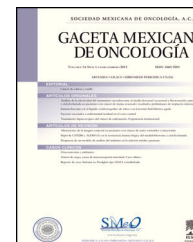




SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético



Alejandro Weber Sánchez*

Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac, Naucalpan de Juárez, México

Recibido el 2 de agosto de 2016; aceptado el 12 de agosto de 2016

Disponible en Internet el 7 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Consentimiento
informado;
Ética;
Relación
médico-paciente

Resumen Comprender la esencia ética del consentimiento informado eleva la calidad de la atención, mejora la relación con el paciente y permite un mejor desarrollo de la práctica, especialmente en Oncología. Considerar al enfermo como persona y respetar su esencia como único ser vivo dotado de inteligencia y voluntad libre, lo que le confiere su dignidad, es fundamental para este proceso que genera grandes responsabilidades para el médico y el paciente en una asociación mutuamente respetuosa basada en la confianza, que tiene uno de sus puntos culminantes en el consentimiento bajo información, entendido como la aceptación libre de una persona para decidir sobre un acto médico, diagnóstico o terapéutico, después de haber sido informada al respecto por su doctor. Esto va más allá de solo reconocer el derecho a su autonomía para aceptar la atención y es un paso gigantesco de la evolución de la relación entre ambos que traspasa y supera antiguas visiones como el paternalismo o el reduccionismo de llevarlo a cabo por cumplir con un ordenamiento legal.

En esta revisión se consideran varios aspectos, no solo históricos y jurídicos, sino que básicamente se plantea como una reflexión sobre los motivos y la forma de llevar a cabo este proceso clínico, como un diálogo continuo entre el médico y el paciente, que es sin duda un arte que debe ser cultivado y que contribuye a la elaboración del consentimiento bajo información de manera ética en una época compleja que presenta retos especiales en la práctica médica y especialmente en Oncología.

© 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/>).

KEYWORDS

Informed consent;
Ethics;
Physician-patient
relationship

Informed consent in oncology. Reflections on its ethics

Abstract Understanding the ethical nature of informed consent enhances the quality of care, improves the physician-patient relationship, and clinical practice, especially in Oncology.

To appreciate patients as individuals and respect their essence as a unique living being endowed with intelligence and free will, a fact that gives them dignity, is essential

* Autor para correspondencia. Vialidad de la Barranta s/n Consul. 410, Col. Valle de las Palmas, C.P. 52788 Huixquilucan, Edo. de México, México. Teléfono: +52 (55) 52469527; Celular: +52 5543504996.

Correo electrónico: awebersanchez@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.08.003>

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/>).

to this process. This entails responsibilities for both the doctor and the patient in a respectful partnership based on confidence, which has the informed consent as one of its highlights, understood as the free acceptance of a patient to decide about a therapeutic or diagnostic procedure, after being informed of it by the physician. This goes beyond recognising patient freedom to accept medical treatment, and is a giant step in the evolution of the relationship between them that transcends and surpasses old visions.

This review is about historical and legal aspects, and a reflection about why and how to perform this part of the clinical process as a continuous dialogue between physician and patient, which is definitely an art that must be cultivated and contributes to the ethics of the informed consent within the special challenges of Oncology.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fundamentos

Para algunos médicos el consentimiento informado es un fastidio, una imposición; para otros, un atentado a su autoridad y libertad prescriptiva; para algunos más, un requisito que no hace más que complicar las cosas. Sin embargo, comprender la esencia ética de este aspecto del acto médico no solo eleva la calidad de la atención, sino que sin duda mejora la relación con el paciente y permite un mejor desarrollo de la práctica, especialmente en la Oncología por los aspectos que la distinguen de otras especialidades, ya que aunque el cáncer pueda tener en muchos casos una evolución relativamente favorable, entre la población general sigue teniendo un carácter mítico de sentencia fatal¹. De este modo resulta no solo útil sino necesario hacer una reflexión sobre las actitudes y motivos para llevarlo a cabo, en otras palabras, sobre la ética de este proceso.

