámbito académico como en el de la salud, dando espacio tanto a trabajos teóricos y fundacionales, como a investigaciones empíricas. El primer volumen publicado fue un manual de bioética que constituye la base de la actividad formativa del Grupo, editado por mí junto con otros dos investigadores del Grupo: Viafora C., Furlan E., Tusino Silvia, *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milán 2019.

DG: *En las décadas en que tú inicias tu actividad, los grandes progresos de la medicina (valgan tres ejemplos: la introducción de las llamadas técnicas de soporte vital y la aparición de las Unidades de Cuidados Intensivos, la puesta a punto de las Técnicas de reproducción asistida, y los sistemas de trasplante de órganos y tejidos) suscitaron un conjunto de problemas éticos nuevos, para los que no había respuesta. Hubo que definir, o mejor redefinir, el concepto de muerte. Y también el del inicio de la vida, con los nuevos debates sobre el aborto, tan vivos en aquellos años. ¿Fue esto lo que hizo que te ocuparas de temas de ética médica?*

CV: De las preguntas que me haces, todas muy exigentes, me detengo en la última: la de la determinación del principio y el fin, porque me da la oportunidad de resaltar un

aspecto muy característico del estatuto de la bioética: su dimensión interdisciplinar. Dedicué uno de mis primeros libros, *La bioética alla ricerca della persona negli stati di confine* a este aspecto tan característico del "estado naciente" de la bioética en Italia. ¿Cuándo comienza una vida humana? ¿Cuándo termina? ¿Qué momento considerar decisivo en el principio: la concepción, la implantación, la formación de un esbozo del sistema nervioso? ¿Cuál considerar decisivo al final: el cese del latido cardiaco, la pérdida de las funciones encefálicas, la de todas las funciones cerebrales o de solo las funciones corticales? Los datos que la ciencia proporciona en términos cada vez más precisos son, ciertamente, el punto de partida necesario, tanto en lo que se refiere a la determinación del comienzo de la vida como de su final. Por sí solos, sin embargo, no son suficientes. Quienes sostienen, por ejemplo, que el comienzo de la vida de un ser humano coincide con la concepción, lo hacen ciertamente sobre la base de la identidad genética que, según el conocimiento científico, se constituye en esta fase; lo decisivo, en última instancia, sin embargo, es la teoría de la identidad humana que, explícita o implícitamente, nos inspira a argumentar que a partir de un cierto umbral empieza a haber "otro como nosotros". Lo mismo vale para la determinación del final de la vida y para el diagnóstico de muerte. Por ejemplo, asumir como determinante el cese de las funciones cerebrales para dar por muerta a una persona no es una tesis médica. Los procedimientos diagnósticos para verificar los criterios de muerte cerebral son sin duda de competencia médica, pero la justificación de estos criterios presupone el análisis de una serie de cuestiones que no son de carácter médico sino filosófico. También es decisiva en este caso la teoría de la identidad humana que, explícita o implícitamente, permite argumentar que a partir de un determinado momento deja de existir "otro como nosotros". Tal teoría debe ser justificarse frente a las alternativas proporcionadas por las propuestas rivales. El asumir una concepción *conciencialista* de la persona, por considerarla más adecuada para graduar el respeto debido al ser humano en relación con las etapas de su desarrollo, por más que ésta responda a una intuición que para muchos puede parecer convincente, no puede no tener en cuenta la continuidad que la biología documenta entre todas las etapas de desarrollo, desde las etapas embrionarias más tempranas. ¿Qué sería del embrión antes de que se active, con el desarrollo de un esbozo neural, la base biológica necesaria para el funcionamiento de las capacidades que califican a un ser humano? ¿Cómo sería un ser humano que hubiera perdido toda capacidad mental debido al impacto de una grave enfermedad neurológica? Por otro lado, quien asume una concepción *sustancialista* de la persona, porque la considera más capaz de dar cuenta, por ejemplo, del papel crucial de la información genética, que guía el desarrollo embrionario, debe clarificar el significado que otorgan a los conceptos filosóficos relacionados con esa concepción: el concepto de forma, el de potencialidad, y en particular el de individualidad. Por un lado, es necesario comprobar hasta qué punto el concepto filosófico de forma es capaz de traducir la lógica de la "información genética"; hasta qué punto el concepto filosófico de potencialidad es capaz de traducir la lógica de la "diferenciación celular"; y comprobar, por otra parte, hasta dónde es posible aplicar el concepto de persona como "sustancia individual", si, según nos dice la biología del desarrollo, en las primeras etapas de la vida embrionaria no está aún determinada la individualidad.

