

BIOÉTICA ENTRE FILOSOFÍA Y MEDICINA

Miguel Kottow

Universidad de Chile

R Desde que Hipócrates celebrara el carácter divino del médico en cuanto no descuidara la filosofía, pasando por Platón, Aristóteles, Paracelso, Descartes y, entre muchos otros, Leibniz en su correspondencia con algunos médicos sistemáticos de los siglos xvii y xviii —Sydenham, Boerhaave, Hoffmann, von Haller—, ha sido práctica frecuente rubricar la estrecha relación entre filosofía y medicina. Nietzsche se ocupa del cuerpo, Jaspers de la existencia enferma y de las situaciones límites, Heidegger de la muerte; desde la medicina, Viktor von Weizsäcker enfatiza la presencia de lo subjetivo en el enfermar y en el ministrar médico, inaugurando una medicina antropológica cuyo fulgor fue intenso, aun cuando fugaz.

Con toda su reiteración y frecuencia, los encuentros entre filosofía y medicina no lograron ir más allá de la especulación y el comentario. Ha quedado lo que Austin llamó “el velo de lo fácil y obvio” para insistir, en forma vaga y poco vinculante, que la filosofía es de alguna importancia para el buen ejercicio de la medicina.

Antecedentes históricos más tenues tiene la propuesta inversa, que sugiere a la medicina como fuente nutricia del pensamiento filosófico¹. Sólo en forma ocasional y anecdótica se ha propuesto que problemas y cuestiones inherentes al quehacer médico deben primordialmente interesar a la filosofía², pero sin duda ésta no puede sino hacerse cargo de los dilemas que la medicina le plantea: gestación de vida humana, dualidad mente/cuerpo, concepto de persona, muerte. Cuando la bioética aún estaba en su pubertad, se planteó que la medicina, así como otras profesiones, había “salvado la vida” de la ética [filosófica], al resucitar el razonamiento práctico^{3, 4}.

La tesis a proponer es que la relación de filosofía y medicina configura una mutua interdependencia que se desenvuelve en la arena bioética, al grado de ser ésta garante que dicha interacción sea no-trivial tanto para la reflexión filosófica como para la práctica médica.

¹ Kottow M. *Fundamentos médicos del filosofar*. Cuadernos de la U. de Chile 8: 17-32, 1989.

² Fulford KWM. *The potential of medicine as a resource for philosophy*. *Theoretical Medicine* 12: 81-85, 1991.

³ Toulmin S. *How medicine saved the life of ethics*. *Perspectives in Biology and Medicine* 15: 736-750, 1982.

⁴ Gorovitz S. *Baiting bioethics*. *Ethics* 96: 356-374, 1986.

La bioética es una disciplina que arraiga en la ética filosófica, constituyéndose en una de las principales éticas aplicadas o prácticas que emergen a mediados de este siglo. Más que un comentario epigramático, la bioética es requerida irreversible y urgentemente por las disciplinas biomédicas y por la biotecnología, que se reconocen imposibilitadas de sobrevivir sin incorporar lo ético en sus perspectivas.

Aceptado que la bioética es más que ética médica, valga la restricción de estas notas introductorias al campo de la medicina y a la demostración que no puede haber quehacer médico sin bioética; análogamente, la filosofía contemporánea difícilmente puede desentenderse de los dilemas biológicos y existenciales que la medicina plantea, y que la bioética recoge sin necesariamente estar equipada para enfrentarlos.

La polinización transitiva entre el esclarecimiento filosófico y el quehacer médico se realiza en tres planos de reflexión que son el epistemológico, el praxiológico y el axiológico, cada uno tratando de responder la sempiterna pregunta de lo que la medicina es: una ciencia, una técnica, un arte o una praxis. A su vez, cada uno de estos campos insume a la filosofía de interrogantes sobre el ser humano, su actuar y sus valores.

Epistemología

Las ciencias [naturales] operan en un ámbito de incertidumbre, pues si anidasen en la verdad no necesitarían investigar; se postulan en medio de paradigmas revocables, artificialmente controlando variables, enunciando leyes y descubriendo influencias contextuales —antecedentes—, con todo lo cual llegan a postulados predictivos de tipo probabilístico. Las ciencias persiguen conocimiento general, que siempre es sólo aproximadamente aplicable al caso particular. Esta indeterminación es notable, por ejemplo, en la meteorología y en la sismología, ambas debatiéndose en niveles de incertidumbre que cuestionan su carácter científico.

