

Cuatro modelos de la relación médico-paciente

Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel

Durante las dos últimas décadas, más o menos, hemos estado viviendo una polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, polémica que ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Para tratar de reducir el poder del médico, muchos han abogado por un modelo en el que el paciente tenga un mayor control^{1,2}. Otros lo cuestionan porque este modelo no asume el potencial desequilibrio que caracteriza la relación médico-paciente, donde una parte está enferma y demanda seguridad, y donde se realizan juicios que conllevan la interpretación de la información técnica^{3,4}. Y otros están intentando delinear una relación más recíproca^{5,6}. Esta confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, el consentimiento informado y el concepto de mala práctica. Este enfrentamiento nos lleva a preguntarnos cómo debe ser la relación médico-paciente ideal.

Esbozaremos cuatro modelos de relación médico-paciente enfatizando las distintas concepciones que cada uno realiza de los objetivos de la relación, las obligaciones del médico, el papel que desempeñan los valores del paciente, y la manera de concebir la autonomía del mismo. Para elaborar una descripción resumida de estos cuatro modelos mostraremos qué tipo de respuesta sugeriría cada uno frente a una situación clínica. En tercer lugar también tendremos que señalar cómo abordan estos modelos el debate actual sobre la relación médico-paciente ideal. Finalmente los evaluaremos y recomendaremos el más adecuado.

Esquemáticamente, los modelos son tipos weberianos ideales. No describen ninguna relación médico-paciente en particular pero destacan, libres de detalles farragosos, diferentes visiones sobre las características básicas de la relación médico-paciente⁷. Consecuentemente, no incorporan estándares éticos o legales, sino que constituyen unos ideales normativos que son «más elevados que la ley», pero no están «por encima de la ley»⁸.

EL MODELO PATERNALISTA

El primero es el modelo *paternalista*, a veces llamado *paternal*⁹ o *sacerdotal*¹⁰. En él la interacción médico-paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso morboso, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor. Llevándolo al extremo, el médico informará de forma autoritaria al paciente en el momento de iniciar la intervención.

Este modelo presupone la existencia de un criterio objetivo que sirve para determinar qué es lo mejor. De ahí que el médico pueda discernir qué es lo mejor para el paciente sin que sea necesaria su participación. Además, se presupone que el paciente debe estar agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso si no estuviera de acuerdo con ella¹¹. En la tensión entre la autonomía del paciente y su bienestar, entre la capacidad de elección y la salud, el médico paternalista pone especial énfasis en estos últimos.

En el modelo paternalista el médico actúa como el tutor del paciente, determinando y poniendo en práctica aquello que sea lo mejor para él. No obstante también tiene obligaciones, entre las que se incluyen poner los intereses del paciente por encima de los propios y pedir la opinión de otros médicos cuando carezca de los conocimientos suficientes. Se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico considera que es lo mejor.

EL MODELO INFORMATIVO

En segundo lugar se encuentra el modelo *informativo*, a veces llamado modelo científico⁹, modelo técnico¹⁰, o modelo del consumidor. Aquí el objetivo de la relación médico-paciente es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la naturaleza y probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención, y sobre la incertidumbre del conocimiento médico. Llevado hasta el extremo, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

El modelo informativo se basa en una clara distinción entre los hechos y los valores. Los valores del paciente son conocidos y están bien definidos; lo que el

paciente no conoce son los hechos. Es obligación del médico facilitar al paciente todos los datos disponibles, y será el paciente, desde sus valores, quien determine qué terapéutica se le debe aplicar. No hay lugar para los valores de médico, para la comprensión y el entendimiento por parte del médico de los valores del paciente, o para enjuiciar la calidad de los mismos. En el modelo informativo el médico es un suministrador de experiencia técnica, y dota al paciente de los medios necesarios para ejercer el control de la situación. Los médicos tienen, como «expertos», una importante obligación a la hora de suministrar información veraz, mantener la competencia técnica en su especialidad, y consultar a otras personas cuando sus conocimientos o habilidades sean insuficientes. Este modelo concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones médicas.