DG: *La bioética comenzó muy monopolizada por la medicina, pero cada vez más van cobrando importancia los problemas relativos al medio ambiente y al presente y futuro*

de la vida sobre el planeta. La sequía que este verano ha sufrido Europa, la catástrofe de la guerra de Ucrania y la amenaza que cada vez intuimos más próxima de las armas nucleares hacen que el problema de la vida cobre hoy unas dimensiones muy superiores a las de cualquier otra época histórica.

CV: En un repertorio introductorio a la bioética que hace algunos años elaboré con mis jóvenes investigadores como manual para nuestros cursos - *A lezione di bioetica. Temi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano 2012 -, incluí una contribución tuya dedicada a la reconstrucción histórica del origen de la bioética. No encuentro mejor respuesta a la pregunta que me haces sobre el compromiso de ampliar el horizonte de la bioética. Así escribes: "La bioética es una nueva mentalidad, una nueva sensibilidad para respetar el mundo de la vida, tanto natural como humana. Los seres humanos son fines en sí mismos, como dice Kant, pero también los seres vivos en general son de alguna manera fines y no sólo medios, teniendo en cuenta además que la naturaleza es el contexto necesario de la humanidad. Los seres humanos pueden vivir plenamente sus vidas solo en el equilibrio ecológico de la naturaleza y la vida. Esta es la nueva mentalidad promovida por el movimiento bioético. Es una nueva forma de pensar y de trabajar, una nueva forma de vivir, que redescubre lo sagrado en la realidad y por tanto instaura una nueva ética del respeto, no sólo hacia el ser humano sino también hacia la vida en general y hacia la naturaleza". La ampliación que propones involucra y desafía todas las orientaciones. El problema es que para tomar en serio este compromiso, cada una de las orientaciones dominantes en bioética debe repensar sus propias categorías de referencia, sus propios paradigmas. En el ámbito en el que también se sitúa mi reflexión, el compromiso ineludible es repensar la categoría de "respeto". Personalmente, estoy convencido de que liberar esta categoría de una interpretación reduccionistamente antropológica y al mismo tiempo reduccionistamente individualista, sin por ello perder el sentido de "diferencia humana" respecto de los demás seres de la naturaleza, daría paso a liberar el paradigma del respeto de los límites en los que lo ha arrinconado la modernidad. Pero esto, obviamente, no basta con enunciarlo.

DG: *En tu amplia bibliografía, en la que has casi todos los temas importantes, hay algunos por los que has tenido una preocupación especial. Me llama la atención que uno de ellos es el de la fundamentación y metodología en bioética. Comparto contigo el interés por estos temas, a pesar de que no es lo más frecuente entre los bioeticistas, por lo general más preocupados por las cuestiones prácticas y concretas, como esas a las que antes nos hemos referido.*

CV: "En la ética, no todo es método, ni procedimiento, como sostiene la ética procedimental. Y sin embargo, sin un procedimiento no hay posibilidad de justificación". Reconocerás esta declaración. Esta es la tesis que enunciaste en tu *Introducción a la bioética* de 1991, en el capítulo *En torno a la fundamentación y el método de la bioética*. Esta tesis me ha inspirado constantemente, partiendo de la convicción de que cuanto más se basa la argumentación del juicio ético en principios fundamentales, más se necesita determinar los pasos a través de los cuales establecer lo que estos principios exigen en situaciones concretas. Un abordaje argumentativo como el que vengo desarrollando en el contexto particular de la práctica clínica, que remite la justificación del juicio al principio ético fundamental del respeto a

la dignidad del paciente como persona, no puede sustraerse a esta tarea. A esto intenta responder la metodología para el análisis ético de la práctica clínica que me he comprometido a desarrollar y aplicar en los contextos clínicos éticamente más problemáticos. Su objetivo es doble: promover y potenciar, por un lado, el que la comunidad asistencial comparta las incertidumbres y el sufrimiento moral que generan determinados casos clínicos: es el momento de la *narración*; por otro lado, brindar herramientas que ayuden a identificar los problemas propiamente éticos que plantean estos casos; registrar y discutir las diferentes opciones posibles, y, sobre todo, justificar el juicio ético, haciendo explícitos los argumentos: es el momento de la *argumentación*. Es una metodología que puede ser utilizada tanto en relación con decisiones por tomar como con decisiones ya tomadas, pero que merecen una revisión, bien por su carácter ejemplar, bien porque han generado incertidumbre y conflicto en la comunidad asistencial. La experiencia demuestra que, bien aplicada, esta metodología puede brindar una importante contribución a la mejora de la *competencia ética* de los profesionales de la salud en orden a su capacidad de *justificar* el juicio ético y, antes de eso, en su capacidad para *percibir* una situación clínica como éticamente problemática.