La verdad de hoy —postrimerías de la modernidad o ya postmodernidad— no es una normativa sino una perspectiva, y consiste en una contextualización de significados e interacciones —Wittgenstein—. No hay, pues, verdades de expertos sino, a lo más, proposiciones de mayor o menor coherencia, atingencia y utilidad.

En tanto el conocimiento científico es de carácter general, se ocupa la medicina de lo individual. Sobre todo a partir del siglo XIX, la medicina ha pretendido darse como una disciplina científica, sólo con reticencia concediendo ser una ciencia aplicada. Es efectivo que el conocimiento médico se transmite en forma de proposiciones generales, pero su aplicación ocurre siempre de un modo singular.

Donde más nítidamente se reconoce la ambición científica de la medicina es en la investigación clínica. El médico depura su metodología y aplica criterios de objetividad —distribución al azar, grupos control, técnica del doble enmascaramiento, estudios multicéntricos, neutralización del efecto placebo—, empeñándose en

despersonalizar el acto médico y restarle toda componente empática, de modo que transforma el encuentro médico/paciente en una aséptica relación de carácter investigador/probando. Gran parte de las disquisiciones sobre bioética e investigación biomédica gira en torno a la generalidad de lo cognitivo y la singularidad de lo terapéutico, enfatizando las incongruencias que de ello derivan. En tanto la medicina actual tiende a privilegiar la primera, la bioética reclama la preeminencia de la segunda.

El científico que heredara el optimismo positivista decimonónico, produce falacias deterministas en el pensamiento médico, que llevan a explicaciones mono u oligocausales. En medicina preventiva y en genética, por ejemplo, priman las estrategias ingenieriles que propugnan un reduccionismo de consecuencias insospechadas, pues los afectados no son identificables —futuras generaciones— y la ponderación de costos y riesgos vs. beneficios se hace imposible. Los postulados de autonomía, beneficencia y no maleficencia, tan caros al pensamiento bioético, se vuelven inmanejables en un clima determinista que hace terca abstracción de contexto y circunstancias.

No sólo los conceptos patogenéticos y las estrategias preventivas muestran la tensión insoluble entre universalidad y particularidad. La clínica también se viste, se disfraza más bien, de un optimismo epistemológico producido por una confianza cognitiva injustificada. El diagnóstico (*dia-gi-gnoskein* = reconocer a fondo) es el supuesto conocimiento del proceso patológico denominado enfermedad, pero se basa en un concepto ontológico (las enfermedades existen como entes y se instalan en el cuerpo), que tuvo su auge en el siglo XVIII. Se gesta así un concepto platónico de enfermedad como realidad ideal y de diagnóstico como el verdadero conocimiento —dianoético— de ella.

Lo cierto, sin embargo, es que el diagnóstico no clasifica entidades mórbidas ni las reconoce. No es un proceso epistémico, sino doxástico; con mayor o menor grado de incertidumbre, el médico propone una hipótesis diagnóstica del mismo modo que sugiere un curso terapéutico. En contraposición al antiguo concepto de enfermedades como entes, el pensamiento médico actual las acepta como constructos sociales o anomalías disfuncionales; son desviaciones de lo establecido como normal más que de una norma invariable, precisamente porque funcionalidad es en gran medida un diseño social. En una obra injustamente olvidada aunque de reciente reedición, Kurt Goldstein⁵ va más allá, definiendo enfermedad como la responsividad defectuosa del organismo individual en comparación con la norma de ese mismo individuo entendido como un todo.

⁵ Goldstein K: *The Organism* (1933). Zone Books, New York 1995.

La semiótica médica no es, como clásicamente se ha pensado, una relación representacional de significado y significante; más bien, el discurso de significantes depende de un constructivismo social que sólo recientemente se está develando como tal. Después que Foucault⁶ mostrara los orígenes sociales y los apetitos de poder de la mirada clínica, que Ludwig Fleck⁷ destacara que las tareas clínicas nacen en determinadas atmósferas colectivas, y que Talcot Parsons⁸ definiera al paciente en términos de rol social, fue quedando cada vez más en evidencia que conceptos y actividades de la medicina son constructos sociales donde enfermedad y salud, nosología y diagnóstico, criterios terapéuticos y políticas de atención médica son todos productos más bien de cómo los seres humanos se interrelacionan, que no de fenómenos biológicos exhaustivamente determinables.

