

La relación médico paciente y el consentimiento informado en la consulta médica

Revista Vida y Salud, Noviembre-Diciembre de 2015

Dr. Jesús Humberto del Real Sánchez

Introducción

La relación médico paciente es la piedra angular sobre la que descansa el ejercicio de la práctica médica. Se estima que en México se otorgan diariamente un millón de consultas médicas, y que la falta de apego al tratamiento se atribuye en buena parte a una mala relación médico-paciente, lo que trae como consecuencia la no curación, en los casos de enfermedades que sean curables, o de un control no satisfactorio en aquellas que no lo sean, como los son la mayoría de las enfermedades crónicas. La relación médico paciente ha sido un evento relativamente poco estudiado en México y todavía menos desde la perspectiva socioantropológica.

Aunque la relación médico paciente es tan antigua como la humanidad misma, es partir de la segunda parte del siglo XX cuando ésta empezó a ser estudiada científicamente. Esos tiempos también coinciden con la declaración de los Derechos Humanos de ONU, los movimientos de los derechos civiles en los Estados Unidos y, los derechos de los pacientes en ese mismo país. En las últimas décadas del siglo XX y primera del siglo XXI, la relación médico paciente ha cambiado más que en los 25 siglos anteriores (Lázaro, J. y Gracia, D. *La relación médico enfermo a través de la historia*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006; 29 (Supl 6): 7-17).

Hasta finales de la segunda mitad del siglo XX el modelo dominante, en la relación médico paciente era el paternalista, centrado en el médico. A pesar de que cada

día existe una mayor presión social para que éste cambie, aún continúa predominando (García de Alba García, J. E., Rubel, A. J., Moore, C. C., Márquez-Mezquita, M., Cajola, S. y Von Glascoe, C. *Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico paciente con tuberculosis pulmonar en el Occidente de México*. Gaceta Médica de México 2002; 138 (2): 211-216).

El modelo paternalista actual está basado en los aspectos biológicos de la enfermedad, y no toma en cuenta los puntos de vista del paciente, lo que trae como consecuencia un escaso apego al tratamiento, ocurriendo lo inverso cuando la relación está basada en el paciente (Lamar, N., Papa lardo, A. A., Arora, V. M. and Press, V. G. *Patient centred care and its outcomes in the treatment of asthma*. Patient Related Outcome Measures 2011; 2; 81-109)

Reduccionismo médico

Mientras que los conocimientos médicos y los recursos terapéuticos eran relativamente modestos hasta la segunda mitad del siglo XX, en comparación con los actuales, la relación médico paciente era más integral que la actual, al tomar en cuenta los aspectos biográficos y sociales de los pacientes, mientras que la actual se basa casi exclusivamente en los aspectos biológicos, a pesar de repetir hasta la saciedad que “*la salud es el completo bienestar biopsicosocial*” (Organización Mundial de la Salud), o como lo señala la 8a Conferencia Nacional de Salud de Brasil, “*la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingresos, trabajo, medio laboral, medio ambiente, entretenimiento, y acceso a los servicios de salud*”. Una cosa es lo que se sabe que se debe hacer, y otra lo que se hace (Loaysaa Lara, J. R. González García, F. y Ruiz Moral, R. *Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente*. Atención Primaria 2007; 39 (6): 291-297.)

Modelos de atención médico paciente

Existen varios modelos de atención, en esta presentación nos centraremos en dos modelos; el centrado en el médico que corresponde al paternalismo médico

tradicional, y el centrado en el paciente. Las características y en fundamento ético de estos modelos puede verse en el cuadro 1.

En relación a los modelos para evaluar la toma de decisiones en la práctica médicas, el más utilizado es el propuesto por Beauchamp y Childress y sus cuatro principios: a) autonomía, b) beneficencia, c) no maleficencia y d) justicia. Este modelo propuesto inicialmente para los protocolos de investigación biomédica, que a mi juicio no es el más adecuado para valorar la práctica médica, para lo cual considero que es mejor el modelo propuesto por Albert Jonsen, Siegler y Winslade, cuyas características pueden verse en el cuadro 2.