EL MODELO INTERPRETATIVO

El tercer modelo es el *interpretativo*. El objetivo de la relación médico-paciente es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores. Al igual que en el caso del modelo informativo, el médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible. Además, en este modelo el médico ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores.

Según este modelo los valores del paciente no son necesariamente fijos ni conocidos por él. A menudo están poco definidos y el paciente los comprende sólo parcialmente; pueden entrar en conflicto cuando se aplican a situaciones concretas. Por consiguiente, es tarea del médico con el paciente aclarar y hacer coherentes esos valores. Para ello el médico trabaja con el paciente intentando reconstruir sus objetivos, sus aspiraciones, sus responsabilidades y su carácter. Situándonos en el extremo, el médico debe concebir la vida del paciente como un todo discursivo desde donde se determinan sus valores y sus prioridades^{12,13}. De esta manera el médico determina qué pruebas y tratamientos desarrollan mejor estos valores. Y lo que es más importante, el médico no debe imponer sus órdenes al paciente, sino que es el paciente quien en última instancia decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. El médico nunca juzga los valores del paciente; le ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto médico.

En este modelo el médico es un consejero, desarrolla un papel consultivo similar al de un gabinete ministerial para un jefe de Estado, facilitando al paciente la información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo. Las obligaciones del médico

incluyen todas aquellas enumeradas en el modelo informativo, pero también requieren incorporar al paciente en un proceso global de análisis. Por lo tanto la autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión; el paciente llega a conocer más claramente quién es y cómo las distintas opciones médicas afectan a su identidad.

EL MODELO DELIBERATIVO

El cuarto modelo es el *deliberativo*. Aquí el objetivo de la relación médico-paciente es ayudar a éste a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. Entre los objetivos del médico se incluye indicar por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor y se debe aspirar a ellos. Llevado hasta el extremo, médico y paciente deben comprometerse en una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y debe buscar el paciente. El médico analizará sólo los valores relacionados con la salud, esto es, valores que afectan o son afectados por la enfermedad del paciente y su tratamiento, y tendrá presente que muchos elementos de la moralidad no están relacionados con la enfermedad del paciente o con su tratamiento, y que se sitúan fuera del alcance de su relación profesional. Además no debe ir más allá de la persuasión moral; en última instancia, se debe evitar la coacción, y será el paciente quien defina su vida y seleccione el orden de valores que va a asumir. Al comprometerse en esa deliberación moral, médico y paciente juzgan la utilidad y la importancia de los valores asociados a la salud.

En este modelo el médico actúa como un maestro o un amigo¹⁴, comprometiéndose al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor. El médico indica no sólo qué es lo que el paciente podría hacer sino también, conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, qué debería hacer, qué decisión respecto al tratamiento médico sería la más adecuada. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral. El paciente está capacitado, no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar, a través del diálogo, los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento.

UNA COMPARACIÓN DE LOS CUATRO MODELOS

En la tabla 1 se comparan los elementos fundamentales de los cuatro modelos. Todos ellos señalan un papel para la autonomía del paciente, y éste es el factor

Tabla 1: Comparación de los cuatro modelos

	MODELOS			
	PATERNALISTA	INFORMATIVO	INTERPRETATIVO	DELIBERATIVO
Valores del paciente	Objetivos y compartidos por el médico y el paciente	Definidos, fijos y conocidos por el paciente	Poco definidos y conflictivos, necesitados de una aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por él	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como informarle y realizar la intervención elegida por él
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control sobre los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

diferencial más importante a la hora de compararlos. Por lo tanto, no se puede aceptar un modelo sólo porque promueva la autonomía del paciente. Los modelos deben ser comparados y analizados, al menos en parte, mediante la evaluación de la adecuación de sus respectivas concepciones de la autonomía del paciente a una determinada situación.

Los cuatro modelos señalados no agotan todas las posibilidades. Por lo menos podría añadirse un quinto: el modelo *instrumental*. En él los valores del paciente son irrelevantes; el médico persigue junto con el paciente algunos objetivos no relacionados con él, como el bien para la sociedad o el avance del conocimiento científico. El experimento de Tuskegee sobre la sífilis^{15,17} y el de Willowbrook sobre la hepatitis^{18,19} son ejemplos de este modelo. Como revela el rechazo moral de estos casos, este modelo no sólo no es el ideal sino que, por el contrario, constituye una aberración. Por lo tanto no va a ser expuesto aquí.

