

## **e d i t o r i a l e s**

### ***Influencia de la bioética en la ética clínica***

**Alberto Lifshitz**

Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud

Tel.: 5568 3575

Correo electrónico: [alifshitz@salud.gob.mx](mailto:alifshitz@salud.gob.mx)

El movimiento de la bioética ha encauzado la atención de la sociedad hacia materias no suficientemente consideradas fuera del ámbito de la medicina: las decisiones en los extremos de la vida y el enfrentamiento a la tecnología médica han generado reflexiones que han evidenciado — ante el vertiginoso avance científico-tecnológico y los cambios sociales tan profundos— la insuficiencia de los antiguos recursos para tomar las decisiones éticas. Ya no podemos confiar en referentes como los dogmas, declaraciones, juramentos, códigos y normas; no se previeron los conflictos y dilemas actuales. La sociedad contemporánea se expone todos los días a situaciones inéditas que la sorprenden desarmada. La ética normativa, si bien útil como guía, está siendo rebasada. Hoy se aspira a una ética secular o laica, más lógica y racional, prospectiva, multidisciplinaria, sistemática, flexible, transparente y global.

Pero uno de los productos (o subproductos) de este movimiento conceptual ha sido la necesidad de someter a revisión a casi la totalidad de la ética clínica, estancada hasta hace poco, obedeciendo más a costumbres y tradiciones que a reflexiones de fondo, y acaso a ciertos lineamientos normativos rígidos y obsoletos.

Quizás el cambio más importante en la ética clínica a partir del movimiento de la bioética es el reconocimiento pleno de la autonomía del paciente, que le fuera escatimada durante mucho tiempo. El protagonista de la atención médica parecía el personal de salud: la organización de los servicios procuraba la comodidad de médicos y enfermeras y no de los pacientes. Por muchos años dominó el paternalismo, hoy identificado con el principio de beneficencia, donde el médico tomaba las decisiones, por supuesto siempre buscando el bien del paciente, sin tomar en cuenta la opinión de éste, a semejanza del padre quien toma decisiones a favor de sus hijos sin considerar los deseos, temores, aspiraciones, gustos y aprensiones de aquéllos.

Este paternalismo se puede ejercer de manera autoritaria o apacible, pero en ambos casos limita o suprime la participación del paciente pues no se le concede capacidad, conocimiento, ecuanimidad ni objetividad. Con el principio de autonomía se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones, aun cuando no sean las mejores desde

una perspectiva sanitaria, incluso negarse a seguir las prescripciones de los médicos si no les parecen apropiadas. Esto ha significado un cambio de 180 grados en la relación entre médicos y pacientes, y ha generado no pocos conflictos cuando se contraponen los dos principios: beneficencia y autonomía. Por supuesto que el ejercicio de la autonomía supone personas competentes, libres de coacción y con información suficiente.

Si bien en algunos países la autonomía ha sustituido a la beneficencia como primer principio de ética médica, en México su ejercicio se ve modulado por una larga tradición paternalista arraigada en buena parte de la población. Por un lado, en ciertos grupos suele haber resignación ante la enfermedad (“que sea lo que Dios quiera”) y, por otro, numerosos pacientes se niegan a ejercer su autonomía y depositan las decisiones en el médico (“estoy en sus manos doctorcito”) y prefieren obedecer que asumir la responsabilidad de las propias decisiones, sobre todo en materias tan sensibles como la salud y la vida. Además, existe la costumbre de compartir las decisiones o asumirlas de manera colegiada: el paciente consulta con su cónyuge, padres o hijos antes de elegir o aceptar. No obstante, estamos viviendo un movimiento emancipador cada vez más amplio, en términos de pelear por los propios derechos, desconfiar de la autoridad aun cuando sea la del médico, de no dejar la decisión a otros.

Los médicos estamos acostumbrados a autorregularnos. Al margen de ciertas normas administrativas —institucionales o sectoriales—, hemos definido nuestros límites, no sólo como gremio, sino como individuos. Cada quien elige hasta dónde llega, cuándo solicitar asesoría, referir al paciente o convocar a un grupo de colegas. Acaso se vislumbran rudimentos de una regulación convencional como una forma de distribuir armónicamente el trabajo. Los límites entre las especialidades son imprecisos. Con el reconocimiento del principio de autonomía se fortalece el gran campo de la regulación social, donde el paciente juzga la calidad del médico, demanda y exige, denuncia y reclama. Hoy tenemos la responsabilidad no sólo del diagnóstico, pronóstico y tratamiento sino de identificar las expectativas del pa-

ciente, de modo que si son razonables, ¿por qué no satisfacerlas? y si son excesivas, acotarlas desde el principio. Debemos identificar qué tan competente es un enfermo, tanto para propósitos de que ejerza su autonomía como para estimar su aptitud para contender con su enfermedad. Estamos obligados a proporcionar información suficiente en términos comprensibles, para hacer efectivo el derecho a la autodeterminación, y a reconocer no sólo las demandas de los pacientes sino sus necesidades. En resumen, hemos adquirido nuevas responsabilidades, ciertamente no sencillas y muchas inéditas, inscritas en el marco del respeto por las personas como una consecuencia de la reflexión ética.

Ahora enfrentamos a un paciente más informado, si bien no siempre mejor informado. El acceso a la información médica se ha liberado; ya no hay “literatura exclusiva para médicos”, con lo cual el campo se ha visto invadido por información comercial orientada a la población. Las empresas de bienes y servicios para la salud han descubierto que dirigiéndose a los pacientes se puede presionar a los médicos para que modifiquen su conducta en favor de los intereses comerciales de ellas.

Los costos de la atención, antes subordinados, han adquirido importancia porque pueden dejar fuera a personas que podrían curarse o mejorar si contaran con los recursos.

Las decisiones ante los pacientes terminales han puesto a prueba a todo el sistema de atención médica. La bioética ha traído al terreno de la discusión los temas de encarnizamiento terapéutico, tratamientos opcionales, terapias excesivas, eutanasia y muerte asistida. El consentimiento informado no sólo aplica para propósitos de investigación sino de atención médica y hasta de educación médica. Los decidores subrogados y los testamentos vitales con directrices anticipadas son temas que han invadido las decisiones clínicas.

También en el principio de la vida han surgido nuevas implicaciones para la ética de la práctica clínica: la fertilización *in vitro*, la clonación, el resurgimiento de la eugenesia, la confidencialidad de la información genética, la discriminación con base en predisposiciones, se vislumbran como temas vigentes en la sociedad contemporánea.

En términos de equidad, la bioética ha puesto en entredicho los criterios de racionamiento; al menos, los valores utilitarios ya no parecen los únicos que se ponderan. En la asignación de bienes escasos o costosos, como una cama de cuidados intensivos o un órgano para trasplante, la clasificación de los candidatos según su utilidad social ya no es la única posible.

En conclusión, el movimiento de la bioética ha propiciado que el cuerpo entero de conocimientos de la ética clínica —estático por

mucho tiempo—, se pusiera en movimiento, se sacudieran las conciencias de los clínicos y de los directivos y se recuperara el papel protagonista del paciente, subordinado por años.

Para propósitos de un mejor desempeño del personal, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha reconocido el valor de este movimiento. Los comités de ética clínica, que se describen en este número, son un buen ejemplo de la sensibilidad del Instituto acerca del tema. **rm**

**Alberto Lifshitz.**  
**Influencia de la bioética**  
**en la ética clínica**

medigraphic.com