La calidad de vida no sólo se refieren a las preferencias personales que afecten su forma de vida como es el caso de Ivan Illich, quien padecía de un cáncer de la glándula parótida, la cirugía podría haberle afectado el habla, lo cual era inaceptable para un conferencista como él, por lo que decidió no operarse, también se refiere a las condiciones de vida, incluyendo el acceso a los servicios de salud, que aunque estos existan y sean de una gran calidad, no están a su alcance, como ocurre en algunos casos en los Estados Unidos.(Fernando Lolos. *Bioética*. Mediterráneo, Santiago, 2001).

Consentimiento informado en la consulta

El consentimiento informado no es solamente el acto mediante el cual el paciente ejerce su autonomía, definida ésta como la capacidad moral y legal de aceptar o rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, sino también la obligación del médico de propiciar los espacios de libertad para que el paciente exprese sus puntos de vista y estos sean tomado para la toma de decisiones, lo cual es prácticamente inexistente en la consulta médica, si uno revisa la historia clínica o la nota inicial de un expediente clínico. En el cuadro 3, se ilustran las opciones reales que tiene el paciente para ejercer su autonomía en la consulta médica

Importancia de la ética cotidiana

Aunque de acuerdo a Giovanni Berlingue (*Bioética Quotidiana*. Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, Italia, 2000), los límites entre la ética de frontera y la ética cotidiana son cada vez es más tenues, ya que lo extraordinario se vuelve ordinario y lo excepcional en frecuente, algunos bioeticistas privilegian el estudio y la reflexión de hechos poco frecuente que afectan a las minorías, por ejemplo, dedican grandes espacios al consentimiento informado en la investigación biomédica que afecta a las minorías y se olvidan del consentimiento informado en la consulta médica que afecta a las grandes mayorías.

Cuadro1. Relación Médico Paciente: Modelos de Atención

	Centrada en médico.	Centrada en el paciente.
	Paternalista, autoritario.	Dialogante. autonomista
Características de la medicina	Objetivo. El mejor interés del paciente desde el punto de vista del médico.	Objetivo, El bien del paciente definido desde la autonomía del paciente
Fundamento ético	Beneficencia, sin autonomía	Beneficencia con autonomía

Fuente. Modificado de Ezequiel Emanuel & Linda Emanuel. *Four models of physician patient relationship*. Journal of American Medical Association 1992; 267 (16): 2221-2226 y Azucena Couceiro. *La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos*. En Beca, J. P y Astete, C. (editores), *Bioética Clínica*, Mediterráneo, Santiago, 2014, pp 145-159.

Cuadro 2. Modelo para la toma de decisiones médicas

Información, indicaciones, médicas	Preferencias del paciente
Calidad de Vida.	Contexto Sociocultural

Fuente: Jonsen, A. R. Siegler, M. and Winslade, W. *Clinical Ethics*. McGraw Hill, New York, 1996.

Cuadro 3. Consentimiento informado en la consulta médica

Hechos	Comentario
El médico debe informar al paciente sobre su problema	El médico lo hace a medias y con tecnicismos médicos
El médico debe ofrece las opciones de tratamiento	El médico no explica las opciones de tratamiento.
El paciente debe decir en base a las opciones reales; a) aceptar el tratamiento propuesto y b) rechazarlo	El paciente no recibe información suficiente oportuna y veraz que le permita tomar una decisión razonada (el paciente decide sin discutir las opciones)
Si el paciente acepta el tratamiento propuesto es un buen paciente, si no lo acepta, es un mal paciente y no se le puede ayudar.	El paciente acepta la propuesta, pero dado que él no se siente co-responsable de esa decisión, con frecuencia decide no llevar a cabo las indicaciones.

Fuente: Modificado de Castro-Vásquez, M. C. De pacientes a exigentes. El Colegio de Sonora, Hermosillo, México, 2008, pp 355.