DG: *La bioética italiana tiene algunas particularidades propias, que la hacen distinta de la bioética de otros países. En todos los países de tradición cristiana se ha producido una confrontación más o menos viva entre dos enfoques distintos de la bioética, el católico y el secular. Esta confrontación ha sido mucho más viva en Italia. ¿Cómo has vivido tú esa polémica?*

CV: Sí, es verdad. La bioética italiana ha estado y sigue estando marcada por el contraste entre la bioética católica y la bioética secular. Si hay una constante dentro de mi acercamiento a la bioética es precisamente el intento de sustraerme a esta oposición. Lo encuentro engañoso e improductivo. Este es un contraste engañoso en la medida en que lo importante en la confrontación ética son los argumentos. Si proceden de una cultura de inspiración religiosa o de otra de inspiración secular, no es importante. Intentaré explicarme. Lo que realmente importa en la argumentación ética es la validez de los argumentos con los que se defiende públicamente una posición, no su procedencia. La tesis, por ejemplo, que sostiene que la vida humana debe ser respetada desde la procreación debe ser considerada válida y por lo tanto aceptada, o inválida y por lo tanto negada, no por ser católica, sino por los argumentos en los que se basa y por su capacidad de resistir las críticas que se le puedan hacer. Esta es básicamente la lógica de la confrontación ética: la lógica de la dialéctica. La puesta en escena de la confrontación bioética como un contraste prejuicioso entre bioética laica y bioética católica resulta improductivo, precisamente porque niega esta lógica y así la comparación queda bloqueada por el "prejuicio", que caricaturiza al otro, encerrándolo en una posición que se da por conocida, por el hecho de ser "católico" o "laico". Este prejuicio no hace más que confinar la confrontación bioética dentro de límites estrechos y rígidos, negando así el espíritu mismo de la bioética.

DG: *Una de las categorías que tú más has trabajado es la de "dignidad", quizá porque es un concepto en el que convergen las dos tradiciones de que venimos hablando, la secular y la cristiana. El problema es que esa categoría, que tanta importancia cobró con la obra de Kant, es, como el propio Kant dice, puramente "formal", de modo que*

no dice qué es lo que hay que hacer. Lo cual explica que la dignidad puede ser utilizada por quienes estar a favor del aborto o la eutanasia (por ejemplo, el lema de los movimientos norteamericanos pro eutanasia es death with dignity), y también por quienes están en contra de esas mismas prácticas. ¿Cómo ves a día de hoy este problema?

CV: Veo que pones el término "dignidad" entre comillas. Me gustaría aclarar de inmediato que, personalmente, cuando hablo de dignidad me refiero a la idea de dignidad humana. Una distinción a la que generalmente no se presta atención, pero que es extremadamente importante. En el lenguaje corriente se habla de dignidad de las instituciones, como cuando hacemos referencia a la dignidad de la democracia, la dignidad de la familia, la dignidad del matrimonio. También se dice de ciertas profesiones, como cuando hablamos de la dignidad del médico, la dignidad del maestro, la dignidad del magistrado. La idea de dignidad en estos casos es una cosa distinta de la idea de dignidad humana. También atribuimos a la dignidad en el lenguaje ordinario significados que se acercan más a la idea de dignidad humana. Por ejemplo, nos referimos a la dignidad de los servicios y prácticas que se juzgan más o menos humanamente dignos, como una muerte humanamente digna o una práctica procreativa humanamente digna. En estos últimos casos, hay muchos que se amparan en el hecho de que existen muy diversas formas de entender el significado de una muerte humanamente digna, o una práctica procreativa humanamente digna, para concluir que la referencia a la dignidad no es capaz de proporcionar indicaciones ético-normativas unívocas. Pero que de la idea de dignidad humana se puedan extraer indicaciones ético-normativas distintas, no significa en absoluto que la idea de dignidad humana sea inconsistente desde un punto de vista ético-normativo. Lo mismo ocurre con otras ideas fundamentales, como las de libertad, igualdad o solidaridad. Dicho esto, intentaré dar las razones que me llevaron a recurrir a la idea de dignidad humana en mi reflexión bioética, particularmente en bioética clínica. Cada vez estoy más convencido de los límites con los que se topan los dos enfoques dominantes: el centrado en la defensa de la vida, por un lado, y el centrado en la reivindicación del derecho a la autodeterminación, por otro. ¿Sus límites? Me parece que ninguno de los dos toma en serio las dimensiones fundamentales de la experiencia moral en la práctica clínica. En cuanto al primero de estos dos enfoques, ciertamente hay buenas razones para considerar la vida como un bien humano fundamental. Y, sin embargo, ¿son igualmente válidas las razones por las que todo lo que contribuye a su conservación y prolongación se hace a toda costa, o a costas moralmente inaceptables? Sin embargo, ¿cómo se justifica la inaceptabilidad moral de estos costes? Solo puede justificarse si se admite que la vida es un bien fundamental, pero no absoluto. De ahí mi apelación a la idea de dignidad humana para señalar un horizonte más amplio y radical que nos permita identificar un bien más importante que la vida misma y justificar la inaceptabilidad moral de los costes que ciertos tratamientos pueden acarrear para preservarla y prolongarla. Con respecto al segundo enfoque, debe reconocerse que la reivindicación del derecho a la libre determinación en el contexto de las relaciones de salud constituye en muchos sentidos el acta de nacimiento mismo de la bioética. Incluso en una situación de necesidad como es la determinada por la enfermedad, el paciente sigue siendo el "soberano" de su cuerpo, con derecho a la "autodeterminación" en las elecciones relativas a su vida y a su salud. Las ganancias son indudables. Y, sin embargo, también debemos preguntarnos