La fragilidad epistémica de la medicina se encuentra plagada de sub-determinaciones, reduccionismos pauperizadores y causalidad artificialmente sostenidas. La bioética enfatiza que el médico no es un experto ni el paciente un usuario, sino que la relación médico/paciente es una simbiosis entre aquel que tiene ciertas habilidades, posee ciertas competencias y maneja capacidades orientadoras, y el afectado que debe ponderar si las propuestas clínicas son compatibles con su modo de vivir. Por ser su status epistémico feble, no puede la medicina ser ciencia; porque no opera sobre una máquina, no es técnica, y porque el estar enfermo es un modo de *Dasein* y no mera disfunción o anomalía estadística, no puede ser suficiente una medicina organicista al modo veterinario.

Tanto en su aspecto científico como en lo clínico, sufre la medicina de angustia epistemológica, acumulando datos y conocimientos fragmentarios que no se califican como ciencia, ni se catalogan unívocamente como progreso. Si la medicina insiste en vestir el ropaje científico, deberá reconocerse como una ciencia *sui generis*, una ciencia de particulares que debe operar con grados de falibilidad no despreciables.

La bioética se nutre de estas conclusiones epistemológicas para recordar que el acto médico es intrínsecamente incierto, operando con riesgos no calculables que obligan a reevaluar los principios de beneficencia y no maleficencia. El médico está lejos de poder dar certezas terapéuticas o de saber delimitar beneficios. El paciente debe hacerse cargo de la incertidumbre de los servicios que solicita, ponderando lo ofrecido y redimensionando sus exigencias con respecto a lo que del médico puede obtener.

⁶ Foucault M. *The birth of the clinic*. Tavistock Publications, London 1973.

⁷ Fleck L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1980.

⁸ Parsons T. *Definition of health and disease in the light of American values and social structure*. En Jaco EG (ed): *Patients, physicians and illness*. The Free Press of Glencoe, New York 1964.

El paciente autónomo aquilata estas proposiciones de tan precaria fuerza epistémica que le ofrece la medicina, las engarza en su biografía y en su proyecto de existencia; en torno al eje bioético se transforma la patología en patografía. Contrariamente a la tendencia cientifista de enfrentar al enfermo con un equipo médico —un conjunto de patólogos—, la bioética destaca al médico patógrafo que se sitúa a la vera del paciente cuya existencia está lesionada.

La desestructuración del discurso científico en medicina, acompañada de la erosión de posiciones autoritarias o pátoralistas del terapeuta, han arado un profundo surco en la práctica médica, donde la bioética siembra el pluralismo conceptual, el multiculturalismo social y la polivalencia de actitudes y valores. La implosión de las magras y soberbias normativas tradicionales, el cuestionamiento de valores supuestamente naturales, básicos y universales, y el desarrollo del constructivismo social, han todos contribuido a elaborar un discurso bioético donde tienen voz los disidentes, las minorías, los débiles, los socialmente disgregados, los limitados.

Praxiología

Aceptada la debilidad epistémica de la medicina, se comprende que su praxis no puede regirse por cánones científicos ni puede estar gobernada por el afán de conocimiento. Al contrario⁹, es una actitud práctica requerida para provocar cambios y solucionar problemas del cuerpo humano a través del cuerpo.

Inadecuado, también, sería imputarle a la medicina el carácter de una técnica. La técnica produce efectos y da servicios mediante la aplicación de algoritmos, cosa que la medicina sólo puede hacer en algunas etapas muy acotadas de su praxis. Se habla de técnica quirúrgica, de tecnología médica o de la técnica de un determinado método exploratorio o terapéutico. Pero todas estas parcelas praxiológicas vienen precedidas o son concluidas por interacciones de individuos comprometidos en un encuentro clínico donde se aplican modos de cognición, decisión y acción que han sido diversamente designados con etiquetas tan poco técnicas como “experiencia”, “intuición”, “arte médico”, etc. Este aspecto personal de la medicina la distancia de ser una técnica o una ciencia aplicada, y la acerca al campo valórico de la bioética.