Partimos del hecho de que los médicos somos buenas personas, tenemos siempre buenas intenciones con el paciente, de que estamos preparados para lo que hacemos, que somos diestros y experimentados en nuestra ciencia y cumplimos con la definición clásica del médico: *vir bonus medendi peritus* (hombre bueno, experto en tratar). Sin embargo, aunque estos factores son importantes, faltaría para la ética ese ingrediente filosófico esencial sobre el que vale la pena detenerse. El comportamiento ético no es solo actuar como es debido, aunque por supuesto es el fundamento. El verdadero comportamiento ético no busca la utilidad, puede ser poco productivo e incluso acarrear inconvenientes, pero lo reconocemos como correcto, por ello lo calificamos de bueno y obramos en consecuencia con la obligación dictada principalmente por la conciencia, por esa intuición que llamamos *ley moral natural*, más que por instancias externas, de ahí que, como comenta Pardo en su artículo, Escribonius Largus, médico del emperador romano Tiberio Claudio en el siglo I, complementara la definición del médico agregando a lo anterior 2 características: *plenus misericordiae et humanitatis* (lleno de misericordia y humanidad)².

Entender la humanidad para aplicarla al consentimiento bajo información requiere también ponderar el marco antropológico como guía que permite focalizar a la persona como

el criterio central del actuar. Más ahora, cuando la ética pareciera ser variopinta, con diferentes corrientes entre las que elegir de acuerdo con lo que más convenga, dependiendo de si en el centro de la consideración se coloca, en lugar del ser humano, la libertad, la utilidad, determinados principios o el «bien social»³. Por supuesto aunque todos estos aspectos son importantes en sí mismos, son secundarios a la consideración de la persona como elemento fundamental para la evaluación de los actos éticos. Basta reflexionar sobre su esencia, que nos permite reconocer en ella el mayor valor, por ser el único ser vivo dotado de inteligencia y voluntad libre, lo que le confiere su dignidad ontológica independientemente de que pueda comportarse de acuerdo con esta o no. Sin embargo, también hay que considerarla en su multidimensionalidad tanto física como psicológica, social y espiritual, dimensiones que, aunque inseparables, se manifiestan en forma diversa, por lo cual cada persona es única, irreplicable, insustituible e indisponible.

Por otra parte, es importante recordar que el médico con vocación busca uno de los fines más elevados a los que pueda aspirar el hombre, que es ser defensor y promotor de la vida y la salud del prójimo o, cuando menos, hacer menos penosa su enfermedad, acciones que permiten el desarrollo y perfección tanto del que padece como del doctor, de manera no solo física sino metafísica. Tanto uno como otro son con-necesarios: el primero necesita al segundo para curarse y continuar con su vida y este a su vez necesita al enfermo para ejercer su profesión y desarrollarse en ella, ser quien es y ganarse la vida⁴.

No hay relación profesional más intensa e íntima, aunque es evidente la asimetría entre ambos, dado que la condición del enfermo lo sitúa en desventaja y requiere del médico para conseguir el bien preciado de la salud, y este tiene los conocimientos que en general permiten devolvér-sela o saber cómo actuar para aminorar los estragos de la enfermedad, por lo que se generan grandes responsabilidades para ambos en una asociación mutuamente respetuosa basada principalmente en la confianza, relación que describió el maestro Chávez como «una confianza que se entrega a una conciencia», en la que el médico pone lo mejor de su conocimiento al servicio del paciente y este acata las

indicaciones, cumple fielmente sus prescripciones y retribuye al médico.