si este enfoque es plenamente capaz de pasar la prueba de la experiencia moral vivida en el contexto de la práctica clínica. Mi idea es que hay aspectos significativos de esta experiencia que el enfoque centrado en la autodeterminación no toma en serio. La razón radica en que la concepción contractualista que ha terminado por modelar también la relación médico-paciente no da cuenta de la especificidad de esa relación típica de la práctica clínica que es la relación de cuidado y confianza. Un enfoque centrado en el derecho a la autodeterminación no logra explicar cómo es posible que se active una relación de cuidado y confianza dentro de un mundo compuesto por individuos originalmente no relacionados, vinculados solo por acuerdos sobre ciertos servicios. Por tanto, si consideramos que muchas de las elecciones con las que tiene que ver la práctica clínica atañen a pacientes cuya capacidad de decisión está fuertemente comprometida, no se puede dejar de denunciar la ceguera de quienes pretenden abordar las cuestiones éticas en la práctica clínica con el único principio de la autodeterminación. De ahí la apelación a la dignidad humana para señalar un horizonte más amplio y radical que permita dar cuenta del vínculo que nos une originariamente, y desde el que cobra toda su fuerza la relación de cuidado practicada en medicina. Ante tal afirmación, la crítica surge inmediatamente. ¿Dignidad humana? Una idea vaga. De hecho, algo más: una idea inútil. Si fuera así, habría que reconocerlo con sinceridad y desprenderse de una idea que, según una de sus críticas más repetidas (R. Macklin), bien podría ser sustituida por una idea mucho más sencilla y clara, sin perder nada de su contenido: la de autonomía. De ahí la investigación a la que me dedico desde hace años para hacer creíble el llamamiento a la dignidad humana, tratando de esclarecer su sentido y justificar su alcance legislativo. Hay dos referencias que utilizo en esta investigación. La primera viene dada por la tradición kantiana. La segunda procede de la interpretación personalista de esta tradición, que va de E. Mounier a P. Ricoeur. Históricamente, como tú mismo has recordado y como se reconoce universalmente, fue Kant quien atribuyó un papel central a la dignidad humana en la concepción de la ética. De hecho, hay que reconocer que la idea kantiana de la dignidad ha llegado a inspirar cada vez más profundamente nuestra conciencia moral. Quizá por eso ya no somos capaces de captar su significado revolucionario. Sin embargo, basta una comparación con la concepción premoderna de la dignidad para darse cuenta de ello. Superando la concepción tradicional de la dignidad, marcada por la referencia al lugar que se ocupa dentro de un determinado orden social, y que por ello implica la atribución de un estatus particular, la concepción que se afirma con el giro kantiano es profundamente igualitaria: la dignidad se refiere a todo ser humano por el mero hecho de ser humano. Así universalizada ¿en qué consiste esta idea de la dignidad humana? Se trata de una idea que por la complejidad de su articulación ha registrado y registra diversas formulaciones, todas ellas enraizadas en lo que puede considerarse su núcleo, que encuentra su expresión en las páginas de la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*: el reconocimiento de la dignidad como valor intrínseco e incondicional de todo ser humano como persona, y por ello como potencialmente capaz de moralidad. Más precisamente, la dignidad como capacidad de moralidad Kant se refiere a la humanidad. Sin embargo, en la medida en que el ser humano es el lugar donde la humanidad se da concretamente, la dignidad debe referirse a todo ser humano. Todo ser humano como tal es una persona. Decir de todo ser humano que es persona no implica añadir nada más a su humanidad, como si hubiera una distinción entre ser humano y persona; más bien, significa reconocer su naturaleza más propia. Un ser