La función del médico es deontica, más que epistémica, constituyéndose en una disciplina de acción cuya argumentación se rige por el silogismo práctico¹⁰. El discurso deontico gira en torno a valores, y una disciplina de acción baraja motivacio-

⁹ Pellegrino ED & Thomasma DC. *A philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, New York/Oxford 1981.

¹⁰ En otra ocasión habrá que desarrollar el silogismo clínico como el tornasol que transforma la decisión médica en una de orden ético-médico.

nes, medios y fines, es decir, se orienta por los componentes deontológicos y teleológicos de los actos.

La estructura de la medicina es praxiológica e interpersonal, caracterizándose por su medularidad ética. Como toda praxis que involucra un agente y un paciente, el acto médico siempre requiere una justificación moral. Así se explica que el discurso médico haya rendido tributo al menos formal al momento ético y a la responsabilidad, traducidos en un corpus de códigos de ética, juramentos y planteamientos deontológicos cuya fuerza normativa siempre fue exigua. Las insuficiencias de la clásica deontología médica hicieron surgir la bioética como comentarista primero, luego como rectora del acto médico.

No será posible, en el presente contexto, sino escorzar algunos ejemplos de la centralidad de la bioética para la praxis médica. La anamnesis, elemento axial de la clínica, se basa en la candorosa exposición del paciente, en el entendido que el médico respeta la confidencialidad del encuentro. El diagnóstico, a su vez, presupone veracidad por parte del médico, pues un tratamiento eficaz precisa la aquiescencia o “*compliance*” del paciente que sabe de su enfermedad y cumple las terapéuticas acordadas. A su vez, las complicaciones y secuelas del proceso mórbido o de la intervención médica requieren la adaptación o “*coping*” del paciente a sus nuevas limitaciones, todo ello en un clima de franqueza comunicativa.

Sinceridad anamnética, *compliance* y *coping* son algunos componentes prácticos indispensables al acto médico, que deben estar inmersos en los elementos bioéticos de confidencialidad y veracidad; en la medida que se lesionan pierde eficacia el acto médico¹¹. La praxis médica competente —*lege artis*— depende del cumplimiento de postulados bioéticos intrínsecos a ella.

Axiología

La inserción en la medicina de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, es un intento de distribuir la ponderación axiológica entre todos los involucrados —agentes, pacientes y afectados mediatos—, en aceptación que las decisiones a tomar son patrimonio del conjunto de estos individuos comprometidos.

La perspectiva bioética deja atrás dos actitudes cuya rigidez las había convertido en taras morales. Por un lado, cuestiona el paternalismo del agente que se arroga la

¹¹ La resistencia de estos anglicismos a una traducción adecuada señala la dependencia del ámbito latino con respecto a la reflexión bioética anglosajona. Laín Entralgo logró hacerse presente a través de la reflexión histórica, pero ni los grandes clínicos como Jiménez Díaz, ni humanistas respetables al estilo de Marañón lograron fundamentar una ética médica autóctonamente latina.

administración de valores y la ponderación de lo bueno en nombre de su paciente supuestamente discapacitado para reglamentar la propia existencia. En segundo término, se resquebraja el feudalismo axiológico de quienes creen conocer verdades inmutables y supuestamente válidas para todos. Desestibar el autoritarismo y cuestionar las metafísicas globalizantes es tarea vasta, no suficientemente definida al caracterizar a la bioética como “la inclusión de los valores en la toma de decisión ... a fin de aumentar su corrección y calidad”¹². Una tal definición presupone que, hasta el advenimiento de la bioética, se tomaban decisiones avalóricas en el ámbito biomédico.

La tarea de la bioética es más compleja: más que reclamar la presencia de valores, cuestiona cuáles valores son partícipes necesarios y deseables en lo biomédico y, no menos importante, ayuda a dilucidar en quién debe anclar la administración de estos valores. La medicina debe entender que su capacidad técnica en áreas límites o claves de la existencia humana no avala su competencia ética para evaluar estos actos. Todo lo contrario: precisamente por ser modos nucleares de la existencia humana, no pueden ser percibidos por una disciplina abocada a lo singular.

La bioética asume estas tareas de ir desbrozando los valores y ayuda a identificar a los interlocutores que legítimamente entran en este discurso. Fundamentalmente lo hace cuestionando la tradicional colusión entre experticia y poder, al mostrar que ni la experticia es infalible ni el poder se rige por principios morales. Si la bioética reflexiona sobre actos humanos que afectan definitivamente a procesos vitales¹³, insoslayablemente tendrá que ocuparse de las intervenciones científico-técnicas que, poderosas pero falibles, ejercen efectos irreversibles sobre otros seres humanos.