Perspectiva histórica

Con este panorama en mente, resulta más fácil comprender la magnitud de este compromiso que tiene uno de sus puntos culminantes en el consentimiento bajo información, entendido como la aceptación libre de una persona que se encuentra con capacidad para decidir por un acto médico, diagnóstico o terapéutico, después de haber sido informada al respecto por su doctor, lo cual va mucho más allá de solo reconocer el derecho a su autonomía para aceptar la atención. Es un paso gigantesco de la evolución de la relación entre ambos actores, que traspasa y supera antiguas visiones como la de los médicos griegos clásicos, para quienes la participación del paciente era considerada indeseable, ya que su tarea primaria era inspirar confianza en el enfermo, la cual podría erosionarse de revelar posibles dificultades en el tratamiento⁵. La antigua visión simplista que consideraba que el aquejado por la enfermedad no tenía la capacidad moral de tomar decisiones correctas, por lo que correspondía al facultativo decidir por él en cuestiones que afectaban su salud, más aún cuando el médico se consideraba con la capacidad de «gratificar-curar» al enfermo y evitarle dolor por las malas noticias, por lo que el enfermo tenía la obligación de dejarse gratificar-curar por él, aceptando sus decisiones y órdenes como las más acertadas⁶. O el paternalismo bien intencionado que por siglos guió a médicos de buena fe, que asumían que el enfermo necesariamente pasa por un estado de disminución en su autonomía que le inflige la enfermedad. Lo consideraban como el débil, el que no tiene firmeza, el que no puede tomar decisiones y, por lo tanto, teniendo los médicos los conocimientos para ayudarlo, toman decisiones por él para evitarle el mal añadido que es informarlo sobre su padecimiento, y lo mantenían ignorante de ciertos aspectos, ejercitando el cuidado de sus intereses aun a costa de su autonomía y de que pudiera tomar decisiones sobre su propia vida⁷. En este tipo de relación el buen paciente es aquel que obedece y se entrega sin dudas, que no cuestiona ni protesta.

Quizá la primera referencia al consentimiento de una curación se encuentre en los Evangelios, cuando Cristo tiene la delicadeza de preguntarle al ciego de nacimiento lo que quiere que haga por él antes de curarlo⁸.

Es triste que los primeros antecedentes históricos en la época moderna se hayan derivado a consecuencia de las atrocidades que se dieron en los campos de concentración en la Segunda Guerra Mundial, con el supuesto de que era ciencia médica, y que precisaron juicio y castigo público a los criminales y por los cuales la comunidad científica reconoció la necesidad de elaborar un documento estatutario que evitara en el futuro situaciones similares. Por ello se elaboró el Código de Núremberg en 1947 que desde su artículo inicial indica: «La persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza y deberá tener información y conocimiento suficiente de los elementos... de

modo que pueda entender lo que decide»⁹. Años más tarde, la Asociación Médica Mundial refrendó esta posición en la Declaración de Helsinki para la protección de las personas en cuanto a la investigación médica, resaltando la obligación de informar y obtener este libre consentimiento de las personas que deseen participar en estos proyectos¹⁰. Sin embargo, los abusos continuaron y más de 30 años después, debido a los atropellos escandalosos de Tuskegee, Willowbrook y otros, el informe Belmont formuló más concretamente, no solo como garantía de actuar de buena voluntad en beneficio de los individuos que se encuentran participando como sujetos en una investigación biomédica, sino abarcando también la práctica médica, que hay que actuar de acuerdo con principios éticos básicos como el respeto por las personas, especialmente en cuanto a su derecho a decidir, actuando siempre con justicia y en atención a su beneficencia¹¹.

Por supuesto, el consentimiento informado es un derecho que se reconoce con base no solo en la autonomía del paciente sino en la elemental justicia, del cual existen antecedentes jurídicos históricos específicos desde principios del siglo pasado, principalmente en la ley estadounidense, que han formado jurisprudencia para resoluciones legales en procedimientos quirúrgicos que no contaban con consentimiento apropiado, cuyo fundamento común es la «manipulación» no autorizada de una persona por otra. Uno de los principales y más sonados ejemplos es el juicio Schloendorff contra la Sociedad del Hospital de Nueva York en 1914, en el cual el juez Benjamín Cardozo estableció: «cada ser humano adulto capaz tiene derecho a determinar lo que puede ser hecho en su propio cuerpo; y un cirujano que efectúe una operación sin el consentimiento del enfermo comete un delito por el cual es demandable por daños...»⁵. En 1972 en el juicio de Canterbury contra Spence en Washington, la corte estableció que el consentimiento por lo menos debe contener 6 requisitos para que la información sea adecuada: la persona debe ser consciente del diagnóstico, estar enterada de cualquier procedimiento diagnóstico necesario para obtener el diagnóstico, que el procedimiento quirúrgico sea descrito de manera que comprenda lo que se va a realizar, informada de cualquier riesgo inevitable que entrañe la cirugía, sus efectos colaterales, complicaciones y evolución esperada, de todos los posibles métodos alternativos de tratamiento tanto médicos como quirúrgicos y, por último, que los resultados esperados y las probabilidades de éxito sean discutidas en suficiente detalle antes de la cirugía⁵.

