

# Los médicos y su ley del silencio

Pedro de Ayerbe



El derecho a vivir y el derecho a morir dignamente son dos facetas de la autonomía de la persona que aparecen hoy en día en nuestra sociedad como objetivos de la emancipación del individuo. Parecerá a algunos que, al hablar de emancipación o liberación, estoy utilizando unos términos un tanto inapropiados para el siglo XXI y más en el contexto de la sanidad española. Pero, si se piensa que el enfermo está por lo general secuestrado por el cuerpo médico y atrapado en el sistema de sanidad, que la mayoría de los enfermos mueren mal y no como quisieran, que el art. 143 del Código Penal secuestra la libertad en la última fase de la vida al prohibir y sancionar penalmente el derecho a morir mediante el suicidio asistido y la eutanasia, habrá que decir que –independientemente de la sensibilidad social que se tenga– tales derechos no se ejercen y que sobre todo el paciente necesita su liberación para vivir y morir dignamente.

## Asimetría médico-enfermo

Por desgracia y por culpa de nuestro individualismo las relaciones que establecemos y vivimos son muchas veces asimétricas: siempre gana una parte en perjuicio de la otra. Y si no, véase en las relaciones laborales, en las de género y también en la relación médico-enfermo que tanto nos preocupa en DMD. Y cuando toca ser parte sufriente de tal asimetría, necesariamente tiene que surgir un brote de rebeldía y un movimiento de emancipación que libere de ese desequilibrio que no es otro que la dominación de uno en perjuicio del otro. En el campo de las relaciones sanitarias que afectan al enfermo habría que analizar las diferentes relaciones: enfermo-médico, enfermo-sistema de salud, enfermo-familia, enfermo y mundo en derredor político y social (incluyendo también el jurídico)... Todo forma una tela de araña donde está enredado el paciente

y en general el ciudadano que quiere disponer de su vida, pero por razón de espacio y de evitar la dispersión me centraré únicamente en la relación interpersonal de médico-enfermo en lo que atañe al aspecto de la información y comunicación tal cual exige la categoría “consentimiento informado” de las leyes sanitarias.

Quisiera analizar, aunque sea a grandes rasgos, el tema de la información en las relaciones sanitarias y la urgente necesidad de una emancipación del ciudadano en cuanto paciente. Hablamos, pues de una INFORMACIÓN con mayúsculas, información que como categoría jurídico-sanitaria se incluye en el “consentimiento informado” en el que insisten las leyes sanitarias y que justifica y hace legal la actuación médico-terapéutica. Por ello, el médico no puede callar, no puede existir una ley del silencio.

Al hablar del enfermo y de su necesidad de estar informado y de ser autónomo para autodeterminarse en la vida y en la muerte, no hablo del enfermo cual un niño que tiene amigdalitis o un adulto que está sufriendo una gripe..., sino del enfermo que entra en una situación crítica o al menos preocupante y que necesita conocer a fondo su situación, pensarla dos veces antes de tomar una decisión al respecto. La búsqueda de una liberación de esta dominación de la información, que se muestra en la afasia del médico o en la parvedad e insuficiencia de su comunicación, obliga a rebobinar un poco nuestras experiencias para analizar aquellos comportamientos que nos han llevado a esta situación de la que querríamos salir.

## Formas históricas de la vida

La forma histórica de la familia que nos ha tocado vivir nos ha hecho dependientes en demasía del médico. La relación con el médico de familia que acudía a casa

