

Bioética e Iatroética

RAÚL LEÓN-BARÚA

DEFINICIÓN

El concepto de bioética o ética de la vida, derivado del de ética de la medicina, fue propuesto por Potter⁽¹⁾, en 1971. La nueva idea tuvo amplia y entusiasta acogida, porque la ética médica, que se había originado en el milenario Juramento Hipocrático^(2,3), estaba excesivamente ligada a la moral y deontología convencionales y sus planteamientos resultaban ser insuficientes para evaluar en forma adecuada los innumerables avances biológicos recientes⁽³⁾.

Reflexionando sobre el tema, encuentro, no obstante, que quizás hubiera sido mejor conservar una cierta diferenciación entre bioética y ética de la medicina y, sobre todo, precisar más específicamente sus respectivos principios. Esto es lo que intento conseguir en el presente ensayo.

Límite entre biología y medicina

Antes de abordar lo que me propongo, se hace indispensable recordar nuestra opinión sobre el límite entre biología y medicina^(4,5).

En comunicaciones previas hemos definido a la medicina como la disciplina y actividad que tiene, por objetivos, promover y conservar la salud, y curar o aliviar las enfermedades^(4,5). Por su naturaleza, la medicina está inmersa en la biología^(4,5), que es la disciplina o conjunto de disciplinas que estudian la vida^(4,5). Debido a esta compenetración, se habla comúnmente de biomedicina, investigación biomédica, progresos biomédicos, etc. Creemos sin embargo que puede esbozarse un límite, aunque borroso e impreciso, entre biología y medicina, si se toman en cuenta los dos objetivos de la medicina antes mencionados^(4,5). Cualquier actividad biomé-

dica que llevemos a cabo será más biológica que médica cuando dejándonos llevar por el interés que despierta en nosotros el misterio de la vida nos alejemos de esos objetivos, y más médica que biológica cuando en su realización no perdamos nunca de vista los objetivos^(4,5).

Crítica a los principios convencionales de la bioética

Son considerados principios fundamentales de la bioética los de: 1) beneficencia, que como su nombre lo indica prescribe hacer el bien; 2) no maleficencia, que prescribe no hacer el mal; 3) autonomía, que prescribe respetar la voluntad, autodeterminación o libre albedrío de las personas; y 4) justicia, que prescribe respetar la igualdad de todas las personas sin distinciones de edad, sexo, raza o condición social^(3,6).

Si bioética se refiere a ética de la vida, los dos primeros principios que se le atribuyen, esto es, el de beneficencia y no maleficencia, resultan siendo algo indefinidos. Porque, ¿acaso el hacer bien y no hacer el mal no constituyen principios obligados de cualquier posición ética y no sólo de la bioética? Efectivamente, el hacer el bien y no hacer el mal deberían ser la piedra angular de cualquier disciplina o actividad, v.g., la política, el derecho, la ingeniería, el periodismo, etc.

Cuando en el Juramento Hipocrático se promete hacer el bien y no causar daño a los pacientes⁽²⁾ se sobreentiende obviamente que ese "bien" y ese "no daño" se refieren específicamente a la forma cómo se conducen el diagnóstico y el tratamiento.

De otro lado, los principios de autonomía y justicia son aplicables sólo a seres humanos y no a otros seres vivos. Porque, como es lógico, no se puede proponer respeto a la autodeterminación de vegetales y animales que no tienen libre albedrío; e igualmente parecería impropio proponer respeto a la igualdad de todas las especies botánicas y zoológicas existentes.

Profesor Emérito, Profesor de la Escuela de Postgrado "Victor Alzamora Castro", Titular de la Cátedra de Historia y Filosofía de las Ciencias y la Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.



Nuestras proposiciones

Si, según lo afirmamos antes, es posible establecer un límite entre biología y medicina, cabe establecer, también, una separación entre lo que es bioética y lo que sería ética de la medicina o iatroética (de *iatros*, medicina), para emplear el término propuesto por Bunge⁽⁷⁾ en su obra *Epistemología*.

Aceptada esta separación, creo que, acto seguido, nadie podría objetar que los máximos valores posibles para la bioética son la vida y la calidad de vida, derivándose lógicamente de ellos como dos principios supremos: el de respeto a la vida y la calidad de vida, y el de evitación de todo daño.

Por su parte, estando la iatroética directamente relacionada con la medicina y, por ende, con los dos objetivos de ésta ya bien precisados, su principio fundamental sería el de promoción y conservación de la salud y curación o alivio de las enfermedades, teniendo como principio complementario el de evitación de todo daño; en su caso, además, sí tendrían justificada e indispensable inclusión dos principios adicionales: el de autonomía y el de justicia, sobre los cuales no considero pertinente hacer más comentarios.

