



SOCIETAT MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

# GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

[www.elsevier.es/gamo](http://www.elsevier.es/gamo)



## EDITORIAL

### Ética en oncología

### Ethics in oncology



Los asombrosos avances en oncología en cualquiera de sus especialidades, así como en las áreas de la medicina relacionadas con ella: la farmacología clínica, la patología, la radiología, la algología, la anestesiología, la genética y la biología molecular han permitido que más pacientes sobrevivan a la enfermedad por tiempos más prolongados y/o en mejores condiciones. En ocasiones estos logros científicos son motivo de polémica que invita a la reflexión: ¿Hasta dónde es correcto suministrar un tratamiento? ¿cuál es el objetivo deseado: prolongar la vida o paliar un sufrimiento? ¿es oportuno? ¿es útil? ¿es lo adecuado para el paciente? ¿Cuánto debo informarle sobre su enfermedad o debo ocultarle información? ¿Es candidato a un procedimiento novedoso?

La ciencia y la sociedad progresan en tiempos distintos, a veces las consecuencias sociales del acto científico se observan años después de su descubrimiento.

La certeza moral en temas como integridad y proporcionalidad de medios, requieren de ardua reflexión, por eso es necesario acercarse a los expertos de forma plural, no solo a científicos en áreas de la salud, sino a expertos en derecho, filosofía, pedagogía y áreas afines que proporcionen una visión integral sobre la repercusión del acto médico.

La decisión ética en medicina es arte y ciencia, la bioética tiene una función social inmensa, que consiste en contribuir a la educación en la autonomía, la responsabilidad y la deliberación de todos los sujetos, haciendo que estos pasen de heterónomos a autónomos, de súbditos a ciudadanos, de personas sumisas y obedientes a sujetos críticos y maduros, capaces de regirse por el único móvil específicamente moral, el deber, en vez de por los hoy más frecuentes, el interés, el uso, la costumbre, etc.<sup>1</sup>.

El acompañamiento a la persona con cáncer en cualquiera de sus etapas, desde su diagnóstico, tratamiento con sus respectivas repercusiones y posiblemente cursando por otras etapas como la participación en un tratamiento en fase experimental, o llegado el momento en que eventualmente requiera de paliación y control de síntomas, es un reto para los profesionales de la oncología. Decidir entre la variedad de opciones de tratamiento novedosas frente a las

convencionales puede ser tarea difícil de asumir. Elegir, sin dejar a un lado la dignidad y autonomía del enfermo, sin abandonar la integridad científica y médica, puede ser un dilema bioético. Habitualmente la bioética surge cuando se debe optar entre 2 situaciones médicas igualmente riesgosas o difíciles. Utilizar y mantener todas las posibilidades terapéuticas que el desarrollo científico-técnico de la medicina ofrece con el fin de salvar la vida puede constituir un obstáculo, o bien representar la agresión continuada y obstinada.

El modelo paternalista de la medicina que tradicionalmente se ha adoptado en Latinoamérica se ve anulado frente a un enfermo y familiares cada vez más informados, aun cuando la información no sea cierta o de calidad. El paternalismo anula el consentimiento informado, desde el surgimiento de la bioética se buscan modelos más paritarios.

La subordinación siempre tiene límites éticos, es bueno obedecer hasta que la obediencia está justificada en términos del bien a tutelar. Es necesario asumir modelos cínicos distintos en que el paciente participe de las decisiones de forma más activa y responsable en un entorno que respeta la autonomía y la dignidad de la persona.

P. Ramsey, fundamenta las relaciones humanas y, por ende, también, el encuentro clínico en un pacto de fidelidad que se expresa en cuidados y en lealtad<sup>2</sup>.

El pacto se aleja de la fría legalidad del contrato y pone coto a la importancia del consentimiento informado.

La información médica se expresa en probabilidades y no en certezas, por lo tanto, lo que se ofrece al paciente puede estar lleno de incertidumbre. Los conocimientos médicos alcanzados en forma de evidencia no justifican abandonar el procedimiento de la decisión informada, pues el paciente sigue teniendo que decidir entre beneficios inciertos y riesgos poco conocidos.

El consentimiento informado, más allá de ser un mero requisito legal, es una oportunidad para empoderar de manera adecuada a los enfermos, y junto con ellos asumir de forma responsable los riesgos y beneficios de los tratamientos a seguir. No obstante, el consentimiento informado no es ni necesario, ni suficiente para que la investigación

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.001>

1665-9201/© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

clínica y la práctica médica sean éticas<sup>3</sup>. La salud como bien a preservar es otorgada al médico, siendo la dignidad, la vida y la salud valores prioritarios. Todo acto de curar es un fideicomiso, el verdadero titular de la vida es el paciente quien confía al experto para que se desarrolle un ejercicio pleno o menos limitado que el actual estado de enfermedad. Esta relación no es simétrica, ya que el enfermo carece de los medios suficientes para restaurar su salud, el médico cura, pero el paciente «se cura»<sup>4</sup>.