UN CASO CLÍNICO

Para hacer más tangibles estas descripciones abstractas y para cristalizar las diferencias esenciales entre los diferentes modelos, ilustraremos qué respuesta sugiere cada uno de ellos frente a una situación clínica, por ejemplo, la de una mujer de 43 años, premenopáusica, a la que se le ha descubierto una masa en la mama. La cirugía revela un carcinoma ductal de 3.5 cms sin afectación de los ganglios linfáticos, y receptores estrogénicos positivos. El TAC torácico, la búsqueda ósea y las pruebas de función hepática no evidencian presencia de metástasis. La paciente se ha divorciado recientemente y ha vuelto a trabajar como asesora jurídica para poder mantenerse. ¿Qué es lo que el médico debería comunicar a esta paciente?

En el modelo paternalista un médico diría: «Hay dos terapias alternativas que protegen contra las recidivas locales: la mastectomía y la radioterapia. Sabemos que la supervivencia de la linfadenectomía combinada con radioterapia es igual a la obtenida con la mastectomía. Ya que la linfadenectomía y la radioterapia obtienen las mejores supervivencias y los mejores resultados estéticos está es la opción preferible. He pedido a los radioterapeutas que vengan y comenten el tratamiento radioterápico con usted. También necesitamos protegerla contra la diseminación del cáncer a otras partes de su cuerpo. Aun cuando las probabilidades de recidiva son bajas, usted es joven y no deberíamos dejar ninguna posibilidad terapéutica sin explorar. Estudios recientes sobre la quimioterapia señalan un aumento de la supervivencia sin recidivas del cáncer de mama. Incluso el Instituto Nacional del Cáncer recomienda la quimioterapia para mujeres con un tipo de cáncer de mama como el suyo. La quimioterapia tiene efectos secundarios. No obstante, unos pocos meses de sufrimiento ahora bien valen los años potenciales libres de enfermedad».

En el modelo informativo un médico diría: «Ante un cáncer de mama con ganglios linfáticos negativos hay dos cuestiones previas para usted: el control local y el control sistémico. Para conseguir el control local hay dos opciones, la mastectomía o la linfadenectomía con o sin radioterapia. Basándonos en un gran número estudios sabemos que la mastectomía y la linfadenectomía con radioterapia obtienen unos resultados de supervivencia idénticos, alrededor de un 80% de supervivencia a los 10 años. La linfadenectomía sin radioterapia tiene de un 30% a un 40% de recidivas locales. La segunda cuestión está relacionada con el control sistémico de la enfermedad. Sabemos que la quimioterapia prolonga la supervivencia de mujeres premenopáusicas con ganglios axilares infiltrados por el tumor. Su papel en mujeres con cáncer de mama y ganglios negativos es menos claro. Estudios individuales indican que la quimioterapia no es beneficiosa en términos de supervivencia global, pero una revisión a fondo de toda la literatura muestra que existe una mayor supervivencia. Hace algunos años el INC mostró que en casos como el suyo la quimioterapia puede tener un impacto terapéutico positivo. Finalmente, déjeme informarla de que hay ensayos clínicos, a los que usted se puede incorporar, para evaluar los beneficios de la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama y ganglios negativos. Si usted quiere yo puedo incluirla en un estudio. Estaré encantado de darle cualquier otro tipo de información siempre que usted lo estime necesario».