Conclusiones

Por todo lo expuesto, proponemos lo siguiente:

- a. Individualizar bioética o ética de la vida y iatroética o ética de la medicina.
- b. Considerar como principios de la bioética: 1) respeto a la vida y calidad de vida; y 2) evitación de daño. Y como principios de la iatroética: 1) promoción y conservación de la salud y curación o alivio de las enfermedades; 2) evitación de daño; 3) respeto a la autonomía; y 4) justicia.
- c. Finalmente, tener siempre presente que, como al ser médicos científicos somos también biólogos, debemos considerar, junto a los cuatro principios de la iatroética que hemos sugerido, y adoptando el principio supremo de la bioética, también sugerido, el cultivo constante de un profundo respeto por la vida y la calidad de vida de nuestros pacientes.

BASES CIENTÍFICAS PARA UNA BIOÉTICA Y UNA IATROÉTICA ABIERTAS Y PROSPECTIVAS

En la introducción, sugerimos la conveniencia de establecer un límite, aunque sea impreciso, entre bioética, o ética de la vida, y iatroética, o ética de la medicina. Sugerimos, además, principios a tener en cuenta tanto en bio- como en iatroética.

De otro lado, creemos que los avances o innovaciones en biología y medicina no deben ser considerados buenos o malos por ellos mismos sino por la forma cómo se les emplea o

aplica. En este sentido es, pues, deseable que la bio- y la iatroética se mantengan abiertas y prospectivas y se alejen, lo más posible, de cualquier tendencia a precipitación o dogmatismo.

Para ilustrar este ideal voy a poner dos ejemplos de problemas bio- y iatroéticos.

Primer ejemplo: La eutanasia

Muchas personas opinan a favor de la eutanasia activa, esto es, el proceso de quitar o ayudar a quitarse la vida a pacientes que así lo solicitan por presentar enfermedades terminales que les causan mucho dolor y sufrimiento⁽¹⁵⁾. La eutanasia ha sido incluso legalizada en algunos países⁽¹⁵⁾. Los que opinan o proceden en esa forma se basan en que es justo, en las condiciones mencionadas, el respetar la autodeterminación, la voluntad o libre albedrío de los pacientes⁽¹⁵⁾. Se estaría, entonces, cumpliendo con uno de los principios de la iatroética⁽¹⁶⁾. Sin embargo, estudiando el problema algo más profundamente desde el punto de vista científico, encontramos que la situación no es tan clara como los defensores de la eutanasia lo afirman.

En primer lugar, que yo sepa, nunca se ha encontrado en el cerebro algún sistema en el que se integre el impulso de “thanatos” o de “autodestrucción” propuesto por Freud⁽¹⁷⁾; y sí, por el contrario, sistemas en los cuales se integran emociones de: aproximación a un objeto juzgado como bueno (amor), de alejamiento de un objeto juzgado como malo (miedo-huída), de preparación para luchar contra un objeto juzgado como malo (cólera-agresividad), o, finalmente, de puesta en alerta ante la percepción de un objeto potencialmente dañino o peligroso (ansiedad) (emociones todas que tienden obviamente a conservar la vida y la integridad del sujeto que las experimenta)⁽¹⁸⁻²¹⁾. La práctica de la eutanasia sería, pues, contraria a la naturaleza y a la tendencia de la vida a autoconservarse.

En segundo lugar, cuando una persona decide cometer suicidio, y lo comete, su organismo se defiende y lucha hasta el final contra la autoagresión. Lo cual constituye una terrible prueba más a favor de la tendencia de la vida a autoconservarse.

Por último, cuando se examina detenidamente, y desde un punto de vista científico, el argumento del respeto al libre albedrío, se descubren facetas de sumo interés e importancia. Se ha descrito cómo la facultad del libre albedrío, probablemente casi exclusiva del ser humano, puede ser coartada, limitada, por tortura y algunos desórdenes mentales⁽²²⁾. La mayoría de personas sometidas a tortura hace cualquier cosa por librarse de la tortura, hasta renegar de sus propios principios y traicionar a su patria y sus familiares⁽¹⁵⁾. El libre albedrío se encuentra igualmente muy limitado en el sujeto cleptómano con intensos impulsos de apropiarse de lo ajeno ape-

nas se le presenta la menor oportunidad para ello⁽¹⁵⁾. La depresión, por su lado, tiende a originar en las personas que la padecen una visión de la vida negativa y plena de pesimismo⁽¹⁶⁾. En vista de todo esto, cabe preguntarse si un paciente torturado y deprimido por la enfermedad terminal y dolorosa que lo agobia puede gozar aún de la facultad de decidir libremente sobre su vida y destino.