Aunque quisiera serlo, la medicina no es una ciencia precisa, porque su objetivo no es el conocimiento general, sino la acción terapéutica singular.

El diagnóstico no es conocimiento certero, sino presunción hipotética, es doxa (opinión) antes que episteme (conocimiento).

El experto asume con el paciente el plan a seguir, y con el consentimiento del enfermo se especifica cual es el objetivo y los medios con los que se buscará conseguirlo. Todo individuo es titular de sus derechos, aun cuando no los conozca.

Asumir que un tratamiento es fútil puede ser una de las decisiones más complejas y arduas en oncología. Se considera que un tratamiento que es penoso, inútil y desproporcionado entre el riesgo y el beneficio a obtener, es fútil. Es más sencillo no iniciar un tratamiento que suspenderlo, por lo tanto, la decisión médica debe ir acompañada de un análisis bioético plural y sustentado. El profesional de la bioética debe incorporarse a los equipos médicos para incrementar el conocimiento y reflexión en áreas especialmente álgidas como son: la integridad científica, la toma de decisiones que pueden ocasionar ensañamiento terapéutico, los ensayos clínicos y la participación en investigación de poblaciones vulnerables, los conflictos de intereses y el consentimiento informado, entre muchos otros.

Cuando se toma una decisión sobre la vida humana se debe considerar su valor absoluto y su inviolabilidad. Respetar el nexo inseparable vida/verdad/libertad, conocer para curar, no para manipular y tomar en cuenta que no todo lo que es técnicamente posible es moralmente admisible.

La bioética es el nuevo rostro de la ética científica. La ciencia es hoy, a la vez, la gran amenaza y la gran esperanza de la vida humana<sup>5</sup>.

Hoy tenemos tratamientos asombrosos para enfermedades que hace pocos años eran intratables, sin embargo, el acceso a los medicamentos, por falta de hospitales adecuados, primer nivel de atención capacitado, especialistas, cobertura médica y costos, sigue siendo un impedimento ético y social. Las barreras ante las que se enfrentan la medicina y la bioética son la accesibilidad a los tratamientos, los conflictos de intereses y la sustentabilidad. Gran parte de la población, de un importante número de países, no tiene acceso a los beneficios del progreso científico y tecnológico. Padecen enfermedades tratables, pero sin acceso a la medicación oportuna. Necesitan someterse a operaciones quirúrgicas, pero sin la posibilidad de acceder a ellas. Precisan de cuidados médicos que no pueden pagar. Se producen medicamentos extraordinarios y tecnologías asombrosas, pero no tenemos los mecanismos adecuados para

la eliminación de residuos tóxicos en los hospitales, con lo cual se producen daños irreversibles, al medio ambiente, generados por dichos productos.

A partir del año 2005, la UNESCO ha publicado lineamientos sobre bioética en investigación en seres humanos, el uso de material genético y el consentimiento informado, sin embargo se requiere aún de la participación conjunta de médicos, científicos, legisladores, economistas y sociedad en general, para la generación de políticas públicas que permitan un mayor y más justo acceso a la salud: se necesita que esas medidas propicien una cultura del autocuidado y responsabilidad sobre la propia salud y el medio ambiente.

La oncología moderna debe incorporar a la bioética como parte de sus actividades, no solo en la toma de decisiones clínicas que proporcionen el tratamiento adecuado, sino favoreciendo políticas públicas que los hagan accesibles a todo enfermo que así lo requiera.

La oncología moderna tiene frente a sí un enorme reto, al asumir que el éxito médico y científico, que se ofrece hoy, también se acompañe de la integridad ética.

La Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO), consciente de la gran responsabilidad que tiene entre sus asociados y con la población que ha recibido, recibe y recibirá un manejo oncológico integral, multidisciplinario, oportuno, eficiente y suficiente, revisará periódicamente el tema de la bioética, para así orientar y reforzar un trato humanístico a nuestros pacientes.

## Referencias

1. Gracia D. Los retos de la bioética en el nuevo milenio. En: *La bioética y el arte de elegir* (p. 27-59). 2.ª edición Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2014. p. 27.
2. Ramsey P. *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*. New Haven: Yale University Press; 2002. p. 225.
3. Emmanuel E. ¿Qué hace que la decisión clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; p. 85.
4. Cabré Pericas L, Lecuona I, Abizanda R, et al. *Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias*. *Med Intensiva*. 2009;33:393-402.
5. Gracia D. *Ibidem* p. 29.

Maricruz Pérez Amador del Cueto<sup>a,\*</sup>  
y Francisco Javier Ochoa Carrillo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Área de Anestesiología, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

<sup>b</sup> Área de Cirugía Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

\* Autor para correspondencia. Av. San Fernando n.º 22, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan 14080, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: [marix\\_pc@yahoo.com.mx](mailto:marix_pc@yahoo.com.mx)  
(M.P. Amador del Cueto).