En México no fue sino hasta el año de 1986 cuando apareció la regulación del consentimiento informado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que en el artículo 80 establece: «En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico y terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente»¹². Por lo cual es necesario estar conscientes de que la autorización inicial que se recaba al ingreso al hospital no excluye la necesidad de

recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente, ya que cada procedimiento tanto diagnóstico como terapéutico tiene sus propias particularidades y aquel debe estar enterado y dar su aceptación.

También la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico exige el consentimiento informado y la Carta de los Derechos Generales de los pacientes en 3 de sus puntos comenta el derecho de estos a recibir información y en el punto 3 establece específicamente: «El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad»¹³. Por lo tanto, su obtención desde el punto de vista jurídico tanto en México como en la mayoría de los países es obligatoria y requiere de una manifestación exterior evidenciable que es el documento firmado, que hace expresa esta voluntad razonada con base en la información recibida. No tenerlo constituye una falta grave que puede generar responsabilidad desde el punto de vista administrativo, civil e incluso una violación de derechos humanos. Por el contrario, su obtención apropiada y válida constituye para el médico una defensa legal importante, sin ser tampoco un salvoconducto que libera de responsabilidad en caso de mala práctica.

Sin embargo, no obstante ser un derecho del paciente y una obligación del médico observar este cumplimiento, un análisis de los expedientes de las quejas concluidas en la CONAMED relacionadas con personas que ingresaron a cirugía, la carta de consentimiento bajo información no se encontró en el 23% de los expedientes clínicos de las instituciones de seguridad social, en el 10% de los servicios de salud para no asegurados y en el 40% de los hospitales privados¹⁴. Desafortunadamente este incumplimiento se facilita más en la sociedad mexicana, en la que se identifica a la enfermedad y más a los padecimientos oncológicos, como apunta Tena, con una especie de fatalismo cósmico que hace que los enfermos no quieran ejercer su responsabilidad ya que aun ahora, en esta época de suspicacia y demandas, depositan toda su confianza en el médico, en términos de «me pongo en sus manos»¹⁴. Y el problema de su obtención en forma apropiada es una condición generalizada en muchos países. Un estudio conducido por Herrero et al. de encuestas entre médicos y pacientes en un hospital universitario de Alcalá de Henares reveló que solo el 25.8% de los profesionales consideraban el consentimiento como imprescindible en la práctica médica, casi el 80% refirieron ofrecer explicaciones, pero solo el 44.3% de los pacientes confirmaron este hecho, además de que aproximadamente 2/3 partes en ambos grupos reveló que el proceso se realizaba mediante la lectura que el enfermo hacía del documento¹⁵, lo cual evidentemente es una falla si no se acompaña de toda la parte comunicativa previa, que es sin duda la parte esencial.

Pero como comenta Casa Madrid, es un error considerar el consentimiento bajo información como un contrato. Este equívoco favorece el rechazo a su cumplimiento en la práctica médica. Se trata de un acto de asentimiento, es decir de aceptación: consentimiento viene de las raíces *cum* [con] y *sentire* [sentir], que significa el acuerdo entre 2 o más voluntades sobre la misma cuestión y, de acuerdo con De Lorenzo

y otros, refuerza que: «sería un error estimar que la doctrina del consentimiento informado es un elemento extraño a la práctica médica, un requisito impuesto por el derecho, que lo único que supone para el médico es mayor burocracia, trabajo y pérdida de tiempo, sino que, por el contrario, trata de devolver a la relación médico-enfermo su pristino significado de relación de confianza frente a la tantas veces denunciada deshumanización de la medicina en general y de la relación médico-paciente más especialmente»¹⁶.