a curar las enfermedades infantiles, las visitas con nuestra madre al pediatra modelaron la función que le asignábamos al médico, el rol que representaba en la asimétrica relación médico-enfermo y representante (nuestra madre), el estatus de “doctor” dominante que decidía, imponía unas normas de actuación. El primer modelo de comportamiento frente al médico se conforma, pues, en la estructura familiar y así se inicia el proceso de nuestro proceder en adelante con el médico. Valga recordar que siempre que te haces un análisis de sangre o de orina el laboratorio cierra los resultados en un sobre y lo pone a nombre del médico que te trata: “A la atención del Dr. X...”. Pero, por qué a la atención de..., si los datos son míos, los he pagado de mi bolsillo, en todo sentido me pertenecen. Hace poco me encontré que en la bolsa de plástico en que me entregaron las imágenes de una ecografía se decía: “Este sobre contiene información clínica, solo debe ser abierto por el médico que ha prescrito la prueba”. Escribí una carta al director del centro insistiendo en tal desfachatez, pero todavía estoy esperando la contestación... Estos pequeños episodios son simples pinceladas que muestran el cuadro del clima cultural ancestral en que se nos ha formado y obligado a mantenernos correctamente y que castra todo comportamiento inquisitivo.

El enfermo adulto siempre empieza su relación con el médico con una pregunta preocupada: “Siento estos síntomas..., ¿qué me pasa, doctor?, ¿es serio?, ¿en cuánto tiempo cree Vd...?” A grandes rasgos las consultas al médico se resumen en el siguiente formato: Tras la evaluación de los síntomas y quizás con alguna prueba el médico recurre a una amplia farmacopea y pone solución al malestar. El médico es el *factotum*, da solución y el enfermo no ha puesto nada de su parte, ni ha manifestado ninguna exigencia a no ser la de la recuperación de la salud. Te haces unos análisis, una radiografía y los médicos se entienden entre sí, establecen unos circuitos de comunicación que prescinden del enfermo. El enfermo no lo percibe o no quiere percibirlo, no le preocupa. Llega una prueba complicada, con cierto riesgo y te presentan un impreso titulado “consentimiento informado”. Para muchos es la primera vez que oyen hablar de tal figura que marca exigencias a la relación médico-enfermo. A este impreso firmado por el paciente más bien habría que denominarlo “simulacro de consentimiento” pues es un peaje que paga el enfermo para que le hagan tal prueba y un aval jurídico que blindo al médico en su responsabilidad civil. De todos modos es un ejemplo más de la manifestación del ego profesional que domina la situación: el médico es el que maneja la situación y con la presentación del impreso más que dar información se está pidiendo un voto de confianza en quien tiene la ciencia para desentrañar la patología que tiene el enfermo, y conoce las técnicas apropiadas. Es, pues, una muestra más del poder y dominio del ego profesional y del subyugamiento del enfermo.

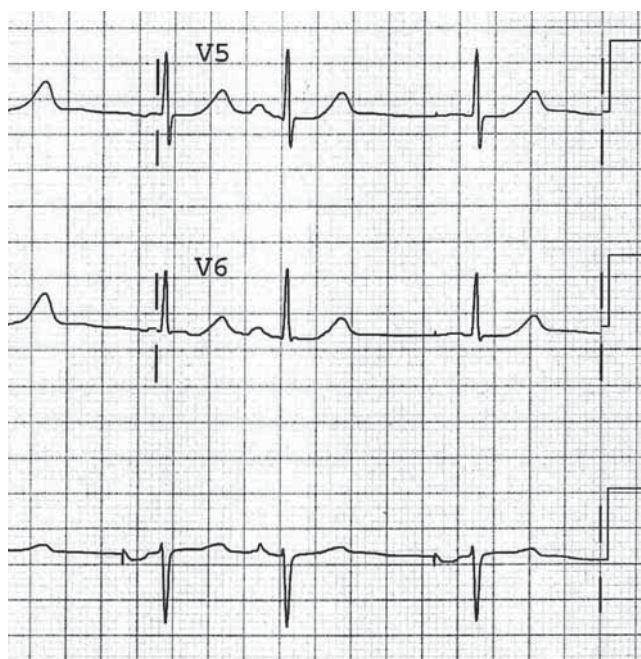
## Desestructurando el rol

Nadie le va a quitar al médico sus conocimientos, la experiencia que va acumulando a lo largo de su ejercicio profesional, su actualización especializada estudiando la literatura médica de su propia disciplina, esa intuición perceptiva que pueda tener y que llaman “ojo clínico” (que a veces los colegas rebajan a “mera rutina”), etc. Pero el médico, dotado de los valores anteriores, no deja de ser un asesor especializado en sanidad.