El médico del modelo interpretativo debería resumir la mayor parte de la información al igual que el médico del modelo informativo y, posteriormente, comprometerse en una deliberación para determinar los deseos del paciente, para concluir: «Me da la impresión que usted tiene deseos contrapuestos. Como es comprensible, parece indecisa sobre cómo sopesar los criterios necesarios para recibir algún tratamiento coadyuvante, al tiempo que revive sus conflictos personales y mantiene su equilibrio psicológico. Déjeme intentar expresar un punto de vista que se adecúe a su situación. Luchar contra su cáncer es importante, pero esto debe dejarle con una imagen saludable de sí misma y una calidad de vida adecuada una vez fuera del hospital. Esta orientación parece compatible con someterse a radioterapia, pero no a quimioterapia. Una linfadenectomía junto a radioterapia optimiza sus probabilidades de supervivencia al tiempo que preserva su mama. La radioterapia lucha contra su cáncer de mama sin producirle desfiguraciones. Al contrario, la quimioterapia podría prolongar la duración de la terapia varios meses. Además los beneficios de la quimioterapia en términos de supervivencia son menores y más controvertidos. Dados los recientes cambios en su vida, usted tiene ya demasiadas preocupaciones nuevas como para someterse a meses de quimioterapia para obtener un beneficio incierto. ¿La he comprendido? Podemos volver a charlar dentro de unos días».

El médico del modelo deliberativo debería empezar resumiendo de forma objetiva la misma información, entablando una conversación para determinar los valores del paciente, pero diría lo siguiente: «Parece claro que usted debería someterse a radioterapia. Esta técnica le ofrece una máxima supervivencia

con un mínimo riesgo, desfiguración y trastornos en su vida. Otra opción diferente es la quimioterapia, de la que tenemos todavía datos poco claros. Poniendo en la balanza todas las opciones, pienso que lo mejor para usted es incorporarse a un ensayo clínico en el que se investiguen los beneficios potenciales de la quimioterapia para mujeres con cáncer de mama y ganglios negativos. En primer lugar, esto asegura que recibirá un cuidado médico excelente, pues no sabemos qué terapia maximiza la supervivencia. En un ensayo clínico el programa de visitas para el seguimiento, las pruebas y las decisiones, son establecidas por los mayores expertos en cáncer de mama para asegurar que todas las mujeres reciben los mejores cuidados posibles. La segunda razón para participar en un ensayo clínico es altruista: esto le permite ayudar algo a mujeres con cáncer de mama que en un futuro se puedan enfrentar a decisiones difíciles. Durante décadas, miles de mujeres han participado en estudios que generaron la información para nuestra práctica terapéutica actual. Sin estas mujeres, sin el conocimiento que generaron, probablemente nosotros estaríamos haciéndole una mastectomía a usted y a otras mujeres con cáncer de mama. Con su incorporación en un ensayo clínico participa usted de una tradición en la cual las mujeres de una generación reciben el máximo grado de cuidados posible, pero además mejoran los cuidados de las mujeres de futuras generaciones porque la medicina ha aprendido algo sobre qué tipo de intervenciones son las mejores. Debo decirle que yo no estoy relacionado con el estudio; si usted elige incorporarse a este ensayo clínico deberá acudir a otro experto en cáncer de mama para plantear su terapia. He tratado de explicarle los conocimientos actuales y le he dicho lo que le recomiendo de manera que usted pueda tomar la mejor decisión posible».

Estas afirmaciones que hemos realizado pueden parecer artificiosas, incluso caricaturescas, pues no tienen presente las condiciones reales de las relaciones con los pacientes. Sin embargo caracterizan la esencia de cada modelo, y sugieren cómo los objetivos y suposiciones de cada uno pueden orientar a los médicos sobre la manera de acercarse a sus pacientes. Situaciones similares pueden ser imaginadas para otros ejemplos clínicos como, por ejemplo, un obstetra deliberando sobre una prueba prenatal o un cardiólogo discutiendo las acciones necesarias para reducir los niveles de colesterol.

EL DEBATE ACTUAL Y LOS CUATRO MODELOS

En las últimas décadas se ha defendido una mayor autonomía del paciente o, como algunos lo han llamado, una mayor «soberanía del paciente»³⁰, concebida como la capacidad de *elección* y *control* de éste sobre las decisiones médicas. Este cambio hacia el modelo informativo está influido por la adopción de una terminología de corte financiero en la medicina, que es lo que ocurre cuando los médicos son denominados proveedores de salud y los pacientes consumidores.