humano no deviene persona, como si pudiera no serlo todavía o dejar de serlo. El ser humano "existe" como persona, es su única forma de existir. Y la actitud particular que requiere el reconocimiento de la naturaleza personal del ser humano es el respeto. Como es bien sabido, Kant resumió el sentido del respeto en la "fórmula de la humanidad como fin": "Obra de tal modo que consideres a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de todos los demás, siempre al mismo tiempo como un fin y nunca simplemente como un medio". La suposición detrás de esta fórmula es la distinción entre cosas y personas. Distinción que para Kant se da por el mero hecho de la moralidad humana. Esa distinción, como tú mismo has dicho, se "muestra", no se "demuestra". Las cosas se usan, se tratan como medios para alcanzar ciertos fines; las personas son fines en sí mismas, no pueden ser utilizadas como simples medios. Las cosas son objetos de posesión, las personas existen como sujetos y entre sujetos. Las cosas pueden intercambiarse, las personas son insustituibles, son únicas. Las cosas se usan, se poseen, se intercambian. Los seres humanos se respetan. En la fórmula de "la humanidad como fin" hay dos términos clave: el de "humanidad" y el de "persona". La referencia inmediata del respeto es la humanidad, su dignidad. Sin embargo, no es exagerado traducir esta fórmula a términos personalistas y referir el respeto debido a la humanidad y a su dignidad directamente a las personas individuales, ya que es en ellas donde la humanidad se encuentra encarnada. La referencia, sin embargo, que tan expresamente hace Kant a la humanidad es importante para calificar de manera decisiva el principio ético del respeto: tanto en la dirección que va de la humanidad a la persona, como en la dirección que va de la propia persona a la persona del otro. En esto sigo la interpretación personalista de la fórmula de la humanidad como fin desarrollada por Paul Ricoeur, en particular en el "Estudio Octavo: El yo y la norma moral" de *Soi-même comme un autre*. Para cobrar idea adecuada del respeto inspirada en esta tradición personalista, es particularmente útil compararla con la que se da dentro de otra tradición que, como la personalista, hace un uso extensivo del concepto de respeto: la tradición liberal. En cuanto a la primera orientación, es de fundamental importancia la distinción entre la dignidad *de la* persona y dignidad que se da *en la* persona. Esta es la primera diferencia entre las interpretaciones del respeto dadas por las tradiciones liberal y personalista. Decir, como hace la tradición liberal, que la dignidad es *de la* persona significa que es la persona quien dispone de ella, en el sentido de que es quien la instituye, de tal manera que la valoración de una elección como más o menos respetuosa de la dignidad depende de razones que, individualmente, la persona singular se da a sí misma, desligada de la referencia a toda dimensión universal de lo humano. Por el contrario, decir, como hace la tradición personalista, que la dignidad está *en la* persona, significa ciertamente que la persona es el lugar donde efectivamente se da la dignidad, pero sin que esto signifique que sea la persona, en su autorreferencialidad, quien la instituye y dispone de ella. Más bien, es la presencia de la humanidad la que establece a cada ser humano como persona, es decir, capaz de moralidad. Sin este supuesto, sería difícil dar cuenta de cómo es posible que las elecciones, aunque sean autónomas, puedan degradar la dignidad personal. Un hecho del que nuestra experiencia moral también nos da fe. En cuanto a la segunda dirección del respeto, la que va de la propia persona a la de los demás, la diferencia entre la interpretación del respeto de la tradición liberal y la interpretación del respeto de la personalista está en que, mientras que para la tradición liberal los individuos, libres de todo vínculo, se relacionan entre sí en base a un contrato, para la tradición personalista el compartir una misma

