

---

# Bioética y cáncer

---

A. Puyol

Facultat de Filosofia i Lletres, Universitat Autònoma de Barcelona

---

**Resumen:** *La práctica actual de la medicina está íntimamente vinculada a la necesidad de respetar los valores y los principios fundamentales de la bioética. El avance tecnológico médico, la reclamada equidad en el acceso a los servicios sanitarios, el respeto a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de los pacientes, así como las normativas recientemente publicadas son factores, entre otros, que han contribuido significativamente al auge de la bioética en el ámbito asistencial. En éste se pueden incluir los aspectos bioéticos que afectan de manera específica al enfermo oncológico. Este artículo desarrolla las principales reflexiones en torno al paciente con cáncer a partir de los principios de la bioética. Como es lógico, el debate no sólo involucra a los propios pacientes, sino también a su familia y a los profesionales sanitarios que le atienden, y se comentan las relaciones y conflictos que se establecen entre ellos. Para el caso concreto de enfermería, adquiere interés especial la llamada ética del cuidado. En definitiva, no siempre resultará sencillo ofrecer el trato más adecuado a los enfermos oncológicos. Para poder mejorar la calidad de las respuestas éticas de los profesionales sanitarios será necesario reflexionar sobre los avances de la bioética en la sociedad actual.*

**Palabras clave:** Autonomía – Oncología – Cuidados paliativos – Consentimiento informado.

---

A nadie se le escapa que la bioética es hoy día una disciplina y una exigencia más de la relación clínica. Ha costado que sea asumida por la profesión médica como parte de sus obligaciones, pero ya nadie puede decir que es posible ser un buen médico o practicar una medicina de calidad sin respetar escrupulosamente los valores y los principios fundamentales de la bioética.

Las razones que han llevado hasta esta situación son varias. En primer lugar, en las últimas décadas la tecnología médica ha experimentado un salto de enormes proporciones. Los descubrimientos en genética, las técnicas de reproducción asistida, las técnicas del mal llamado mantenimiento artificial de la vida, o

los trasplantes, entre otras muchas posibilidades, han acelerado los debates y los dilemas bioéticos hasta un punto casi de saturación. Tanto los profesionales de la medicina como los mismos enfermos y la opinión pública en general viven inmersos en una vorágine de novedades tecnológicas relacionadas con la salud, que hace difícil asimilar las actitudes y las decisiones bioéticas adecuadas que las deberían acompañar. Y su difusión en los medios de comunicación, ávidos de trasladar a la opinión pública todo tipo de innovaciones tecnológicas relacionadas con la medicina, no hace sino contribuir a un cierto desasosiego generalizado con respecto a qué debemos hacer con todo eso en nuestras manos. En

este escenario se produce la paradoja de que la reflexión ética, que debería ejercitarse con calma, queda normalmente superada por la premura y la exigencia social cada vez que un nuevo avance espectacular de la tecnología médica sacude nuestro mundo conocido de seguridades morales. ¿Qué hacer con la clonación terapéutica, con la investigación con células madre, con la redefinición de la muerte que viene instigada por la necesidad de trasplantes, con la desconexión vital que solicitan los familiares para los enfermos incapaces, con los medicamentos básicos que no llegan al tercer mundo, etcétera?

En segundo lugar, toda esa nueva tecnología viene acompañada de un encarecimiento generalizado, que tiene el efecto paradójico de que cuantos más descubrimientos realizamos para mejorar la salud de los enfermos, más alta es su factura económica, y por tanto más inequidad puede provocar su acceso restringido al conjunto de la población. Esta circunstancia conlleva la necesidad de racionalizar los recursos limitados de la sanidad, con los problemas éticos que ello supone: ¿a qué enfermos priorizar?, ¿qué servicios médicos son más importantes?, ¿qué debe entrar en las prestaciones públicas y qué debe dejarse, en cambio, al albur del mercado?, ¿qué lugar debe tener el “copago”? En otras palabras, el encarecimiento de la medicina moderna remueve los cimientos éticos del sistema sanitario, y eso que el nuestro es de los más generosos y solidarios del mundo.