También se puede encontrar otra razón que explica esta tendencia en la difusión de las cartas de derechos de los pacientes²¹, en la promoción de leyes sobre el testamento vital, y en las normas que regulan la investigación en seres humanos. Veamos, por ejemplo, la frase con la que comienza una ley estatal: «El Acta de Derechos del Paciente Terminal autoriza a una persona adulta a controlar las decisiones en lo referente a la administración de tratamientos de soporte vital [...] El Acta simplemente establece una vía por la que pueden ser puestos en práctica de forma legal los deseos de un paciente terminal referentes al uso de técnicas de soporte vital»²². Sin embargo, las leyes sobre el testamento vital no requieren ni estimulan a los pacientes para que discutan con sus médicos el problema del cuidado terminal antes de firmar dichos documentos. De forma similar, las decisiones sobre aquellos casos que exigen el derecho a la muerte, enfatizan el control que debe tener el paciente sobre las decisiones médicas. Como ya estableció un tribunal²³:

El derecho a rechazar un tratamiento médico es básico y fundamental [...] Su ejercicio no requiere la aprobación de nadie más [...] El control sobre las decisiones se sitúa en el ámbito de la competencia de un paciente informado [...] Esta no es una decisión clínica que corresponda tomar a sus médicos [...] Es una decisión moral y filosófica ante la que el paciente, siendo un adulto competente, es el único responsable.

Es probable que los criterios del consentimiento informado hayan sido el refrendo más poderoso a la hora de determinar que el modelo informativo es el ideal. Antes de los años 70 el criterio a seguir en el consentimiento informado estaba basado exclusivamente en consideraciones médicas²⁴⁻²⁶. Desde 1972, y gracias al caso *Canterbury*, el énfasis se ha puesto en el denominado criterio subjetivo del paciente, que obliga al médico a proporcionar al paciente los datos médicos pertinentes que le capaciten para determinar qué intervenciones deben ser realizadas en función de su propio sistema de valores²⁵⁻²⁷.

Un verdadero consentimiento a lo que a uno le pueda ocurrir es el ejercicio informado de la capacidad de elección, y supone la oportunidad de evaluar, con total conocimiento, las opciones posibles y los riesgos que cada una conlleva [...] *Es una prerrogativa del paciente, no del médico, el determinar por sí mismo hacia dónde quiere orientar sus intereses*. Para posibilitar al paciente un seguimiento comprensible del curso de su enfermedad, se hace esencial una cierta familiaridad con las alternativas terapéuticas y con sus riesgos²⁷.

PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

A pesar de su predominio, son numerosos los autores que señalan que el modelo informativo es muy «árido»²⁰. La Comisión Presidencial, y muchos otros, se oponen a una relación médico-paciente que conceda al paciente la autoridad y el poder para tomar decisiones médicas, pues debe de existir, en exclusiva, un proceso de participación en la toma de decisiones médicas construido alrededor

de la «participación mutua y el respeto»^{20,28}. La Comisión Presidencial defiende que el papel del médico es, precisamente, «ayudar al paciente a comprender la situación clínica y los posibles cursos de acción, al tiempo que éste expresa sus preocupaciones y sus deseos»²¹. Brock y Wartman²⁹ enfatizan la importancia de esta «división del papeles» —es el médico el que proporciona la información mientras el paciente toma las decisiones sobre los valores— al describir la «participación en la toma de decisión» como un proceso colaborativo

en el cual, tanto los médicos como los pacientes, realizan contribuciones activas y esenciales. Los médicos aportan su entrenamiento clínico, sus conocimientos y su experiencia —incluyendo el conocimiento de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles— para el diagnóstico y manejo de la situación de los pacientes. Los pacientes aportan el conocimiento de sus propias aspiraciones y de sus valores personales, a través de los cuales pueden ser evaluados los riesgos y beneficios de las distintas opciones terapéuticas. Con este método, la selección del mejor tratamiento para un paciente en particular requiere la contribución de ambas partes.

