

Los modelos de la relación médico - paciente

Eduardo Casillas González/ Master en Bioética

Los dos modelos contrapuestos de relación médico-paciente, enfatizados por la reflexión ética en los últimos veinte años, han estigmatizado y quizás simplificado ese momento de singular interacción que es el encuentro entre dos subjetividades, la del médico y la del paciente, ambos con derechos y deberes. Posteriormente, se consideró que la rígida contraposición de los dos modelos pudiera ser articulada de mejor forma en cuatro modelos, teniendo en consideración algunas características: los diversos objetivos que son asignados a la relación médico-paciente, las obligaciones del médico respecto al paciente, el rol que tienen los valores y el significado que se atribuye al concepto de autonomía del paciente. El primer modelo, en este contexto, es el modelo paternalista también llamado sacerdotal. Es la relación con el médico la que asegura al paciente el recibir todas aquellas intervenciones que promueven de mejor manera su salud y bienestar; en contraparte, es la habilidad del médico la que identifica las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias que pudieran ser de utilidad al objetivo y que en el momento oportuno presenta, con informaciones seleccionadas, al paciente, con la finalidad de obtener su consentimiento, concepto y tema que como sabemos está muy en boga en nuestros días, en el ámbito de la bioética. En circunstancias extremas el médico informa de manera autoritaria al paciente acerca de cuándo iniciarán los mencionados procedimientos. Este modelo asume que existen medios objetivos para determinar lo que es mejor para el paciente y, por tanto, el médico está habilitado para decidir con la mínima participación de éste. En la práctica el médico también representa el tutor del paciente y sus elecciones prevalecen por encima de la autonomía de quien está a su cuidado. Es evidente que semejante modelo puede ser válido únicamente en las situaciones de emergencia: en todas las demás situaciones de la actividad diagnóstico-terapéutica, no podría de ninguna manera ser considerado como modelo ideal.

El segundo modelo que estos autores describen es el informativo, también llamado científico: la interacción con el paciente sirve al médico para proporcionarle toda la información relativa al diagnóstico, terapias y riesgos de cada uno de ellos; luego entonces, con el asentimiento fundamental del paciente, el médico ejecutará los procedimientos seleccionados, y que a su vez fueron solicitados. En el presente modelo se asume que en orden al tratamiento diagnóstico-terapéutico los hechos sean estrictamente distintos de los valores; por tanto, asumiendo que el paciente tenga bien definidos los propios valores, aquello que le falta es conocer los hechos, y la obligación del médico es proporcionarle toda la información que lo pueda hacer decantarse por un tratamiento u otro. No existe espacio para los valores del médico ni para aquello que el médico piensa de los valores del paciente. Como técnico experto, el médico tiene la obligación de proporcionar la información más completa, mantener y actualizarse en su ámbito de conocimiento, consultar a otros expertos en lo que sea necesario. La autonomía del paciente ejerce por tanto un control estrecho en el proceso decisional del médico. En nuestros días, con las dimensiones altamente tecnológicas del ejercicio profesional el paciente es cada vez más inducido a expectativas que privilegian la calidad técnica de la intervención por las cuales se acentúa cada vez más el aspecto contractual de la relación del paciente con el médico, prestador de un servicio calificado. Todo esto, a menudo, en detrimento de aquellas condiciones que alguna vez favorecieron una

relación terapéutica basada en la confianza. En este modelo el acto médico se reduce a la simple ejecución –adecuada desde el punto de vista técnico-científico- de los deseos expresados por el paciente cuyo único límite del acto contrastante con la conciencia del sanitario. Puesto de frente al médico como una persona a la cual es necesario tener en cuenta en lo que toca al respeto del contrato, el enfermo corre el riesgo de pretender o recibir informaciones no para decidir el propio comportamiento frente a la enfermedad sino para estipular contratos seguros; por su parte, el médico corre el riesgo de suministrar información redundante para ponerse a salvo de posibles consecuencias legales derivadas de sus decisiones. También para este modelo resultan claros los límites. Antes que nada, el hecho de que el médico se limite a implementar la competencia del paciente para tomar una decisión, lo excluye no sólo de la posibilidad de comprender a fondo los valores que empujan al paciente a solicitar una determinada intervención, sino sobre todo del preguntarse en qué medida la enfermedad choca con estos valores. Además, el miedo a imponer las propias convicciones excluye al médico de dar algún consejo al paciente, cosa que el paciente pide a menudo. Más aun, la obligación de limitarse rigurosamente al propio campo de especialización y competencia vuelve la relación con el médico impersonal y deshumanizante. Finalmente, es el concepto de autonomía que en este modelo informativo no rige en el plano filosófico. Tal concepto de hecho presupondría que existan en el individuo conocimientos y valores inmutables mientras que es evidente que la reflexión permite al hombre revisar los propios deseos y preferencias, y tal reflexión se fundamenta en un proceso decisional en el cual la intervención de otras personas puede ser de gran ayuda.