Un tercer factor que explica la explosión actual de la bioética es la entrada del principio de autonomía del enfermo en el mundo de los valores sanitarios. No deja de ser sorprendente que la libertad individual haya ido ganando todas las batallas de la esfera política, económica y social en los países modernos desde finales del siglo XVIII, y que el ámbito de la medicina haya sido el último en incorporar en sus prácticas la libertad de elección del individuo, y que aún lo haga a regañadientes en muchos sectores y profesionales.

Desde los inicios hipocráticos de la medicina occidental, la ética médica ha estado presidida por el principio de beneficencia, por la

idea de que hay que procurar en todo momento el bien del enfermo. Y, en todo caso, si no podemos hacer nada bueno por él, abstenerse de hacerle algo malo, o sea, respetar el principio complementario de la no maleficencia. Sin embargo, dicha ética médica, fuertemente anclada en la mentalidad y las prácticas médicas desde entonces, parecía inmune al aumento de la libertad que los individuos han estado experimentando en muchos otros ámbitos, como la política, la economía o las relaciones sociales. Era sólo cuestión de tiempo que el paternalismo médico abriese las puertas, como finalmente así ha sido, al principio de autonomía del paciente, a la necesidad de que se respete, y hasta que se fomente, la capacidad de los enfermos de decidir si aceptan o rechazan las indicaciones médicas que les afectan directamente, ya sea porque son sujetos de experimentación o porque son los destinatarios de tratamientos médicos.

El argumento de que el enfermo, por su condición de tal, no está suficientemente capacitado para saber lo que quiere o le conviene en relación con su salud, no se podía sostener por más tiempo en una cultura que ha hecho de la libertad y la autonomía de las personas el núcleo de su razón de ser y su desarrollo. La sumisión del enfermo a la autoridad del médico tenía que dar paso, tarde o temprano, a una relación más igualitaria, en la cual la autoridad se limita a la posesión del conocimiento médico, pero no al conocimiento sobre lo que es finalmente bueno para el enfermo. La decisión final sobre lo que conviene al enfermo compete a este último, tanto si quiere como si no (porque a veces el enfermo quiere seguir siendo tratado con el viejo patrón del paternalismo bienintencionado). La libertad es un derecho, pero en una sociedad liberal a veces nos olvidamos de que también es una obligación, y el enfermo no puede escapar a ella, aunque siempre puede utilizar su libertad para ponerse totalmente en manos de las decisiones del médico.

En cuarto lugar, la bioética ha surgido con fuerza debido también a otra de las características que presiden la sociedad moderna: la creciente pluralidad en todos los órdenes

normativos de la vida social. Ya no estamos ante la presencia social de una sola religión, de una única escala de valores, de una misma perspectiva cultural de los hechos relacionados con la salud, o incluso de una indiscutible manera de interpretar la relación clínica. El mundo es cada vez más plural, y al mismo tiempo esa pluralidad está más concentrada en todos los rincones de la sociedad. El resultado es que se hace imposible funcionar con una única ética médica impuesta al conjunto de la población.

Por esta razón, la bioética es hoy necesariamente laica. Ello no significa que médicos y enfermos no puedan compartir y relacionarse entre sí con una ética sustantiva, religiosa o no, en la cual confíen plenamente, pero ya no es de recibo que esa ética se imponga a todo el mundo o en toda relación clínica. La única ética que podemos esperar que domine el espacio público, incluido el espacio sanitario, es una ética laica, basada en los derechos humanos (acaso el único código ético universalmente aceptado en nuestros días) y en los valores que se desprenden de él: la libertad individual, la igualdad de oportunidades y un vago principio de solidaridad. Dichos valores o principios actúan a modo de una ética mínima, la única que podemos universalizar de verdad, que deja la ética de máximos (la que cada uno de nosotros lleva consigo para afrontar el conjunto de los problemas éticos de la existencia) exclusivamente para el ámbito de la privacidad. De otro modo, si pretendemos imponer nuestra particular ética de máximos a los demás o en el espacio público, sólo encontraremos una oposición férrea y paralizante y, también hay que decirlo, justificada.

