

legales que van unidas a la veracidad de la información a nuestros enfermos.

El proceso informativo se fundamenta en tres hechos: el derecho de la persona a recibir información verídica sobre su estado, la obligación legal del profesional a informar verazmente a su paciente y las obligaciones éticas generadas en la propia relación médico-enfermo. En cuanto al primer hecho, diremos que la persona posee la capacidad y el derecho para decidir sobre todo aquello que atañe a su cuerpo y, por ello, debe estar informada verazmente sobre su enfermedad para que dicha decisión se adapte a sus valores y proyecto vital. Este principio de autonomía justifica que la persona sea el titular del derecho a la información y única legitimada para consentir, como se constata en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, donde se recoge el derecho del paciente a recibir información completa y continuada sobre el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento², así como en el Convenio de Oviedo³, en cuyo artículo 10 se contempla el derecho de la persona a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. Este derecho es demandado por los pacientes y, así, en el artículo de Corbella et al más de las tres cuartas partes de los pacientes encuestados desearían conocer con amplitud su diagnóstico de cáncer, un hecho relevante, ya que en la muestra se incluyen enfermos con una edad media alta (68 años) y con un nivel cultural medio-bajo. Este derecho del paciente a una información verídica se convierte en una obligación legal para el profesional, quien deberá garantizar su cumplimiento, tal como refleja la Ley del Parlamento Catalán en su artículo 2⁴. Pero, ¿existen excepciones a esta obligación legal? Efectivamente, las leyes de información y consentimiento informado de los parlamentos gallego⁵ y catalán⁴, y el propio Convenio de Oviedo³, establecen como excepción a la información la negativa expresa de la persona a recibirla, en cuyo caso existe la obligación legal de respetar tal deseo, y la ley gallega permite restringir la información en interés del paciente y, de forma excepcional, cuando ésta le ocasione perjuicios para su salud.

Finalmente, nos situamos en el ámbito de las obligaciones éticas que nos permitirá abordar las implicaciones que para la relación médico-enfermo tiene el principio de veracidad. Hemos comentado cómo diferentes documentos éticos y legales amparan el derecho del enfermo a conocer su diagnóstico y la obligación del profesional a procurárselo, pero las obligaciones éticas van más allá de las disposiciones contenidas en estos documentos. Tradicionalmente se ha justificado la ocultación del diagnóstico de cáncer por las consecuencias en el enfermo y, principalmente, por el tipo de relación paternalista, donde ha primado el principio de beneficencia sobre la autonomía de la persona. Para Gregorio Marañón el médico debe mentir en estos casos, no sólo por caridad sino por servicio a la salud, justificando así la "mentira piadosa" para evitar lo que él definía como "pecado de la verdad"⁶. Pero la mentira piadosa se convierte en un arma de doble filo para el enfermo y el cirujano, provocando esas situaciones en donde el enfermo está aislado de su realidad con una imposibilidad total para comunicarse con su familia y/o médico (conspiración del silencio), y en donde el cirujano debe informar a los familiares en la clandestinidad.



Localizador web
Artículo 49.830

El principio de veracidad en la información al enfermo con cáncer. Una obligación ética y moral del cirujano

Sr. Director:

En el pasado número de junio de 2002 se publicó en su Revista un interesante artículo de los doctores Corbella et al¹ sobre la información a enfermos con cáncer colorrectal y gástrico. En este original se discute una de las cuestiones más conflictivas en el proceso informativo al enfermo con cáncer y que puede resumirse en la siguiente pregunta: ¿debemos informar del diagnóstico de cáncer a los enfermos que intervenimos? Aunque la encuesta de Corbella et al ya contesta parcialmente a esta pregunta, nos gustaría realizar algunas reflexiones sobre las obligaciones éticas y

nidad o bien emitir dobles informes, esta última situación claramente ilegal en el actual marco jurídico. Estas situaciones se eliminan cuando el cirujano coordina la información al paciente e impone el principio de veracidad, situándose como único interlocutor válido en el proceso informativo. Evidentemente, a nadie le gusta ser mensajero de malas noticias, y menos cuando las mismas suponen una tragedia en la proyección vital de una persona. Todos hemos asistido a esas situaciones incómodas y tensas, desde el punto de vista emocional, que se producen durante la información de un proceso neoplásico. En ese momento los derechos individuales y las obligaciones legales quedan en un segundo plano para imponerse la cara más humana de nuestra profesión. También sabemos que una vez superada esa primera fase de duelo, el enfermo recuerda y agradece la sinceridad y el apoyo recibido en uno de los momentos más duros de su vida y, al mismo tiempo, le ayuda a entender y valorar mejor el esfuerzo profesional y técnico del cirujano, reforzando su confianza.

Pero para afrontar la dureza de estos momentos informativos es deseable que esta información se enmarque en los principios de continuidad, progresividad y personalización, así como en un tiempo y espacio físico adecuados para la misma, necesidades que desgraciadamente no se dan en el contexto actual de la cirugía debido a la presión asistencial y a la despersonalización en la atención. Sin embargo, el factor determinante será la disposición de cada profesional para este momento crítico, que dependerá de sus valores y del grado de compromiso en la relación médico-enfermo. Este aspecto destaca en el estudio de Corbella et al, donde existe

gran variabilidad en el grado de veracidad entre distintos cirujanos. Por tanto, informar con veracidad a enfermos con cáncer se sitúa en el contexto de la excelencia profesional y de la cirugía del compromiso, donde se suman derechos, obligaciones y humanismo en la relación médico-enfermo.

Finalmente, quisieramos felicitar a los doctores Corbella et al por su excelente artículo que, sin duda, será cita obligada en el bagaje bioético de nuestra Revista.

Benigno Acea Nebril

Servicio de Cirugía General "A". Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

Bibliografía

1. Corbella E, Vicente JM, Palacín J, Castellví J, Fradera R. Cáncer colorrectal y gástrico. Cómo informamos a nuestros enfermos. *Cir Esp* 2002;71:307-13.
2. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de Abril de 1986.
3. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Disponible en: www.cnavarra.es/salud/anales/textos/textos11/salud2a.html.
4. Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica. Disponible en: <http://www.diariomedico.recoletos.es/asesor/ley221200.html>.
5. Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. Diario Oficial de Galicia, 8 de Junio de 2001.
6. Marañón G. Vocación y ética. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 1947.