El valor ético del consentimiento informado

Se trata de una de las aportaciones más valiosas a la práctica médica, que más que un acto jurídico es simplemente un acto humano, de comunicación específica entre 2 personas, cada una con su formación, su estructura caracterológica, su entorno, sus objetivos y necesidades. La información es parte esencial, lógica y justa para cualquier elección, más aún tratándose de esta decisión personalísima que tiene que ver con la vida, no solo desde el punto de vista legal sino principal y eminentemente médico. Es abrir el camino del diálogo y la razón. Va mucho más allá de solicitar y recabar la firma en un documento, es un acuerdo *intuitu personae*, entre el enfermo y el médico tratante que, por ello mismo, salvo casos de excepción, no debiera ser recabado más que por el mismo médico después que este le ha explicado lo que requiere a su paciente, sin trasladar esta responsabilidad a ningún otro miembro del equipo de salud.

De aquí que la actitud para realizar este proceso es fundamental, es reconocer el valor absoluto de la vida y la dignidad del otro, su finalidad propia que da sentido a su existencia y lo hacen único e insustituible, con respeto a su inteligencia y voluntad libre, base de toda la filosofía kantiana y de la ética. Considerar al enfermo no solo como un participante activo del proceso, sino como el dueño auténtico de la decisión final. Y si el médico es sincero al reconocer, respetar y apreciar a la persona que encarna el enfermo, lo asume y lo refleja en este acto, y este lo percibe claramente y lo agradece por la seguridad y tranquilidad que le proporciona quien así lo trata, al asentir y plasmar su consentimiento en un documento que muestra la parte activa que ha tomado y por la cual se vuelve corresponsable en esta alianza terapéutica que se da en su beneficio. Desgraciadamente, la realidad es que a veces la actitud que percibe el enfermo es otra, porque esa es la actitud que tiene el médico, como lo demuestra el resultado del citado estudio de Herrero en el cual en la opinión de 2/3 partes de los enfermos encuestados, el objetivo de los formularios de consentimiento es la protección del médico.¹⁵

Por ello el consentimiento informado es también un acto de honestidad que no podemos eludir y que debe percibir el enfermo para generar su confianza. Un rasgo de humildad que no debería faltar en ningún profesional que conoce sus limitaciones y que está consciente de que, a pesar de su experiencia y de haber realizado todo de acuerdo con la *lex artis*, las cosas pueden no salir como se planean, más aún cuando sabemos que los tumores malignos no siempre se comportan igual en una persona que en otra, que para un mismo problema puede haber diferentes opciones que modifican continuamente las posibilidades para el tratamiento que el médico puede ofrecer y por las que la persona

afectada puede optar. La Oncología es un ejemplo claro en la Medicina de que lo que una vez fuera considerado como tratamiento quirúrgico aceptado, hoy es una solución obsoleta y de que existen posibilidades menos agresivas y más efectivas para el manejo del mismo padecimiento¹⁷. Por otra parte, el avance de la enfermedad tumoral, la edad de la persona, su estado nutricional, la presencia de otras enfermedades concomitantes, cirugías o radioterapia previa y los cambios que induce la quimioterapia en su estado, son factores únicos y personales que cambian las posibilidades de éxito, los riesgos y el pronóstico de una cirugía determinada, por lo cual en general los cartabones y formatos únicos de consentimiento no son apropiados, a menos que se adecuen para el caso de esa persona en particular: debe haber un balance adecuado y concordancia entre lo que se expresa con el paciente y lo que refiere la carta del consentimiento¹⁸.

Brindar información clara y suficiente para explicar, especialmente al paciente con cáncer y a sus familiares, las posibilidades que existen, en lo que consisten, las expectativas de éxito, así como sus riesgos inherentes y las posibles complicaciones que se pueden presentar, y orientarlo en sus dudas¹⁹, dejándole la posibilidad de decidir, tiene como objetivo tranquilizar, no asustar ni mostrar una carta de riesgos con la sentencia: «y se puede morir»¹⁴. No debemos caer en el entorno vicioso de la medicina defensiva, ni, por el contrario, omitir que la enfermedad es incurable²⁰ y transmitir falsas esperanzas, sino mostrar la verdad en la medida de nuestras posibilidades y de la capacidad de comprensión de aquel, resolverle sus dudas e inquietudes de manera lo más objetiva posible para que ejerza su libertad responsablemente y otorgue su permiso o su disenso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio, asumiendo de esta manera todos un compromiso.

