

Editorial

Bioética

La bioética tiene como fin principal la evaluación de los distintos métodos, técnicas, ciencias o sistemas que tienen que ver con el respeto a la vida humana. C. Cafarra, siguiendo a la *Encyclopedia of Bioethics*, define la bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto a que esta conducta sea examinada a la luz de los valores y principios morales”. Y Raúl Garza Garza dice que “la bioética puede concebirse como la parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre, en particular de aquellos asociados a la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”.

Por su parte, Pérez-Tamayo caracteriza la bioética, transcrita del *Diccionario de la Real Academia Española*, como “la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”. Pero no le asocia a su entorno ecológico. Y Krause y Cabral apuntan, simplemente, que “la bioética médica se encarga de analizar y conciliar los problemas éticos planteados por las ciencias médicas”. Por lo que, entonces, la bioética médica dicen debe ser: secular, pluralista, autónoma, racional y universal.

El Código de ética de Zaratustra (628-551 AEC), sencillamente, recomendaba: “buenos pensamientos, buenas palabras, buenas acciones”. Y desde el siglo VI A.C., los jainistas tirthankaras en la India saben que *right fate, right knowledge and right conduct together, will help to attain the liberation of one's self* (de la ira, la avaricia y otros vicios).

El primer antecedente de la ética médica es Thomas Percival, autor de *Medical Ethics*, 1803. Su libro fue la base de la moral médica de la Asociación

Médica Americana a su fundación, en 1846. Entre los problemas que la bioética intenta resolver está lo relacionado con el hombre y la vida desde el nacimiento hasta la muerte. Su máxima principal es “*primero no dañar*”.

La biotecnología médica ha sido señalada como un gran obstáculo entre médicos y enfermos. Yo estimo que el error no está en la tecnología sino en el hombre, que relega su responsabilidad y obligación de proteger la vida del paciente y salvaguardar la función de sus órganos. Del médico que olvida que si no se puede curar, debe al menos aliviar, y dar esperanza, siempre. Y que siente que es mejor tener la facilidad de establecer diagnóstico “mecánicamente” que acudir al ejercicio de la clínica. Y del que, consciente o inconscientemente, considera *antikantiana*mente que el hombre es un medio, tal vez la explotación, y no un fin. Y quien, paradójicamente, usa la tecnología como un fin, no como un medio.

“El hombre es la medida de todas las cosas”, advertía el sofista Protágoras (486-410) en el siglo V A.C. Pero fue hasta el Renacimiento que apareció el pensamiento basado en el rescate humanista de los valores y las virtudes de la antigüedad el conjunto de tendencias intelectuales y filosóficas cuyo objetivo es el desarrollo de las cualidades esenciales del hombre. La edad media quedaba atrás, y con ella la influencia que la Iglesia tenía en la vida de los hombres y de las sociedades.

Consentimiento sobre el tratamiento

- a. Es un derecho de los adultos capacitados decidir lo que ha de hacerse con su persona. El proceso que se sigue para obtener la autorización del paciente, a fin de llevar a cabo la intervención quirúrgica, se fundamenta en la protección de

los intereses del enfermo y no en los del neurocirujano.

- b. Debe estarse convencido de que el paciente sabe, comprende y valora la información que se le proporciona y que toma las decisiones apropiadas sobre el tratamiento que se le ofrece. Se presupone que los enfermos son competentes. Si hay alguna duda sobre su competencia, debe solicitarse la opinión de otros clínicos, incluido un psiquiatra si fuera preciso, o bien la de una persona de buen juicio y con experiencia, aunque fuera lega en la materia clínica. El problema debe discutirse con los familiares, y su opinión deber tenerse en cuenta. La discusión y las distintas opiniones deben asentarse por escrito.
- c. Debe darse información al enfermo, en términos que le resulten comprensibles, explicándole la finalidad del tratamiento propuesto, los beneficios que se esperan y los riesgos generales y específicos que implican.
- d. Hay que tener en cuenta las circunstancias sociales del paciente singularmente familiares y laborales.
- e. Informar a los pacientes sobre posibles tratamientos alternativos y ayudarles a tomar una decisión, dándoles una información objetiva de las ventajas e inconvenientes de cada tratamiento y ofreciéndoles un consejo justo.
- f. Recordar que la decisión del tratamiento corresponde al paciente y no debe estar influenciada por nuestras preferencias o por el deseo de adquirir experiencia.
- g. Mantener buenas relaciones con los enfermos, escuchar y respetar sus preguntas con sinceridad.
- h. Informar a los pacientes sobre las consecuencias

previsibles, si rehúsan al tratamiento que se les propone.

- i. Reconocer que el adulto capaz tiene el derecho de rechazar un tratamiento, aunque el mismo fuera decisivo para salvar su vida. Si esto ocurriera, puede ser aconsejable, con la autorización del enfermo, discutir la situación con los familiares más cercanos.
- j. Informar a los pacientes sobre la experiencia personal del cirujano y sobre sus resultados, si el paciente así se lo pidiera.
- k. La persona que informe al paciente con el fin de obtener el consentimiento para el tratamiento debe tener un conocimiento y una experiencia suficiente sobre el proceso; es preferible que sea el propio cirujano que vaya a llevar a cabo la operación.
- l. En el caso de un enfermo adulto capaz, no hay necesidad de informar a los familiares o a otras personas, a menos que el paciente lo pida o consienta en ello. Sin embargo, en muchos países es costumbre informar a los parientes más próximos sobre el estado del enfermo y sobre el tratamiento propuesto, práctica que resultaría especialmente aconsejable en aquellos casos en que hubiera riesgo de un déficit neurológico importante o inconcluso de muerte; así se puede ayudar a los familiares a aceptar la posibilidad de un pronóstico sombrío. Si no hay acuerdo entre el paciente y los familiares, debe prevalecer la decisión del enfermo.

Dr. Roman Garza Mercado
Dr. Humberto Mateos
Editor