En este marco sanitario de cambios tecnológicos rápidos, de encarecimiento constante de los recursos, de hundimiento del paternalismo y de pluralidad moral y cultural, la bioética se hace cada día más necesaria. Lo vemos en la creciente cultura de la autonomía con que los enfermos llegan a las consultas, en la proliferación de debates sociales sobre aspectos bioéticos polémicos, en las leyes sobre materia sanitaria que nuestros legisladores se afanan en elaborar (véanse las

recientes leyes sobre autonomía del enfermo, voluntades anticipadas, aborto, reproducción asistida, experimentación con embriones, etc.), en la inclusión de la bioética como una asignatura más del nuevo plan de estudios de medicina (aunque, curiosamente, su docencia se reserva en muchas ocasiones ¡a los forenses!) o incluso en la redefinición de los fines de la propia medicina.

Sin este ámbito general no se entenderían, como es obvio, los aspectos bioéticos que afectan específicamente al enfermo oncológico. Mi intención, a partir de ahora, es mostrar algunos de estos aspectos y deducir de ellos las preguntas bioéticas que más nos deberían interesar. Para ello podemos utilizar los principios de la bioética (la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia) como hilo conductor de la exposición.

La beneficencia consiste en buscar lo mejor para el paciente. ¿Pero qué es lo mejor? Lo lógico es pensar que lo mejor consiste en aumentar su salud. Sin embargo, aquí aparece uno de los primeros problemas de la ética médica: no siempre tenemos claro qué es la salud. La Organización Mundial de la Salud la define como un «completo bienestar físico, mental y social», lo que resulta bastante asfixiante para la actividad médica, puesto que es imposible que la medicina aporte un bienestar completo, ni siquiera físico. Podemos utilizar una definición más práctica de salud aludiendo al buen funcionamiento del cuerpo en armonía con la mente, pero las dudas nos asaltan de nuevo si nos preguntamos qué significa un buen funcionamiento, si es algo que podemos objetivar (según interpretan las concepciones más “biologicistas” de la salud) o si, para su adecuado entendimiento, debemos incorporar también la experiencia subjetiva del enfermo, su salud percibida. Tanto en un caso como en otro, sigue resultando difícil, si no imposible, determinar con precisión qué es la salud, y por tanto cuándo sabemos con certeza que estamos actuando en beneficio de la salud del paciente.

Una manera de enfocar el asunto consiste en desplazarlo hacia los objetivos de la medicina. Podemos pensar que, a pesar de no estar

completamente seguros de lo que es la salud, tenemos más claro cuál es el papel de la medicina. Pero también en este tema ha habido cambios en los últimos años. Tradicionalmente, la medicina ha tenido el cometido de curar a los enfermos y, si no es posible, entonces aliviar el dolor y el sufrimiento que causan las enfermedades. Recientemente, sin embargo, se han incorporado nuevos fines a la medicina con el objetivo de adecuarla a las necesidades y los intereses de la sociedad actual. Según el Informe del Hastings Center de Nueva York, la medicina, además de intentar erradicar la enfermedad, tiene otros objetivos de igual importancia: la prevención de las enfermedades y lesiones, la promoción y la conservación de la salud, el cuidado de los incurables, la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila. Estos nuevos fines de la medicina tienen mucho que ver con el cuidado del paciente oncológico, porque cuando la curación no es posible, la medicina no debería abandonar sus mejores esfuerzos por el paciente. El cuidado de los que no tienen curación, la atención a sus sufrimientos y, cuando llegue el caso, la facilitación de una muerte tranquila, son hoy día objetivos del trato médico que se debe dispensar a los enfermos tan importantes como los intentos de curación. En otras palabras, los cuidados paliativos de los enfermos oncológicos son tan importantes como los tratamientos curativos. Y tanto los médicos como los gestores y los políticos de la salud deben entenderlo así en esta nueva etapa de la medicina.