Dar información suficiente y completa no es sencillo, pues se puede caer en los extremos de los tecnicismos exhaustivos de la medicina defensiva muy frecuente en los países sajones, enajenados por las demandas absurdas que solo confunden más que aclaran las cosas o, por otro lado, proporcionar solo algunos datos sucintos sin sentido con el objetivo de cumplir apenas con la obligación de recabar las firmas²¹. La información debe ser la necesaria, relevante, objetiva y debe ser expresada de manera clara, con sentido humanitario, especial para el caso de cada enfermo, para que pueda tomar sus decisiones sin necesidad de aumentar el temor comprensible de la persona afectada por un tumor, considerando la angustia y situación de quien recién recibió una noticia terrible, y comprender la dificultad para decidir lo que sigue en su vida. Muchas personas después de la noticia del diagnóstico de un tumor maligno se bloquean y captan mucho menos que otros enfermos: hay estudios que han mostrado que entre el 60 y el 75% de aquellos a quienes se diagnostica una enfermedad metastásica piensan que pueden ser curados, lo cual puede influir en la toma de decisión, particularmente del tratamiento oncológico, que puede tener efectos colaterales importantes y afectar su calidad de vida^{22,23}. Especialmente cuando el manejo es paliativo, es importante que el paciente así lo capte, evitando interpretaciones equivocadas. Por ello es importante que el médico considere el momento más adecuado para continuar con la información del plan terapéutico para que el paciente la asimile y pueda otorgar conscientemente su

aceptación. También debe tener claro que el tiempo que debe dedicar a explicar es diferente para cada persona y a cada una hay que darle el que requiera, incluyendo la oportunidad para aclarar dudas y contestar las preguntas que como es lógico surgen en esta etapa²⁴. En ocasiones la creatividad respetuosa, tomando en cuenta la diferente sensibilidad de cada uno, permite la utilización de materiales educativos o de otros recursos para ayudar a los pacientes a entender mejor sus opciones y al mismo tiempo permite concretar y facilitar el proceso²⁵.

Por otra parte, especialmente el oncólogo se encuentra en ocasiones con el caso del paciente que no quiere ser informado ampliamente de su enfermedad, decisión que debe ser respetada. Pero en esa situación, el consentimiento informado debe ser expresado claramente y es conveniente que el responsable legal o el familiar más cercano sea el que esté completamente enterado del proceso y asiente también su firma en el documento.

Por último, la forma de llevar a cabo este proceso es sin duda un arte que debe ser cultivado y que empieza desde la primera impresión que causa el médico en el paciente en la primera consulta, en la que debe transmitir a la vez realismo y esperanza²³. A partir de su apariencia, su actitud, su lenguaje y sus palabras, el paciente incrementa su confianza sin fomentar una dependencia negativa²⁶, lo cual requiere de toda nuestra sensibilidad, habilidad y conocimientos. Cada facultativo tiene su propio estilo de acuerdo con su personalidad, y debe evitar no solo el error de convertirlo en rutina burocrática, o realizarlo en forma defensiva, fría y distante, sino de caer en vicios concretos como mentiras, persuasión impropia para la obtención de la firma, de manera que no se dé margen a la elección (como cuando se pretende que el paciente firme el documento cuando ya se encuentra en la antesala del quirófano, algunas veces incluso bajo los efectos de la medicación preanestésica), o la manipulación que se puede dar más fácilmente por la naturaleza de la enfermedad maligna, en las ocasiones en que el médico dice al paciente «tiene una bomba de tiempo» o peor aún, la coacción que utiliza algún tipo de violencia o amenazas disimuladas que condicionan la atención.

Por todo ello, el consentimiento bajo información requiere el ejercicio clínico cotidiano de un diálogo continuo entre el médico y el paciente, en el que este último sabe qué es lo que está ocurriendo y, hasta cierto punto, como menciona Lifshitz, lo que está discurriendo la mente del clínico es una labor conjunta para buscar e instrumentar entre ambos la mejor solución al problema²⁷.