Es aquí donde entroncan las reflexiones sobre ética médica con la bioética en general. Si bien la medicina constituye paradigma de una praxis requirente de vertebración moral, no se agota con ello el tema. El ser humano se ha capacitado para interferir en todo proceso vital conocido, de vegetal a animal, de orgánico a mental y de somático a genético. Hans Jonas¹⁴ ha dado voz a la desazón actual, para reclamar una ética nueva donde se asuman responsabilidades, se privilegie la frugalidad sobre la expansión y se prefiera la abstención en caso de duda.

La praxis enfrenta vastas temáticas en carencia de una perspectiva analítica suficiente, no tomando conciencia que de tales falencias no hay salida al modo de Münchhausen, mesándose de los propios cabellos para emerger del pantano. La praxis no tiene, y no tiene por qué tener, la óptica analítica requerida para abordar estos

¹² Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Eudema, Madrid 1988.

¹³ Kottow M. *Introducción a la bioética*. Ed. Universitaria, Stgo., 1995.

¹⁴ Jonas H: *Das Prinzip Verantwortung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984.

asuntos que desde su incommentada capacidad técnica se encuentra llamada a atender. Tanto más debe la bioética enquistarse a nivel de primeras fundamentaciones.

La biología y la medicina resitúan al hombre frente a sí mismo, barajan nuevas opciones existenciales y plantean preguntas éticas; obligan a la bioética, emisario de retorno ahora, a llevarle a la filosofía estas proezas técnicas inéditas, donde se requerirá esclarecer nuevos conceptos en torno a lo que es muerte, persona, vida, gestación de vida humana, y renovada reflexión sobre dualidades clásicamente insolutas como cuerpo/mente, natura/cultura, potencialidad/actualidad.

¿Bioética a nivel macro?

Hallazgo poco feliz fue el de hablar de microética en el plano de las relaciones interpersonales, sobre todo en lo médico, y de macroética en referencia a problemas de ecología social y política. Como si las cuestiones éticas pudiesen ser de mayor o menor envergadura. Hay que reconocer, sin embargo, un hiato entre la ética médica y la bioética social y política. La primera se ocupa de actos singulares y adopta una perspectiva aristotélica caracterizada por la identificación de un fin, el cultivo de las virtudes en cuanto disposiciones racionales y prudentes para alcanzar este *telos*, y el desarrollo de un discurso moral que atañe al individuo que se ha de desempeñar con excelencia. Gran parte de los cultores del discurso ético-médico han preferido el análisis de problemas y la proposición de soluciones (“problem-solving”), a tiempo que rechazan la abstracción supuestamente estéril. Para este fin, enriquecen las narrativas particulares y contextualizan los dilemas, mas los postulados normativos quedan necesariamente relegados. Se espera así mejorar el rendimiento pragmático de la reflexión ética, pero el precio es una parálisis del pensamiento deductivo. La bioética se transforma en ética médica y ésta en ética clínica, desarrollando un lenguaje inaplicable a problemas bioéticos extramédicos.

Las complejas sociedades modernas administran sus asuntos a través de estructuras, de decisiones políticas y en medio de una diversidad de conflictos que son inmunes al lenguaje ético de énfasis más particular que social utilizado por Aristóteles¹⁵. Sólo algunos discursos bioéticos se sitúan en el fragor de esta evolución, diagnosticando los altos costos ecológicos, las desigualdades y discriminaciones, y la opacificación del tenor democrático en la medida que la libertad individual se reduce a lo trivial. Pero las respuestas de la bioética han sido hasta ahora febles y en gran medida desoídas, develando la urgencia de una reflexión filosófica más rigurosa y más imaginativa.

¹⁵ MacIntyre A. *After virtue*. Univ. 2nd ed. of Notre Dame Press, Notre dame 1984.