Y aquí aparece un nuevo reto ético: saber cuándo hay que ceder en los esfuerzos por utilizar tratamientos meramente curativos y cuándo, en cambio, hay que fortalecer los tratamientos más paliativos. Encontrar ese momento no es fácil, ni para el profesional, que a menudo le cuesta lo que tiende a interpretar como “tirar la toalla” de la curación, ni para el propio enfermo, que animado por los médicos heroicos y su propio instinto de supervivencia tampoco sabe cuándo ha llegado la hora de rendirse a la evidencia y de planificar el bienestar que su propio estado de salud y la medicina paliativa le pueden proporcionar

a partir de ese momento y hasta el final de su vida.

¿Quién tiene la última palabra sobre lo que la medicina puede hacer por un paciente? Naturalmente, el propio enfermo. Eso es lo que dice el principio bioético de la autonomía. Los enfermos tienen el derecho de rechazar los tratamientos médicos disponibles para él, y hasta de elegir, entre los que sus médicos le proponen, el que a su criterio más le conviene. Para ello, para que su autonomía sea real y no mera ficción, se deben dar tres requisitos: que el paciente esté perfectamente informado de todos los aspectos relevantes de su enfermedad, que no sufra coacciones y que sea mentalmente capaz para tomar decisiones importantes en su vida. Nuestras leyes a favor del derecho a la autonomía son cada vez más avanzadas. Sin embargo, la actitud de los facultativos, y a veces de los propios enfermos, no siempre está a la altura del fomento de ese derecho. Los primeros, porque la vieja tradición de imponer, aunque sea con buena intención, los criterios de actuación médica al enfermo no han desaparecido del todo. Y los segundos, porque muchos enfermos siguen educados y anclados en la relación clínica paternalista de siempre, y ven, en la libertad planteada por sus médicos, un cierto abandono antes que una oportunidad para su bienestar.

Mención aparte creo que merece el papel de la familia en la relación clínica, y en concreto en la relación con el enfermo oncológico. Afortunadamente, el estigma del cáncer ya ha sido abolido de nuestra sociedad, pero la costumbre de utilizar a la familia como intermediaria en la comunicación con el enfermo sigue vigente y, entre muchos profesionales sanitarios, diría que hasta boyante. ¿Por qué se sigue filtrando la relación con el enfermo a través de su familia en los casos en que éste “no ha dado su consentimiento” a ello? ¿Por tradición, por costumbre, por comodidad de los sanitarios, por indiferencia a los avances de la ética y las leyes médicas? Sea cual sea la respuesta, lo cierto es que en este asunto la bioética no tiene dudas: la familia es un pilar básico en la vida de todo individuo, pero sin la autorización expresa del enfermo no se debe

usar a los familiares como interlocutores en la relación clínica. Es cierto que la estructura familiar latina o mediterránea es mucho más grupal que, por ejemplo, la anglosajona, pero ese rasgo de nuestra cultura debe jugar a favor del bienestar del enfermo; no puede ser la excusa para anularle su individualidad y su derecho a la autonomía. También es cierto que muchas familias de culturas no occidentales suelen minimizar la individualidad y la autonomía de "sus" enfermos a favor de las decisiones y el dominio de los patriarcas, y que eso complica sobremedida la actividad médica responsable, pero esas diferencias culturales tampoco deberían utilizarse para desposeer a los enfermos del bien de su libertad personal. Cómo gestionar esos conflictos no es ni va a ser fácil en los hospitales y en los centros de atención primaria, pero la sociedad tiene que imaginar mediaciones culturales útiles para enfrentarse a dichos conflictos. En ningún caso debe implicar una conculcación de los derechos individuales a favor de los grupales en nombre del multiculturalismo.