En el proceso de la vida sea o no la fase final la preocupación del paciente no ha de ser preservar la vida sin más; hay que preservar siempre la propia persona, la libertad de decisión; la persona libre ha de ser el sujeto que gestiona su propia vida, sin interferencias de nadie, aunque es obvio que hay que estar al tanto, saber de la situación y para ello pedir toda la información necesaria y consejo a los expertos.

Nadie acude al sastre o modista a que le haga un traje, un vestido con la única indicación que sea lo último en moda y que le siente bien. Además de tomar medidas habrá que elegir modelo, características, tela,... Además habrá pruebas para ver si va sentando bien y al final uno se mira en diversos espejos y lo acepta o rechaza, según conveniencia. Y todo para una prenda que nos ponemos encima. Sin embargo, respecto a la vida a veces ponemos todo o casi todo en manos del médico y le venimos a decir simplemente: “póngame bien que me siento un tanto averiado...”

¿Por qué lo que es normal en toda relación humana de profesional-cliente no lo es en la medicina y el médico no aporta información, se mantiene reservado, no contesta? El médico se mantiene al otro lado de la



## □ El paciente hace pocos esfuerzos para ser un ciudadano libre. Las leyes nos exigen que como pacientes seamos adultos en cualquier situación de enfermedad, sabiendo lo que se nos hace y lo que se nos quiere hacer y no dejándose llevar de la mano como un niño

mesa. Por lo general, se dirige más veces a la pantalla de su ordenador que al rostro del enfermo, utiliza pocas palabras y sigue escribiendo en el teclado. Parece ser que intenta evitar las palabras y sus frases no son solo concisas, sino hasta cortantes. ¿Qué ocurre?

Toda pregunta tiene un riesgo para el cuestionado. Quien pregunta es como un auditor que pide cuentas. Se le pone en un compromiso y por ello el médico zanja la conversación cuando debiera abrirse en un proceso informativo como hace el maestro. El buen maestro no tiene ego dominante, su ego profesional se da al otro en la transmisión de sus conocimientos a las mentes de los alumnos. Al médico le va más mantener sus conocimientos en la reserva, no transmitir y mantener su pose de autoridad frente al que no sabe y ha de mantenerse sumiso. Sus únicas palabras abreviadas son: “no es gran cosa, todo se arreglará, es cuestión de una semana, tenga confianza...”. No es que sea un mal conversador o persona de pocas palabras; está siguiendo un protocolo corporativo que confirma la autoridad científico-profesional, refuerza el ego profesional y por ello corta el libre juego de la comunicación de persona a persona porque en definitiva él es el médico y el enfermo es lego en la materia.

Por mi parte desde hace tiempo, desde que han surgido los malestares y disfunciones que me obligan a preocuparme y ocuparme de mi salud, me he convertido en un impertinente haciendo preguntas. Mi excusa elegante al ver la cara no apacible de algún médico siempre ha sido: “me gusta documentarme...”. Diré más, a veces he percibido que las preguntas ponían en tela de juicio la certidumbre que el médico había mostrado en sus afirmaciones, le obligaban a buscar razones que fundamentasen sus palabras y aseveraciones anteriores. Si busco, de manera “medicinalmente incorrecta”, que en la conversación se entable un proceso informativo es porque quiero enterarme, estar informado para saber en qué situación me encuentro y, en segundo lugar, para poder tomar una decisión pues, si se vive o se muere, es porque se quiere vivir o morir, y se decide hacerlo.