Recientemente he tenido oportunidad de ayudar a algunos pacientes con enfermedades terminales y muy dolorosas que deseaban que su vida terminara de una vez con tal de librarse de su sufrimiento. Sin embargo, al tratarles exitosamente la depresión y al eliminarles casi totalmente los dolores que les aquejaban con ayuda de colegas especialistas en la nueva y prometedora rama de la “medicina paliativa”^(8,17), su vida cambió por completo. Aunque concientes de que iban a morir, enfrentaban esta realidad con ánimo sereno, buscando y obteniendo hasta el final el amor y el apoyo de sus familiares.

Por estas experiencias, creo sinceramente que en vez de legalizar la eutanasia se debería promover el desarrollo y perfeccionamiento de la “medicina paliativa”.

Segundo ejemplo: El manejo de cigotos, preembriones y embriones humanos

Según se ha precisado muy bien, el producto de la fecundación humana pasa por varios estadios sucesivos⁽¹⁸⁻²¹⁾. El primero es el del cigoto u óvulo fecundado por un espermatozoide. La conjunción del óvulo y el espermatozoide se produce normalmente en la primera porción de la trompa de Falopio, y aporta 23 cromosomas de la madre y 23 cromosomas del padre para hacer un total de 46 cromosomas. La conjunción, además, desencadena un proceso de división celular del cigoto que continúa hasta la formación de un niño. Las divisiones del cigoto llevan de inicio al estadio de mórula o preembrión y, en aproximadamente 7 días, a los de blástula y gástrula o embrión. Al cabo de ese tiempo ocurre la implantación del embrión en el endometrio uterino. En los primeros 3 meses después de la implantación, se desarrollan en el embrión diversos órganos, aparatos y sistemas, incluyendo, al final, el sistema nervioso central y periférico. Se llega así al estadio del feto. Ulteriormente, el feto se desarrolla en forma continua hasta los 9 meses, que es el momento del parto.

Los que justifican el aborto, defienden el principio de autonomía de la gestante que no desea continuar teniendo en su vientre un producto de gestación⁽²¹⁾. Después de todo, según algunos, si el aborto se produce antes del estadio del embrión, esto es, antes de los 7 días de gestación, lo que se pierde no es en absoluto un ser humano⁽²¹⁾. Para otros, la calidad de ser humano sólo es adjudicable después de la formación del cerebro, o sea, a los 3 meses de gestación.

Sin embargo, vale la pena precisar: 1) que el producto de gestación es desde ya un ser diferente y no simplemente parte del organismo de la mujer que lo alberga en su matriz; y 2) que desde el instante de la conjunción del óvulo y el espermatozoide el cigoto resultante tiene toda la información genética que caracteriza a un ser humano. Es por estos motivos que sinceramente creo, de acuerdo con el pensamiento de varios autores que han escrito sobre el tema⁽²¹⁾, que el aborto es, en términos generales, éticamente inaceptable.

Como consecuencia, métodos de planificación familiar o control de la natalidad y de fecundación asistida que provoquen pérdida de cigotos o preembriones, o los pongan en peligro, o retarden su desarrollo (v.g., mediante refrigeración), o los coloquen en situación de ser vendidos, serían igualmente inaceptables^(20,21).

Por el contrario, se hace difícil poner objeciones éticas a métodos de control de la natalidad que en forma segura impiden la fecundación y no causan pérdida de cigotos, preembriones o embriones; o a métodos de fecundación asistida cuando llevan a la producción de sólo el número de cigotos, preembriones o embriones que la futura madre acepta recibir.

La única objeción posible es que muchos de esos métodos son artificiales. A esta objeción contesto lo siguiente: Los seres humanos nos desenvolvemos en un medio ambiente que es en parte natural y en parte artificial o, si me permite, cultural⁽²²⁾. Lo natural es todo aquello que no es modificado por el ser humano, v.g., el efecto de la gravedad, la temperatura, el grado de humedad, etc.⁽²²⁾. Y lo artificial o cultural, aquello que es creado por el ser humano para ponerse mejor en contacto con el medio ambiente, y que es transmitido de una persona a otra o, incluso, de una generación a otra mediante el lenguaje hablado o, mejor, el escrito⁽²²⁾. De acuerdo con esto, el método “natural” de planificación familiar o control de la natalidad, consistente en abstenerse de relaciones sexuales cuando cambios en la temperatura corporal o en la cantidad del moco uterino indican probable ovulación⁽²³⁾, no sería en realidad “natural”. En efecto, no puede catalogarse como “natural” a un método basado en hallazgos científicos que son por lo tanto culturales. Y si se mantiene el argumento de que debe evitarse todo lo artificial, tampoco sería lícito efectuar apendicectomía en casos de apendicitis, porque la apendicectomía es también artificial.