Como reconoce Fernández del Castillo, las circunstancias por el detrimento y desgaste de esta relación que antaño fue más dichosa han obligado a que este compromiso se tenga que formular por escrito: las circunstancias actuales así lo exigen, esto acrecienta la transparencia y es una defensa para la restitución de la salud. El documento, parte final de todo este proceso, revocable mientras no inicie el procedimiento, es el elemento que testimonia el compromiso bilateral.

La libertad prescriptiva que tiene el profesional que presta sus servicios de acuerdo con su leal saber y entender en beneficio del enfermo, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, no interfiere con la autonomía del paciente; una vez que este ha dado su autorización para ser tratado mediante algún procedimiento que por supuesto

entraña riesgos, el médico toma sus propias decisiones de acuerdo con las condiciones de la persona que atiende en cuanto a modo, tiempo y lugar, lo que le permite ejercer su labor también con la confianza, la libertad y tranquilidad de conciencia que ha permitido este acuerdo¹⁴. No obliga al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entraña un riesgo injustificado hacia el enfermo, ya que si durante una intervención se juzga necesario para su beneficio realizar algún procedimiento para el cual no se había solicitado el consentimiento, el médico está obligado y autorizado a hacerlo¹⁴.

Para muchos médicos, el proceso de explicar el padecimiento así como el plan terapéutico no es algo nuevo y realizan este paso con gran maestría, con base solo en el sentido común de lo que es una buena *praxis* médica y la consideración primaria del bienestar de la persona que atienden, aun a pesar de que antes no era requerido jurídicamente. Sin embargo, desde hace 3 décadas de su establecimiento en la reglamentación mexicana, el cumplimiento de esta obligación ha tomado a muchos desprevenidos, con falta de preparación específica en este sentido, ya que aunque el consentimiento informado está contemplado en la mayoría de los planes de estudio como un tema específico, pocas facultades de Medicina se esfuerzan en que los alumnos capten su sentido profundo y enseñan el arte de cómo realizar este proceso.

No se puede dejar de reconocer que las condiciones en la actualidad para la práctica médica son diferentes a lo que era hace algunos años y que el entorno se ha enrarecido por la complejidad actual de la estructura sanitaria, que complica la relación entre el médico y el paciente. Vivimos en una época en la que este en ocasiones se torna un consumidor con información deformada a través de la web o de opiniones no autorizadas, con expectativas poco reales; que considera la salud como otro bien cualquiera de los que le ofrecen los medios de comunicación masivos y considera al médico como otro proveedor de servicios más; que busca, especialmente en los problemas oncológicos, segundas o terceras opiniones en ocasiones incluso no calificadas, con el daño que esto implica para él mismo, para atender finalmente, en algunos tristes casos, a charlatanes que ofrecen curaciones o tratamientos milagrosos. Por otra parte, el ambiente actual para esta relación es ahora menos favorable: reconocemos que las instituciones hacen recaer en muchas ocasiones toda la responsabilidad solo en el médico, lo que empeora el entorno, con propuestas legislativas absurdas que eluden el problema de la desproporción entre los recursos y la demanda de servicios médicos y hacen a un lado el hecho de que el cuidado de la salud y la aplicación de medidas curativas son parte de un complejo sistema, un todo unificado, donde el médico, si bien la figura más visible, es solo una parte y en el cual todos los participantes comparten responsabilidades²⁸⁻³¹.

Todos estos factores y otros más de la evidencia empírica cotidiana contribuyen a desmoralizar, hacen más penoso y angustiante el cuidado de los enfermos y tienden a obstaculizar el buen desarrollo de la medicina, por lo que se hace indispensable esta reflexión ética que motiva a retomar la vocación que da sentido a la vida del médico, sus valores morales, intuiciones, creencias y razonamientos, teniendo siempre en mente como primera instancia la dignidad y el altísimo objetivo, lo que obliga a continuar con ánimo esta