Un tercer modelo es el interpretativo. El rol de la relación médico-paciente es el de ayudar al paciente a reflexionar sobre los valores y a dar un significado a las propias elecciones de tal manera que, más allá de la información sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones consideradas en su particularidad, el médico ayuda al paciente a argumentar sobre los valores de éste y a elegir aquellas opciones terapéuticas que realicen de mejor manera valores específicos. El paciente no tiene, por lo tanto, valores predeterminados y fijos, y el significado de su autonomía es el de una autocomprensión que se hace cada vez más clara gracias a la ayuda del médico-consultor. El modelo en sí es muy interesante pero también en este caso no podemos pasar por alto algunos límites, antes que nada el de la escasa preparación del médico, en su formación de base, en el campo de la consultoría que le impide desarrollar con plenitud este rol, además de que se ha llegado a considerar que si la opinión del médico es demasiado directiva se corre el riesgo de influenciar al paciente, al punto de la persuasión, limitando la capacidad de juicio del mismo.

Existe, por último, el cuarto modelo llamado deliberativo, en el cual el médico debería actuar como un maestro o un hermano mayor del paciente, informándolo sobre aspectos clínicos y valores implicados en cada particular intervención. Es un verdadero camino moral que deberían tomar médico y paciente para llegar a la decisión, camino en el cual el médico tiene un rol muy activo en el indicar al paciente cómo debería comportarse y qué metodología utilizar para arribar a tal o cual decisión. La autonomía del paciente tiene el significado de poder proceder en esta autorrealización moral a la cual se llega después de haber examinado los diversos valores en conflicto y su implicación en el tratamiento que debe ser llevado a cabo. La mayor crítica que se hace a tal modelo es que el médico no posee un conocimiento privilegiado de la prioridad que tienen los diversos valores. Por otra parte, dentro de una sociedad que se jacta continuamente de ser pluralista y tolerante, en la cual surgen valores

inconmensurables, no podría ser aceptado que el médico proponga al paciente una metodología para resolver un conflicto entre con la escala de valores propia del galeno. Sin tener en cuenta que el paciente va al médico para recibir una ayuda a la propia enfermedad, no para desarrollar un debate moral, o repasar los propios valores. En definitiva, también este modelo, como el deliberativo puede esconder, sin quererlo, el peligro de un paternalismo. No obstante, los límites de este último modelo los autores que lo han definido consideran –punto de vista que comparto– que sea el que debe ser privilegiado, aduciendo para ello algunos puntos de justificación. En primer lugar, el concepto de una reflexión metodológicamente guiada sobre las decisiones a tomar representa la expresión ideal de la autonomía del paciente, no pudiendo considerarse completa y correcta una autonomía que pretendiese ser tal sólo porque puede elegir de manera arbitraria, o estar en grado de condicionar la decisión del médico. Está también la imagen del médico que tiene nuestra sociedad, y que no es de quien se limita a proporcionar información técnica, sino la de aquél que está en condiciones de aconsejar y ayudar a tomar una decisión argumentando sobre los diversos valores implicados. En cuanto al riesgo del paternalismo, éste pareciera de hecho, remoto en cuanto que una correcta tentativa de persuasión de parte del médico no significa imposición: precisamente aquí radica el rol de la autonomía del paciente, en el que recae la última decisión. Esta distinción ya era clara en Platón (en las Leyes) el cual distingue la actitud engañosa del médico esclavo que fuerza al consenso al paciente y la del médico libre que no prescribe medicina alguna hasta que el paciente no sea persuadido de la bondad y del valor moral del tratamiento. Es de considerar que los valores personales del médico son relevantes para el paciente, siendo esto, a menudo, motivo de elección del médico de parte del paciente. El hecho de que el médico proponga algunos valores puede resultar incluso benéfico para el tratamiento de la enfermedad, como en el caso de enfermedades relacionadas a elecciones específicas del paciente, como el SIDA o el alcoholismo, entre otras. El temor de una posible escasa preparación del médico para desarrollar este rol al interior del modelo decisional puede ser superada estableciendo en modo oportuno programas universitarios aún dominados por el modelo informativo que privilegia una formación por sectores y carente de una visión unitaria del paciente.

Como hemos podido apreciar, varios de los modelos traídos a colación presentan un profundo conflicto, que en la bioética contemporánea parece resolverse a menudo en favor de la autodeterminación del paciente y su autonomía. En realidad, no todos los estudiosos están de acuerdo en resolver el conflicto privilegiando la autonomía como valor absoluto o prioritario. Una elección aparente- mente autónoma del paciente que a los ojos del médico pudiera aparecer en contraste con el mejor interés del paciente no puede representar un principio de abstención, sino que debe conducir al médico a considerar la oportunidad de intervenir en la medida de lo posible con el fin de restaurar el bien del paciente permitiéndole recuperar su autonomía plena. La persona, por tanto, debe constituir el verdadero fundamento del deber de promover el bien del otro en el respeto a su autonomía. El mayor interés del paciente se alcanza en modo tal, que se pueda restaurar en él la capacidad de reconquistar la propia autonomía amenazada de alguna manera por la enfermedad. El diálogo, la comunicación entre médico y paciente se vuelve por lo tanto el elemento indispensable para crear esa confianza entre ellos, y es necesario que el paciente pueda expresar cuáles son sus expectativas en relación con su enfermedad, y para los enfermos irreversibles, a la dignidad en el morir.