Comentario final

Con los ejemplos que he puesto, creo haber ilustrado bastante bien cómo un enfoque científico puede ayudarnos a hacer enjuiciamientos más sólidos y firmes, y a la vez más abiertos, en temas de bio- y iatroética.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. Prentice Hall, New Jersey, 1971.
2. Reverte-Coma JM. Las Fronteras de la Medicina. Límites Éticos, Científicos y Jurídicos. Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1983. Ps. 4-5.
3. Durand G. La Bioética. Naturaleza, Principios, Opciones. Traducción al castellano de M. Montes. Editorial Desclée de Brouwer, S.A., Bilbao, 1992. Ps. 23-72.
4. León-Barúa R, Berendson-Seminario R. Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación con la biología. *Rev Med Hered* 1996; 7: 1-3.
5. León-Barúa R. Reflexiones sobre la esencia y el campo de la medicina. Aceptado para publicación en *Diagnóstico*.
6. Wagner-Grau P. Los tres principios fundamentales de la bioética. Simposio Filosofía de la Medicina. Escuela de Postgrado "Victor Alzamora Castro", UPCH. Asoc. L. Editorial Salesiana. Lima, 1998. Ps. 39-43.
7. Bunge M. Epistemología. Editorial Ariel, S.A., Barcelona, 1985. Ps. 233-44.
8. Montori-Tudela, Y. Medicina, Ethica et Thanatos. Decisiones al Final de la Vida. Print & Finish Jr. El Ocaso 189. Lima I, 1996.
9. Wagner-Grau P. Los tres principios fundamentales de la bioética. Simposio Filosofía de la Medicina. Escuela de Postgrado "Victor Alzamora Castro", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asoc. Librería Editorial Salesiana. Lima, 1998. Ps. 39-43.
10. Clark RW. Freud: El Hombre y su Causa. Traducción al castellano de J.A. G. Larraya. Editorial Planeta, SA. Barcelona, 1985. Ps. 235-6.
11. Gray JA. The structure of the emotions and the limbic system. En: Ciba Foundation Symposium 8 (New series): Physiology, Emotion & Psychosomatic illness. Elsevier-Excerpta Medica. North-Holland. Associated Scientific Publishers. Amsterdam, 1972. Ps. 87-130.
12. Smith CUM. El Cerebro. Traducción al castellano de J. Ortega Klein. Alianza Editorial, SA. Madrid, 1974. Ps. 260-277.
13. León-Barúa R. Estrés, desórdenes emocionales y enfermedad. El papel de lo psicológico en la medicina. *Diagnóstico*, 38 (1): 22-28, 1999.
14. León-Barúa R. Bases biológicas de la ética. *Diagnóstico* 1998; 37 (5): 311-316.
15. Raphael DD. Moral Philosophy. Oxford University Press. Oxford, 1994. Ps. 90-114.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. The Guilford Press. New York, 1983.
17. Solidoro-Santisteban A. El médico, la muerte y el morir. *Diagnóstico*, 38 (1): 36-42, 1999.
18. Guyton AC. Fisiología Humana. 6ta. edición. Traducción al castellano de S. Sapiña Renard. Interamericana. McGraw-Hill. México, 1987. Ps. 621-657.
19. Brachet J. Embriología molecular y diferenciación celular. En: Biología Molecular (Selecciones de La Recherche) (La Recherche en biologie moleculaire). Traducción al castellano de Ma. J. Isla Cambrana. Ediciones Orbis SA. Buenos Aires, 1985. Ps. 165-201.
20. Gonzales-Mantilla G. La Consideración Jurídica del Embrión In Vitro. Pontificia Universidad Católica del Perú. Biblioteca de Derecho Contemporáneo, Volumen 5. Lima, 1996.
21. Vico-Peinado J. El Comienzo de la Vida Humana. Biología Teológica. Ediciones Paulinas. Santiago, 1991.
22. León-Barúa R. Causalidad en medicina. *Bol Soc Per Med Int* 13: 159-164. 2000.
23. Berkow R, Fletcher AJ, & Beers MH. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 16th. Edition. Merck Research Laboratories. Rahway, New Jersey, 1992. P. 1774.