### **Aprender y prepararse**

No tengo objeción en decir que gozamos de libertad, también en la relación con el médico. Pero, si bien

lo miramos, nuestra autonomía como enfermos está oprimida por las costumbres sociales y, si decimos que somos protagonistas en la relación médico-paciente, para que sea verdad y no un eslogan habrá primero que liberarse de ese corsé social. El ciudadano es libre y no un hijo de familia dependiente del paternalismo de sus padres. El médico, sin embargo, tiene a veces secuelas de ese paternalismo en la relación clínica en que el paciente no tiene potestad de opinión y de decisión quedando la autoridad en manos del médico que a veces actúa como padre autoritario. Pero el paciente no hace ningún esfuerzo para crecer y ser adulto libre. Las leyes nos exigen que seamos adultos en la sanidad, saber lo que se hace y lo que se quiere hacer, no dejarse llevar de la mano como un niño, mantener racionalmente una voluntad libre que se atreva a decidir sin admitir tutelajes por mucho que digamos que nuestro médico “es una lumbrera”, “tiene fama en el extranjero”, etc. La vida es propia y no la podemos transferir a nadie.

Como el comportamiento del médico puede adolecer de paternalismo e incluso de cierto despotismo ilustrado (“todo por el paciente, pero sin el paciente”), no estará mal recordar que el enfermo como persona tiene derecho a pensar y a hablar, y además derecho al respeto a su corporalidad tal como reza el art. 15 de la Constitución. Además la relación médico-enfermo tiene una dimensión ética. Podemos decir que en el primer cara a cara de médico y paciente en el gabinete de consulta surge la relación clínica y a la par la dimensión ética por la sola presencia del otro (el paciente).

El consentimiento informado es el elemento principal de la relación ética que conlleva dos momentos: la información del médico y en razón de ella la decisión del paciente que será de consentimiento o de disenso. La ley solo habla de consentimiento porque solamente el consentimiento legitima la consiguiente acción médico-terapéutica. Insisto en esto porque lo mismo que se habla de consentimiento informado se puede considerar el disenso informado.

La información no es solo contar, relatar más o menos un largo o corto informe; es una relación intersubjetiva, una comunicación que lleva al necesario diálogo y a una acción que será el proceso de actuación



CONSENTIMIENTO INFORMADO: Ablación con catéter

Prof. Jerónimo Farré  
 Jefe de Servicio  
 Profesor Titular  
 Univ. Autónoma Madrid  
 TEL. 91 5495929  
 FAX 91 5494027  
 jfarr@cc.ia.unimad.es  
 jfarr@fdj.es  
 Secretaría Prof. Farré  
 Rely Solano  
 TEL. 91 5495939  
 rsolano@fdj.es

Hospitalización  
 Dr. Pablo Almada  
 palmada@fdj.es  
 Dr. Juan Turán  
 jturana@fdj.es  
 Dra. Ana García  
 agarcia@fdj.es  
 Dra. Esther Martínez  
 emartinez@fdj.es  
 Dr. Miguel G.F.  
 TEL. 91 5504810

Unidad Coronaria  
 Dr. José Rosero  
 jrosero@fdj.es  
 Dr. Javier Magariños  
 jmagari@fdj.es  
 Dr. Pablo Martín  
 pmartin@fdj.es  
 TEL. 91 5495147  
 FAX. 91 5493120

Hemodinámica  
 Dr. Manuel Ceballos  
 mceballo@fdj.es  
 Dr. Felipe Navarrete  
 fnavar@fdj.es  
 Dr. Álvaro Muñoz  
 amunoz@fdj.es  
 TEL. 91 5494890  
 FAX. 91 5497023

Unidad de Arritmias  
 Dr. José M. Rubio  
 jrubio@fdj.es  
 Dr. Juan Bonavent  
 jbonave@fdj.es  
 Dra. Silvana del Castillo  
 sdcastillo@fdj.es  
 Dra. Estela Martín  
 emartin@fdj.es  
 TEL. 91 5491230  
 FAX. 91 5495407

Pruebas Invasivas e Imágenes Cardíacas  
 Dr. Manuel Ríos  
 mrios@fdj.es  
 Dra. María Ribago  
 mribago@fdj.es  
 Dr. Miguel Ordoñez  
 mordo@fdj.es  
 Dr. Cristian Ferrás  
 cferr@fdj.es  
 Dr. Miguel A. Navas  
 mnavas@fdj.es  
 Dr. Estela Martín  
 emartin@fdj.es  
 TEL. 91 5504810  
 FAX. 91 5504826