Otro aspecto de la relación clínica difícil de encajar en la nueva ética médica presidida por la autonomía es la práctica extendida de interpretar los consentimientos informados como meros documentos legales de protección de la actividad del médico contra posibles demandas judiciales. Esa reducción sólo habla de la mala praxis del profesional para incorporar el respeto a la autonomía en la relación con sus pacientes. El consentimiento informado protege jurídicamente al médico, pero sobre todo debería proteger al enfermo del paternalismo injustificado. Quien no lo entienda así o sus prácticas no garanticen ese decisivo punto, simplemente no hace bien su trabajo.

Sin embargo, no todo lo que tiene que ver con el respeto a la autonomía del paciente está libre de dilemas éticos. Piénsese, por ejemplo, en los menores y en los enfermos con algún tipo de demencia importante, en la dificultad de muchísimos enfermos para elaborar (construir) decisiones personales en relación con su enfermedad (sobre todo en el caso del cáncer con mal pronóstico), en los conflictos que plantea a veces el respeto a la confiden-

cialidad, o en los casos en que los enfermos realizan peticiones claras de eutanasia o suicidio asistido. Cada uno de estos dilemas o problemas éticos necesitaría un tratamiento y un espacio que aquí no hay.

Finalmente, la bioética exige que se respete el principio de justicia. No por ser el menos presente en la relación clínica es el menos importante en el caso de los pacientes oncológicos. Afortunadamente, en España disfrutamos de una sanidad pública universal y casi gratuita. Ésa es, sin duda, una gran ventaja en comparación con otros países a favor de la equidad y la justicia. Sin embargo, los problemas bioéticos que afectan a la equidad no desaparecen por la universalidad en el acceso al sistema sanitario. Así, en unas circunstancias en que la sanidad es cada vez más cara y los presupuestos no son todo lo amplios que deberían ser, se impone la necesidad de priorizar o, en términos menos eufemísticos, de racionar los recursos disponibles y limitados.

En relación a los enfermos oncológicos, el racionamiento sanitario y la consecuente necesidad de priorizar, ya sea entre los enfermos o entre los tratamientos, afecta de múltiples maneras. Una de ellas, por ejemplo, es la decisión de si la sanidad pública debe sufragar el coste de fármacos oncológicos muy caros que presentan una efectividad muy pobre. Si deben ser costeados o no, quién lo decide y con qué criterio, son cuestiones políticas, médicas y económicas, pero también y sobre todo éticas. Los criterios éticos que nos ayudan a racionar o priorizar son diversos y no siempre compatibles entre sí. El más arraigado entre la profesión médica y entre los enfermos es el criterio de la necesidad entendida como gravedad. A más gravedad del enfermo, más prioridad de atención médica. El problema de este criterio es que puede conducir a que gastemos muchos recursos en tratamientos poco efectivos pero muy caros, sin tener en cuenta el coste de oportunidad de esos mismos recursos en el beneficio de otros pacientes.

Por otra parte, la economía de la salud suele proponer la alternativa del criterio utilitarista del coste-efectividad, es decir, priorizar los tratamientos y los enfermos que más benefi-

cio sanitario extraerán de los recursos disponibles. Sin duda, con este criterio se gana en eficiencia (se aumenta la salud global de la población), pero por el contrario se puede dejar de atender precisamente a los casos más graves con menor posibilidad de beneficio terapéutico, es decir, se deja de priorizar a los enfermos que están más enfermos, algo que para mucha gente va en contra de la intuición moral más básica que asociamos a una atención sanitaria adecuada: ayudar sobre todo a los que están peor. No es fácil elegir entre ambos criterios o tomar decisiones éticas que resulten de un equilibrio entre ellos.