La ética de responsabilidad de Hans Jonas se reconoce fundada en el temor que provoca la expansión científico-técnica, temor que asume en nombre de la contemporaneidad pero también, y muy principalmente, por futuras generaciones de seres humanos. Con ello se matricula con las posturas éticas de tipo apocalíptico, que operan con un discurso estruendoso, anticipatorio, hipotético y posiblemente utópico. La ética apocalíptica debe reconocer su debilidad retórica frente a la situación actual, pues preocuparse por posibles estados futuros es al mismo tiempo testimonio de una falencia argumentativa para enfrentar lo que contemporáneamente sucede. Un discurso que apunta a la responsabilidad difícilmente compromete cuando no se identifica al portador de las obligaciones reclamadas. Viene al recuerdo una cita de León Blum: “Trabajo en el presente, no para el presente”, inspirada a su vez en el pensamiento nietzscheano que celebra el futuro y lo más distante como la regla para los días actuales.

Similarmente insuficiente es lo que proviene de la ética discursiva; sobre todo Habermas ha insistido que la ética discursiva es un procedimiento en el cual se perfecciona la argumentación racional y democrática. Su filosofía moral ha sido catalogada de antropocéntrica, pues es predecible que los participantes del foro discursivo argumenten *pro domo*, cautelando sus propios intereses como individuos o como grupo, pero no más allá. Pero los problemas bioéticos relacionados con la ecología, con la pervivencia del mundo, con la sustentabilidad de una naturaleza que pueda albergar a la humanidad ahora y a futuro, se integran en la *natura naturans* de Schelling —naturaleza en sí u orden racional de la realidad—, a diferencia de la *natura naturata* —naturaleza hecha mundo o volición creadora de naturaleza—. ¿Y qué es el hombre: naturaleza en sí o naturaleza hecha proyecto? Y si esto último: ¿puede englobar y aún rediseñar en su proyecto a la naturaleza dada?

Ciertamente, es difícil pensar que el ser humano desarrolle una ética para la realidad en sí, que no sea concebida en función del mundo. Pero si ello fuese deseable o aun necesario para evitar que la lesión de aquello que creemos sea *natura* provoque la perversión de *cultura*, nos encontraríamos con que, si bien la ética discursiva no desautoriza la introducción de esta dimensión transhumana, tampoco la fomenta ni la alberga con facilidad.

Tanto la ética de responsabilidad como la discursiva estarían abogando por la conservación de la naturaleza en función de la humanidad, en circunstancia que la modernidad, inspirada en F. Bacon, ha tomado por vocación domeñar esta naturaleza, tal vez entrando en el diálogo ético a discutir costos, pero no a cuestionar la empresa en sí. Esto ha sido expresamente concedido tanto por Jonas como por Habermas, quienes en diversas ocasiones también manifiestan su escepticismo frente a la viabilidad de sus planteamientos éticos.

Ambas posturas apuntan a reducir el ritmo de expansión y someterlo a una crítica

racional, pero esta proposición lleva en sí el germen de la contradicción. ¿Será éste el mejor momento para aminorar o hubo épocas históricas más propicias a las que la civilización debiera revertir? ¿No habrá, por el contrario, que acelerar el progreso científico-técnico y confiar que producirá sus propios regulativos y controles? ¿O no será todo análisis sino vacuo ejercicio dada la dinámica propia de ciencia y técnica? La magnitud de estos dilemas sugiere que las éticas prácticas aún están por hacerse, que la responsabilidad es sólo actitud y llamado, en tanto el discurso comunicativo racional no pasa de ser procedimiento trascendental, es decir, condición necesaria pero no construcción ni realización.

Conclusión

La bioética desgranada de la filosofía retorna a ella con una multiplicidad de preocupaciones. Su injerencia en decisiones médicas le reclama esclarecimiento sobre los grandes temas del hombre como existencia finita. Por estar inmersas en la praxis, las éticas aplicadas son fuertemente contextuales, perdiendo vigencia al trasladarse de un orden social y cultural a otro. En tanto una sociedad postpone la confección de su discurso bioético, cae en una anomia ética difícil de revertir. El insoslayable pragmatismo de toda ética práctica no agota el anhelo de lucidez en torno a los fundamentos de la agencia humana, ni clausura la búsqueda de un lenguaje que permita consensos en las opiniones y predictibilidad en los actos.

Finalmente, retorna la bioética hacia la filosofía en busca de un marco conceptual que permita esbozar una ética más allá de las contingencias del momento y dé cuenta de lo que significa ser la humanidad que hoy somos, a tiempo que fundamente por qué debe seguir habiendo humanidad y no nada.