Consulta Externa  
 Dr. Francisco Molero  
 fmolero@fdj.es  
 TEL. 91 5494918

Electrocardiografía  
 TEL. 91 5504837

Nombre y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Alergias manifestadas por el paciente \_\_\_\_\_

Finalidad del procedimiento de ablación con catéter  
 El objetivo es doble: 1) determinar el origen de sus taquiarritmias documentadas o fuertemente sospechadas y, si la arritmia demostrada es susceptible, 2) modificar alguno de los elementos esenciales para su mantenimiento de forma que en el futuro tales taquiarritmias no puedan desencadenarse o se limiten sus consecuencias adversas

El/la Dr/Dra \_\_\_\_\_ me ha explicado de forma satisfactoria que el procedimiento de ablación con catéter es una intervención realizada con sondas-electrodo que se introducen por vía venosa y eventualmente arterial, en las cavidades cardíacas. Una vez definidos los elementos de la taquicardia se procederá a su modificación aplicando radiofrecuencia que produce el calentamiento de la punta del catéter entre 49-70°C. Me ha sido explicado y he entendido que la ablación con catéter se efectúa en la Fundación Jiménez Díaz sin graves complicaciones y que nunca se han producido consecuencias fatales para el enfermo en este centro. Se me ha explicado y he comprendido

- En qué consiste el procedimiento que arriba se indica,
- Cómo se lleva a cabo,
- Qué sensaciones puedo percibir durante el mismo,
- Que puede durar entre 2 y 8 horas,
- Por qué se me ha propuesto realizarlo,
- Cuáles son las complicaciones, que aunque raras, podrían darse; explícitamente se me ha explicado
  - reacción vagal durante el procedimiento
  - hematoma, fístula AV, pseudoaneurisma, tromboembolia
  - pericarditis, perforación, taponamiento
  - bloqueo AV y necesidad de marcapasos
  - hemorragia por anticoagulantes
  - alergias a medicamentos y/o contraste
  - otras \_\_\_\_\_
- que puede quedar como secuela permanente \_\_\_\_\_

Las alternativas en caso de no llevarlo a cabo serían  
 Seguir padeciendo las taquicardias como hasta ahora  
 Intentar cambiar el tratamiento farmacológico en el conocimiento de que sólo se logran controlar el 50% de los casos y de que los fármacos antiarrítmicos pueden tener efectos secundarios graves, a veces mortales  
 Sufrir alguna taquicardia más grave que la actual que pudiera tener consecuencias adversas (incluido letales)  
 \_\_\_\_\_

Yo, Don/Doña \_\_\_\_\_ habiendo comprendido lo que anteriormente se indica, en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, y de forma libre y voluntaria, otorgo mi consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y el personal facultativo y auxiliar que precisen, lleven a cabo un procedimiento de ablación con catéter en el entendimiento de que este consentimiento puede revocarse en cualquier momento.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_\_

Firma del paciente o de la persona legalmente competente para dar la autorización (indicar parentesco: cónyuge, hijo/a, padres, hermano/a, otros) \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Firma del médico que obtiene el consentimiento \_\_\_\_\_ Colegiado Nº \_\_\_\_\_  
 Nota: deben firmarse 3 ejemplares (Paciente, Historia Clínica, Archivo Unidad de Arritmias)

y organizada. Nosotros no tenemos profesión de pacientes, no nos encontramos en situaciones difíciles con frecuencia. Cuando llega el momento crítico, somos unos inexpertos y por ello tenemos que haber pensado las cosas con detenimiento, con antelación y prevención para en cualquier situación emergente saber actuar y no inhibirnos por causa de la sorpresa, el susto, la urgencia... Hay que prepararse para no improvisar y menos en momentos trágicos, complejos y a veces a contrarreloj. Por ello, debemos ejercitarnos haciendo un simulacro de protocolos en dos puntos esenciales: cómo obtener toda la información y a la par ser conscientes de nuestra propia visión de la vida y tener siempre a punto nuestro proyecto autónomo.