Las cosas se complican todavía más cuando entramos en el detalle de algunos servicios o enfermos. Tomemos como ejemplo los cuidados paliativos, unas prestaciones pioneras en la asistencia de calidad a los enfermos oncológicos y que a menudo tienen a la enfermería como principal protagonista de la acción profesional. Los cuidados paliativos permiten, además, ejercer hasta el final de la vida de los enfermos la llamada ética del cuidado, muy importante en enfermería, que nos aleja de una enfermería tradicional centrada en el diagnóstico y el tratamiento curativo, en la enfermedad propiamente, a otra más moderna cuyo objetivo es sobre todo la calidad de vida del enfermo, la atención a sus valores y sus sufrimientos, en la cual el enfermo y no su enfermedad es el protagonista de la atención clínica.

Los cuidados paliativos son un recurso sanitario limitado, es decir, no disponemos de tantos cuidados como enfermos los necesitan. Este problema se puede agravar más en las condiciones actuales de los presupuestos sanitarios, ya que si éstos se vuelven aún más restringidos, los cuidados paliativos, que no son nada baratos, se pueden ver muy afectados. Al fin y al cabo, bajo una concepción tradicional de la medicina, la curación es prioritaria al cuidado, de manera que los recursos destinados a la curación podrían acabar siendo prioritarios en relación con los destinados al cuidado. El peligro está en pensar que los cuidados paliativos son un lujo en tiempos de crisis presupuestaria en la sanidad.

Algunos estudios aplicados al caso catalán, sin embargo, están mostrando que los cuidados paliativos no solamente son efectivos, sino que también pueden llegar a ser coste-efectivos, ya que ahorran mucho dinero al sistema sanitario al evitar algunas complicaciones clínicas. Pero no deja de ser curioso que estos estudios respondan al hecho de que la carga de la prueba reside en que los cuidados paliativos tienen que demostrar su eficiencia económica en relación a los tratamientos curativos, ya que la cultura médica continúa considerándolos de rango menor dentro de las prioridades en la atención sanitaria.

Pero imaginemos que disponemos de un determinado presupuesto, aunque sea limitado, para los cuidados paliativos de los enfermos oncológicos. ¿A qué enfermos o tipos de enfermos debemos priorizar? Apliquemos los dos criterios principales que he descrito antes. Si utilizamos el criterio de racionamiento de la necesidad como gravedad, aparecen por lo menos tres problemas. Primero, debido al hecho de que la necesidad de cuidados paliativos tiene un fuerte componente subjetivo (en relación a la percepción del dolor y del sufrimiento, por ejemplo), no es nada fácil decidir quién necesita más cuidados específicos. Segundo, la demanda de cuidados puede venir condicionada por la oferta (cuanta más oferta y de mayor calidad, más demanda), produciéndose la paradoja de que acaban reclamando más cuidados paliativos aquellos enfermos que ya disponen de más cuidados, porque tienen más acceso a ellos y un mejor conocimiento de sus beneficios. Y tercero, quienes más necesidad de cuidados paliativos sanitarios suelen tener son los enfermos más vulnerables, es decir, los que no disponen de más alternativa de cuidado, pero este tipo de vulnerabilidad social es muy difícil de identificar dentro del sistema sanitario. La nueva paradoja es que los enfermos que, desde un punto de vista social, más necesitan los cuidados paliativos (ancianos que viven solos, niños que pertenecen a familias desestructuradas, pobres, marginados, inmigrantes, enfermos rurales, etc.) son los que menos atención sanitaria paliativa pueden acabar recibiendo.