noble práctica de cuidar la vida de las personas y de cada persona, considerada como ser corporal y espiritual semejante al médico, aun en medio de los retos existentes³².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Cereijo SE, Llovo GM, Ordóñez NM. El consentimiento informado y el paciente oncológico. *Cuad Bioética*. 1998;9:55-63. Falta liga web.
2. Pardo A. La ética en la Medicina. *Pers Bioet*. 2011;15:166-83.
3. Tarasco MM. Diversas posturas filosóficas que influyen en el razonamiento bioético. En: Kuthy P, Villalobos P, Martínez G, Tarasco M, editores. *Introducción a la Bioética*. 3.ª ed. México: Méndez Ed; 2009. p. 13-43.
4. Del Castillo FC. El consentimiento informado: Aspectos filosóficos del acto médico. *Rev CONAMED*. 2004;9:11-3.
5. Murray PM. The history of informed consent. *Iowa Orthopaed J*. 1990;10:104-9.
6. El consentimiento informado en oncología. 2016. Disponible en: <http://mural.uv.es/barna/EL%20CONSENTIMIENTO.htm>
7. Komrad MS. A defense of medical paternalism: Maximising patients's autonomy. *J Med Ethics*. 1983;9:38-44.
8. Lc 18:35-43.
9. Shuster E. Fifty years later: The significance of the Nuremberg Code. *NEJM*. 1997;337:1436-40.
10. World Medical Association: Declaration of Helsinki. Recommendation guide and doctors in clinical research. *World Medical Journal*. 1964;11:281.
11. Informe Belmont: Principios y guías para la protección de los sujetos humanos de investigación. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. 2003. [consultado 23 Sep 2016]. Disponible en: www.unav.es/cdb/usotbelmont.html
12. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión: Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud. 2011. [consultado 23 Sep 2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg.LGS_MPSS.pdf
13. Secretaría de Salud. Carta de los Derechos generales de los pacientes. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2002;16:170-172.
14. Tena TC. El consentimiento informado en la práctica médica. *Rev CONAMED*. 2004;9:8-10.
15. Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Rev Calid Asist*. 2001;16:706-13.
16. Casa Madrid MO. Origen del consentimiento bajo información. *Rev CONAMED*. 2004;9:14-22.
17. State M, Briceag I, Popescu B, Scăunașu R, Armean P. Ups and downs in physician - cancer patient relationship. *J Med Life*. 2015;8:37-40.
18. Koyfman SA, Reddy CA, Hizlan S, Leek AC, Kodish AE. Informed consent conversations and documents: A quantitative comparison. *Cancer*. 2016;122:464-9.
19. Schachter M, Fins JJ. Informed consent: A doctrine in the service of cancer care. *The Oncologist*. 2008;13:1109-13.
20. Miller VA, Cousino M, Leek AC, Kadish ED. Hope and persuasion by physicians during informed consent. *J Clin Oncol*. 2014;32:3229-35.
21. Manuell LG. El consentimiento válidamente informado en la práctica médica. *Rev CONAMED*. 2004;9:3-5.
22. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects

- of chemotherapy for advanced cancer. *N Eng J Med*. 2012;367:1616-25.
23. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*. 2005;23:1278-88.
24. De Albuquerque PD, de Araujo LZ. Information to the patient with cancer: The oncologist's view. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57:142-50.
25. Sinja G. Decision aids help patients but still are not widely used. *News. JNCI*. 2014;106.
26. Dekking SA, van der Graaf R, Schouten-van Meeteren AY, Kars MC, van Delden JJ. A qualitative study into dependent relationship and voluntary informed consent for research in pediatrics. *Pediatr Drugs*. 2016;18:145-56.
27. Lifshitz GA. El consentimiento informado: Aplicación en la práctica médica. *Rev CONAMED*. 2004;9:22-5.
28. Bogner MS. *Human error in medicine*. Hillsdale NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1994.
29. Vázquez VE. Cómo evitar la iatrogenia. En: Arrubarrena AV, Gutiérrez SC, editores. *Iatrogenia en Cirugía General*. México: Asociación Mexicana de Cirugía General. Quadrata Servicios Editoriales; 2001. p. 117-8.
30. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*. 1991;265:2089-94.
31. Weber SA. Análisis de la morbilidad, mortalidad y eventos adversos en los hospitales. Caso integrador. México: Universidad Anáhuac; Jun 2010.
32. De Vries MC, Houtlosser M, Jan M, et al. Ethical issues at the interface of clinical care and research practice in pediatric oncology: A narrative review of parents' and physicians' experiences. *BMC Medical Ethics*. 2011;12:18.