Cada uno es consciente de que la vida es suya, le es propia. Pero a veces por miedo, por impotencia parece ser que nos la dejamos robar, permitimos que alguien nos la administre y nos ponemos como niños inconscientes en manos de los médicos e incluso como niños desamparados decimos "que sea lo que dios quiera" y dejamos que otros decidan por nosotros. En

terapéutica que el médico une a su diagnóstico. Y en un segundo momento vendrá el consentimiento (o disentimiento) que supone un "estoy de acuerdo" (o "en desacuerdo") con la información recibida y con la propuesta de actuación. La información es, por tanto, una oferta por parte del médico y una solicitud de reconocimiento y aceptación.

La primera exigencia de un paciente que quiere ser libre en su vida será tener toda la información necesaria, actualizada y a tiempo para poder tomar una decisión de lo que quiere de su vida en la situación de enfermedad. Quede, pues, bien claro: infórmate, dialoga con tu médico o el equipo médico, exige hasta el último detalle que consideres necesario pues sin información difícilmente podrás decidir y la vida es tuya y está solo en tus manos. Que no te la roben ni te roben tu voluntad libre.

No es suficiente conocer la teoría, hay que prepararse con antelación. Los médicos tienen en su trabajo protocolos, viven situaciones médicas comprometidas todos los días, y saben cómo actuar en su profesión de manera urgente

**REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D./Dª ..... revoco libremente el consentimiento informado firmado en el presente documento

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Manifiesto mi revocación, Firma del paciente o representante legal | Firma del médico responsable |
| Fecha  | Nº colegiado                 |
|  | Fecha                        |

**NEGATIVA AL PROCEDIMIENTO PROPUESTO**

Yo, D./Dª ..... una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos mencionados en el presente documento, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi negativa a que se realice el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto y las consecuencias que se deriven de ello.

|   |  |
|---|--|
| Manifiesto mi negativa al procedimiento propuesto, Firma del paciente o representante legal | Firma del médico responsable                         |
| Fecha   | Nº colegiado   |
|   | Nombre y firma del testigo (si el paciente no firma) |
|   | Fecha  |

**RENUNCIA A SER INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Yo, D./Dª ..... Manifiesto mi voluntad de no ser informado y autorizo el/los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el equipo clínico que me atiende (o que atiende al paciente Don ..... ) considere necesarios.

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Manifiesto mi renuncia a ser informado y autorizo los procedimientos necesarios, Firma del paciente o representante legal | Firma del médico responsable |
| Fecha   | Nº colegiado                 |
|   | Fecha                        |

Esta renuncia está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

**CAMBIO DE MEDICO**

Yo, D./Dª ..... Manifiesto conocer y autorizo que el médico designado para realizar el procedimiento que me ha sido propuesto sea el Dr. ....

|  |   |
|--|---|
| Manifiesto mi autorización al cambio de médico propuesto, Firma del paciente o representante legal | Firma del médico que va a realizar el procedimiento |
| Fecha  | Nº colegiado  |
|  | Fecha   |

la situación más seria y comprometida de la vida –el tránsito de la existencia a la no existencia– la persona que ha defendido a capa y espada su libertad, que ha decidido en lo fácil, en lo difícil y en lo trágico renuncia a tomar la decisión y reniega de su libertad cuando no demanda y exige una información completa de su situación. Hemos de tener bien claro –y además ejercerlo– que quien no sabe, quien no tiene información no puede decidir. En la vida cualquier persona ha tenido que encarar situaciones que no le agradaban, ha debido evaluar pros y contras y tomar con buena o mala cara una decisión. Y en situaciones críticas en el campo de la salud el paciente necesita una selectiva información para evaluar su situación y poder decidir. Por ello debemos estar siempre atentos a la información y al comportamiento médico respecto al diálogo que mantenga con nosotros como pacientes.