Pero si vamos al criterio de coste-efectividad, también debemos enfrentarnos a algunas paradojas. La primera es que cuanto más anciano es el enfermo, menos prioridad coste-beneficio obtendrá de los cuidados, lo que contrasta con el hecho de que la mayoría de los potenciales beneficiarios de los cuidados paliativos son personas de edad avanzada o muy avanzada. En términos propios de la economía de la salud, podemos decir que, en general, cuanto más necesarios son los cuidados paliativos (por ejemplo, en enfermos cuya muerte está próxima) menos puntuación en años de vida ajustados por calidad generan esos enfermos, y por tanto menos coste-efectividad tienen esos tratamientos. El segundo problema es que resulta muy difícil medir la efectividad de los cuidados paliativos. ¿Cuándo empieza el proceso de morir y, en consecuencia, debemos abandonar una atención curativa para volcarnos en la paliativa? ¿Con qué criterios medimos la dimensión social y

espiritual que a menudo asociamos a la necesidad de cuidados paliativos?

En definitiva, a pesar de que deseamos ser justos en el trato que deben tener los enfermos oncológicos, no siempre sabemos cuál es la mejor manera de actuar. La discusión sobre la aplicación de los criterios éticos de la justicia distributiva en la sanidad es totalmente necesaria para aumentar la calidad de nuestras respuestas éticas.

### Bibliografía

- Camps V. La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel; 2005.
- The Hastings Center of Bioethics. Los fines de la medicina (The Goals of Medicine). Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, nº 11. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.
- Puyol A. Justicia i salut. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
- Walter J, Klein E, editores. The story of bioethics. Washington DC: George University Press; 2003.

## DISCUSIÓN

**J. CAMINAL:** Actualmente, la autonomía se ha promovido dentro del sistema sanitario mediante el documento del consentimiento informado. Este documento se está convirtiendo en una práctica defensiva que puede llevar a cuestionar la relación de confianza que se establece entre el médico y el paciente. Por otra parte, el consentimiento informado puede generar una sensación de falsa seguridad, como si el hecho de firmar y de dar la conformidad eliminara la posibilidad de cualquier riesgo. Hago esta observación desde el conocimiento de la realidad de nuestro país. Me llama la atención cómo percibe la población este instrumento, ya que no lo perciben como una mejora o un reconocimiento para la autonomía en la toma de decisiones sino como un trámite burocrático. Al margen de esta observación, ¿podría plantearse otra alternativa que recuperara la relación de confianza entre el médico y el paciente, al mismo tiempo que se estableciera una relación

más de iguales, como la que ha existido en otros momentos?

**A. PUYOL:** Una de las razones de la aparición de la bioética es la falta de confianza, porque cuando hay confianza sobran las normas, tanto jurídicas como morales, porque la misma confianza genera entendimiento. Es la falta de confianza la que provoca la necesidad de regulación. Y cuando la desconfianza es extrema, llamamos a los jueces y hacemos leyes. Por ello tu pregunta es un poco como un círculo vicioso. ¿Cómo mejorar la confianza? Pues luchando por ella, aunque es más una cuestión social, que supera el ámbito de la relación clínica. Las sociedades cada vez son más individualistas, y la individualidad tiene muchos aspectos positivos, pero también negativos, y uno de ellos es la falta de confianza mutua. La confianza hay que ganársela. Por otro lado, respecto al consentimiento informado, el hecho de que

los enfermos no perciban este documento como un derecho sino como una amenaza es porque se lo hacen percibir así. Si te presentan el documento unos minutos antes de entrar al quirófano, con un texto larguísimo y un vocabulario muy técnico, es normal que pienses que no es para tu propio beneficio, sino para el que te ha dado el papel. Creo que hoy día esta actitud de utilizar a la defensiva el documento del consentimiento informado no sólo es una mala actitud, sino

una mala praxis. Y debería ser considerado mala praxis. Es por ello que ahora ya hay algunos jueces inteligentes que cuando les presentan un documento de consentimiento informado firmado justo antes de entrar al quirófano, lo rechazan. Es importante saber cuándo, cómo y en qué condiciones se firma el documento, debido a que el simple hecho de que haya una firma no es suficiente para considerar que el consentimiento se haya hecho correctamente.