humanidad establece un vínculo que nos une originariamente como sujetos a la misma ley moral. Este vínculo es el único que logra explicar la estrecha relación que existe entre el respeto de la dignidad del otro y el respeto de la propia. Lo cual logra explicar la experiencia que tenemos cuando sentimos que, al vulnerar la dignidad del otro, está en juego no sólo su dignidad, sino también y sobre todo la nuestra. Esto explica la experiencia que tenemos cuando la indignación que nos genera el ultraje sufrido por otro nos hace sentir que la dignidad comprometida en el otro compromete siempre y en todo caso también la nuestra. Podría decirse que la dignidad no es solo del individuo, sino que constituye el vínculo mismo entre los seres humanos, unidos en primer lugar por ese valor que no pueden ni crear ni destruir, sino desfigurar o configurar. En resumen: lo que pretendo hacer valer con mi acercamiento a la tradición kantiana y a la personalista para justificar la idea de la dignidad humana como fundamento de las elecciones morales, no significa que el juicio ético y bioético sea el resultado de una deducción inmediata de la idea de la dignidad humana, con la pretensión de asegurar una fundamentación incontrovertible. Fundamentación sí, pero en el sentido de abrir un amplio espacio dentro de cuyo horizonte sea posible buscar la solución de los problemas propios de la ética. Fundamento, en conclusión, en razón de su significación heurística, esto es, en el sentido de que la mirada abierta por la idea de dignidad humana muestre cosas que las miradas de otras tradiciones morales no muestran. De hecho, la idea de dignidad humana me ha dado y me sigue dando las palabras para expresar las razones que alimentan en cada uno la estima de sí. A nivel social, indica el criterio más inmediato que mide nuestras aspiraciones, funda la solidaridad que nos une como seres humanos y, aún antes, marca el límite de lo intolerable para nosotros. Sin la luz que brinda la idea de la dignidad humana, la representación de la condición humana resultaría inevitablemente opaca a nuestra conciencia moral moderna.

DG: *Tú has formado parte de diferentes Comités de ética en instituciones sanitarias. ¿Cuál es tu opinión sobre ellos? ¿Crees que son realmente útiles para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria?*

CV: Entre el último ensayo que dediqué a los comités de ética en salud, aparecido en 2013 en la revista "Bioetica", la más influyente en el contexto italiano, y la publicación de *Comitati etici, una proposta bioetica per il mondo sanitario*, el libro donde por vez primera ilustraba el potencial que los comités de ética podrían haber tenido en nuestro contexto sanitario y cultural, han pasado casi veinte años. Por supuesto, no estoy hablando de comités de ética para la investigación, estoy hablando de aquellos que en la literatura internacional se denominan comúnmente *Healthcare ethics committees* o *Clinical ethics committees* y que en la región de Veneto, la única en Italia que exige su establecimiento en cada institución sanitaria, se denominan *Comitati etici per la pratica clinica*. Mi compromiso directo en el proceso de su constitución me ha convencido del potencial que estos comités pueden tener para superar lo que constituye una verdadera "situación paradójica", debida a que si bien cada vez es mayor la demanda de ética en la práctica clínica actual, por otro lado, se reduce drásticamente el "espacio" para una reflexión ética que esté a la altura de la complejidad que esta demanda exige. Debo señalar, sin embargo que, a pesar de su potencial, en Italia (al menos) estos comités de ética todavía están luchando por establecerse y el debate sobre este tema, muy animado en la década de 1990, ahora se ha estancado. Es

cierto que esto se debe en gran medida al hecho de que no se ha diferenciado claramente los comités de ética de la investigación de los comités de ética de la práctica clínica. El único modelo multifuncional que se ha impuesto, ha acabado inevitablemente dedicándose en exclusiva al análisis de protocolos experimentales. Sin embargo, hay otras razones que operan a un nivel más profundo y que permiten entender algunos problemas críticos de la bioética italiana. El escepticismo hacia los comités de ética se ha manifestado reiteradamente en gran parte del mundo jurídico italiano, convencido de que sólo las leyes específicas son la respuesta adecuada a los problemas que enfrenta la práctica clínica en la actualidad. Además, es necesario tener en cuenta la resistencia expresada por muchos administradores. Su temor es que la apertura de un "espacio ético" abierto, activo y accesible pueda introducir elementos de conflicto inmanejables. Debemos señalar además un problema que no solo en el contexto italiano, sino también a nivel internacional da mucho que pensar: la "reticencia" del mundo médico hacia los comités de ética, debido a su típica tendencia a no admitir la incertidumbre o, mejor, a no compartir la incertidumbre con "otros". Es claramente una motivación insostenible a largo plazo. Una señal interesante al respecto la da el hecho de que, donde existen comités de ética que garantizan la posibilidad de profundizar en los análisis éticos, los médicos cambian de posición y lo aprecian. Personalmente pienso que, prescindiendo de los diversos modos de organizar la respuesta que no puede darse a la situación paradójica a la que me refería y que el impacto de la reciente pandemia ha hecho aún más urgente, la importancia de los comités de ética está en un método particular que introducen. Es lo que yo llamo "el método de los comités de ética". Este método enseña a educar el análisis de los problemas éticos a partir de la experiencia concreta, evitando así que su complejidad se vea sometida a esquemas abstractos o polarizada entre ideologías opuestas; requiere dar voz a todos los legítimamente involucrados en las elecciones, en la creencia de que solo la integración de estas diferentes voces puede proporcionar una representación adecuada del problema ético; y exige elaborar criterios mediante el debate, tanto interno como externo, de modo que sean creíbles y robustos. Estoy convencido de que una bioética capaz de aceptar las exigencias de este método será muy diferente de una bioética bloqueada por el choque perjudicial entre la bioética católica y la bioética secular; y también diferente de una bioética varada en las normas provenientes de los códigos de ética profesional, o de una bioética preocupada de que no haya espacio de decisión que no esté amparado por la "certeza" del derecho.