Se llega a ser adulto a ver claro cuando se está debidamente informado. De lo contrario es vivir de espaldas a la realidad, vivir una apariencia de realidad y esta no es la situación humana más adecuada para abordar el tema de nuestra salud, deliberar y poder tomar una decisión que supone un compromiso consigo mismo y con los demás. Estar informado es salir de las sombras, salir de dudas, de sospechas, de temores, entrar en la realidad por dura que sea, conocer a fondo la propia situación de manera que la decisión –sea cual sea– pueda ser adoptada libremente, no sea frívola sino racional y seria.

Te puedes encontrar con un médico reacio a informar y, aunque informe, no toda información es correcta y suficiente, puede tener lagunas o estar cargada de ambigüedad. Ante cualquier sospecha de deficiencias, siempre hay que demandar más información y una información siempre actualizada que sea creciente conforme se van produciendo nuevos datos, y haya nuevas interpretaciones y pronósticos.

Ante cualquier atisbo de autoritarismo hay que atender a la información que se recibe para que no exista el engaño, la manipulación informativa, la pretensión de influencia sobre el enfermo o la familia, la coacción, el ruido en la información,...

Hay que advertir que el sujeto que muere por lo general es el viejo, el anciano, el enfermo crónico con una fuerte degeneración de sus capacidades de resistencia que dejan al paciente en una situación compleja para la información y la decisión sobre la propia vida lo cual hace que los momentos del proceso de morir y de la muerte requieran una gran sensibilidad primera-

mente en el médico que asiste al paciente y, además, en la familia o en el representante que haya señalado el paciente en sus instrucciones previas.

Las informaciones dadas pueden quedar en un nivel de conocimiento en que el sujeto que ha de valorar y tomar una decisión quede en la indeterminación y la incertidumbre. El sujeto obligado a autodeterminarse no puede hacerlo. Conocer, saber de la propia situación no es meramente recibir una serie de datos clínicos que describen con la suficiente objetividad una patología. La información es aportar objetivamente la situación del enfermo. Por ello, será necesario preguntar y volver cuantas veces sea necesario a preguntar, a exigir aspectos, perspectivas que configuren lo más certeramente el pronóstico como situación

futura inmediata o mediata del enfermo. El problema no está tanto en la situación actual sino en la evolución posterior. El médico ha de dejar bien claro qué alternativas tiene y qué porvenir se espera o bien dejar patente que existe una incertidumbre que no permite pronosticar con suficiente fiabilidad. El

elemento de gran importancia para el paciente siempre será su futuro y su calidad de vida pues es el elemento clave para decidir si la vida merece ser vivida.

Hay ocasiones en que puede acusarse al médico de ser paternalista o por mitificar los adelantos tecnológicos, pero a veces en estos extremos tiene la culpa el enfermo y la familia por no haber informado al médico de los valores y proyecto de vida del enfermo. El médico está sin duda esforzándose por aportar y poner a disposición del paciente todos los recursos que la ciencia, la experiencia médica y las diversas tecnologías pueden favorecer la preservación de la vida. Pero las propuestas y alternativas del médico al enfermo podrían variar si al médico como profesional se le hubieran comunicado los valores, los deseos y preferencias del paciente, el sentido de su existencia y su proyecto particular. Desde esta comunicación el médico hubiera comprendido la subjetividad de su paciente, es decir, su autonomía, sus experiencias y percepciones y valoraciones, para saber las alternativas de las que le podía informar y a su vez respetar y comprender su posible decisión ante sus propuestas terapéuticas.

En resumen, que hay razones para decir que muchas veces el médico no cumple con su seria responsabilidad de informar al paciente, pero quien le permite actuar con fraude profesional somos los pacientes. Si a veces la relación médico-enfermo es asimétrica y se ha convertido en una repetición de la relación amo-siervo, nuestra tarea es sentir la necesidad de liberación, dejar de ser un enfermo silencioso y sumiso y poner manos a la obra.

## El paciente tiene que tener claro el pronóstico, su futuro y su calidad de vida al ser elementos clave para decidir si la vida merece ser vivida