DG: *Tú tienes una gran experiencia docente con alumnos de diferentes áreas y formaciones, casi siempre relacionadas con el mundo de la salud. ¿Cómo ves la formación en bioética de los profesionales de la salud? Recuerdo que en el título de uno de tus artículos hablabas de la "paciencia argumentativa" que se necesita tener con los profesionales de la salud. Pienso que tienes bastante razón. Y por eso te pregunto si, tras tantos años dedicados a la docencia de la bioética, crees que has conseguido añadir un elemento importante a la formación de tus alumnos, o si por el contrario piensas que el influjo queda reducido a un pequeño número de alumnos.*

CV: Lo que hace que la práctica deliberativa sea particularmente desafiante hoy en día es el pluralismo moral que caracteriza a nuestras sociedades y que impregna todos los contextos de la atención médica. Esto requiere que los profesionales de la salud, y las instituciones sanitarias en general, den cuenta de las decisiones tomadas en tales

contextos y las justifiquen en términos defendibles públicamente, cuando no es posible hacerlo de otro modo. También es necesario tener en cuenta los conflictos que se dan en el contexto de la salud en el frente interno: conflictos entre instancias que inspiran la buena práctica clínica e instancias de carácter organizacional y gerencial; conflictos entre las diferentes sensibilidades ético-profesionales involucradas en una misma unidad operativa. Pienso, por ejemplo, en la sensibilidad ético-profesional del neonatólogo, llevado, ante la decisión de reanimar o no a un prematuro grave, a dar prioridad a la supervivencia del niño, y en la sensibilidad del ginecólogo que le lleva, en cambio, a dar prioridad a la pareja y orientarla hacia la perspectiva de un nuevo embarazo. Pienso en la interacción entre la sensibilidad ético-profesional del oncólogo llevado a proponer, ante el fracaso de las estrategias empleadas, otra línea de quimioterapia capaz de prolongar la vida del paciente y la sensibilidad del paliativista orientado, en cambio, en la calidad de vida. Son situaciones que no hacen más que confirmar la radicalización de la necesidad de justificar el juicio ético, en la medida en que para abordar estos conflictos es necesario abrirse a un horizonte normativo más amplio y radical que el trazado por los códigos profesionales. Si queremos, dentro de estas condiciones, mantener la justificación del juicio en un nivel genuinamente "ético", sólo hay una vía: la vía de la argumentación. Satisfacer esta creciente demanda de justificación es un compromiso que la práctica médica no puede eludir, y que no puede eludir en particular la formación de médicos y profesionales de la salud en su conjunto, so pena de debilitar su propia autonomía profesional. Con la consecuencia inevitable de que otros códigos prevalezcan y colonicen el mundo de la salud. De ahí la importancia de que la actitud ético-argumentativa se vuelva cada vez más parte integral del juicio clínico. Proporcionar herramientas para desarrollar esta actitud que sean adecuadas a la lógica de la práctica clínica, es el desafío que la formación bioética debe enfrentar. Insisto: que sean adecuados a la lógica de la práctica clínica. Si como bioeticistas con razón pedimos que el juicio ético-clínico sea un juicio "ético", es decir, guiado por la lógica del razonamiento ético, la lógica de la argumentación, sin embargo, no debemos olvidar la lógica que guía la práctica clínica y verificar que el juicio es también "clínico", es decir, construido en conformidad con esta lógica. Tú mismo, Diego, recuerdas con frecuencia estas dos dimensiones constitutivas de la bioética clínica: la dimensión ética y a la vez la dimensión clínica. Nos preguntamos por qué, incluso ante crecientes interrogantes de carácter estrictamente ético, el mundo médico sigue siendo escéptico con la bioética. ¿Por qué persiste la resistencia a la introducción de la bioética en la educación médica? Estoy convencido de que mucho depende de que nuestros métodos no responden a la lógica que guía la práctica clínica. En mi experiencia, encuentro que dos herramientas en particular pueden hacer una contribución importante para responder a esta lógica: un uso competente de casos clínicos, combinado con un uso sistemático de datos de investigación empírica. Son dos herramientas que me parece ayudan a superar en los alumnos la percepción de la bioética como algo desligado de la práctica clínica, elaborándola a través de casos y alimentándola mediante el uso sistemático de datos empíricos de investigación.

DG: *Algunos de nuestros amigos comunes, como Henk ten Have, insisten mucho en la especificidad de la "bioética europea", frente a más conocida bioética norteamericana. Su insistencia en esta distinción tenía por objeto el hacer ver que el enfoque norteamericano de la bioética no es el único posible, y que es un error hacerle pasar,*

como es frecuente entre los bioeticistas norteamericanos, por el único posible, y por tanto como universal. Este enfoque, tan frecuente en los bioeticistas norteamericanos de hace algunas décadas, aparece cuando se le analiza desde Europa como un puro prejuicio.

CV: Totalmente de acuerdo con Henk. Y, sin embargo, deberíamos preguntarnos por qué pudo tomar forma este prejuicio. Creo que tú, Diego, con la capacidad que tienes para orientar las cuestiones desde un punto de vista histórico y cultural, puedes dar una respuesta a este respecto.

DG: *Esto plantea en toda su dificultad el tema de la "bioética global". Vivimos en la "era de la globalización". Hasta ahora se han globalizado los mercados y las comunicaciones. La actual pandemia de Covid-19 es buena prueba de que también se han globalizado muchas enfermedades infecciosas. Pero hay otras muchas dimensiones de la vida que se resisten a la globalización. Es el caso de la ética, y por supuesto también de las religiones. Esto es tanto más sorprendente, cuanto que la bioética, es decir, la ética de la vida, del presente y futuro de la vida sobre el planeta, o es global o no podrá cumplir con su objetivo. Los problemas que padecemos son cada vez más globales, pero a la vez vamos cobrando conciencia de que las respuestas globales son muy difíciles, casi imposibles, porque estamos embarcados en un desarrollo que es claramente insostenible en el tiempo. Esto hace cada vez más necesaria la promoción de una nueva ética que pueda afrontar estos problemas nuevos, graves y urgentes, que ponen en cuestión la propia supervivencia de la especie humana en el futuro.*

CV: Tienes razón al recordar la drástica alternativa en la que se encuentra hoy la bioética: o es global o no podrá cumplir con sus verdaderos objetivos. Tienes razón al apelar a una "nueva ética" a la altura de los desafíos que plantea hoy la supervivencia de la vida en este planeta nuestro. Dentro de la tradición en la que se sitúa mi investigación, la tradición personalista, Jean Ladrière se refiere a la categoría de "habitabilidad". ¿No crees que esta categoría puede funcionar como un ideal normativo en la construcción de esta "nueva ética"? Es una categoría que aún remite a una visión antropocéntrica, pero es un antropocentrismo por decirlo "suave", no el "arrogante" que heredamos de la modernidad, ni el "dogmático", inspirado en rígidos esquemas impuestos por una metafísica abstracta: un antropocentrismo enraizado en la experiencia originaria que pone al ser humano en contacto con el mundo de la vida. Por supuesto, hay que reconocer que frente a situaciones concretas esta categoría de habitabilidad solo puede cumplir la función de un ideal regulador. Y sin embargo, en las circunstancias en las que la acción humana se enfrenta, una ayuda válida, recuerda Ladrière, puede provenir más de una sensibilidad atenta a la complejidad que de las reglas que pretenden cubrir cada problema particular. ¿No crees que en la construcción de la "nueva ética" a la que apelas puede asumir un papel más decisivo la puesta en común de metáforas y símbolos capaces de nutrir la referencia a la "casa común" y el "habitar humano" que la enunciación de principios y regla?

DG: *Estos temas son tan apasionantes que podríamos seguir reflexionando sobre ellos. Pero por hoy vamos a dejarlo aquí. ¿Quieres añadir algo más?*

CV: Sí, una última cosa. Una parte integral de mi compromiso con la formación y la investigación bioética es, como ya he dicho, la publicación de los resultados. La iniciativa en la que estoy embarcado, en la que se concentran los estudios de mi grupo de investigación y la comunidad más amplia que ha ido creciendo en torno a este grupo, no tendría futuro si no estuviera dispuesta a afrontar los desafíos que plantean estos temas.