De forma similar, en el debate sobre cuál es la forma ideal de tomar decisiones médicas, Eddy³⁰ sostiene que esta división *de facto* entre la labor del médico y la del paciente es la más adecuada:

Es importante separar la toma de decisiones en los dos pasos siguientes [] El primero es una cuestión de hechos, y se basa en la evidencia empírica [...] El segundo paso ya no es una cuestión de hechos sino de valores personales o de preferencias. El proceso mental no es analítico sino personal y subjetivo [...] Son las preferencias del paciente las que deben determinar la decisión [...] En condiciones ideales, usted y yo (los médicos) no estamos en la escena. Se hará lo que decida la señora Smith.

Esta forma de enfocar la participación en la toma de decisiones parece conceder la autoridad al paciente relegando a los médicos a la condición de técnicos, «que transmiten información médica y usan sus habilidades técnicas en la dirección que marca el paciente»³⁰. De este modo, mientras los defensores de «la participación en la toma de decisiones» podrían aspirar a un diálogo mutuo entre el médico y el paciente, la realidad nos dice que su ideal se convierte en un modelo informativo.

Otros autores han desarrollado modelos de relación médico-paciente más recíprocos^{5,6,25}. Entre ellos destaca Katz³¹, *El mundo silencioso del médico y el paciente*. Basándose en la teoría freudiana, en la cual el conocimiento de uno mismo y la autogestión están siempre limitadas por influencias inconscientes, Katz ve el diálogo como el mecanismo que permite la mejor comprensión de los propios valores y objetivos. De acuerdo con Katz, esta forma de ver la situación establece la obligación para médicos y pacientes de reflexionar y comunicarse, de manera que los pacientes puedan conseguir un mayor conocimiento de sí mismos y una mayor capacidad de autogestión. Esta forma de comprender el problema por parte de Katz es también útil en campos distintos a la teoría psicológica freudiana y es compatible con el modelo interpretativo¹².

OBJECIONES AL MODELO PATERNALISTA

Está ampliamente asumido que el modelo paternalista se justifica en casos de urgencia, en los que el tiempo empleado en conseguir el consentimiento informado pudiera producir un daño irreversible al paciente^{1,2,20}. Sin embargo, fuera de estas circunstancias tan concretas, no se puede asumir que tanto el paciente como el médico tengan valores y puntos de vista similares acerca de lo que es un beneficio. Por consiguiente, ni siquiera los médicos suelen defender el modelo paternalista como el modelo ideal de la relación médico-paciente³².

OBJECIONES AL MODELO INFORMATIVO

El modelo informativo parece inadecuado, tanto por sus características como por su aplicabilidad. Primero, parece que en este modelo no tienen cabida las cualidades esenciales de una relación médico-enfermo ideal. El médico del modelo informativo cuida al paciente en el sentido de que ejecuta de una manera competente las intervenciones seleccionadas por éste. Sin embargo, este médico carece del enfoque humano necesario para comprender lo que el paciente valora o lo que debería valorar, y de qué manera afecta su enfermedad a estos valores. Los pacientes esperan de sus médicos una cierta calidad humana; valoran el dominio técnico, pero consideran deficiente al médico distante, por lo que éste acaba siendo rechazado. Además, el médico del modelo informativo evita dar recomendaciones por miedo a imponer su voluntad o a asumir un control en una toma de decisiones que corresponde sólo al paciente²⁵. Si una de las cualidades esenciales de un médico es la capacidad de asimilar las situaciones clínicas a la experiencia previa de situaciones similares, y a un profundo conocimiento del punto de vista del paciente frente a las recomendaciones que se le dan respecto a su situación médica o personal^{3,5,25}, entonces el médico del modelo informativo no puede ser considerado como el ideal.

Segundo, en el modelo informativo el médico ideal está muy especializado, por lo que puede facilitar una información detallada y realizar de forma competente la intervención médica que prefiera el paciente. Por lo tanto, el modelo informativo perpetúa y acentúa la tendencia hacia la especialización y la práctica impersonal dentro de la profesión médica.

Pero lo más importante es que la concepción de la autonomía que tiene el modelo informativo parece filosóficamente insostenible. Este modelo presupone que las personas poseen valores personales conocidos y fijos, pero esto es erróneo. La gente suele tener dudas sobre qué es lo que quiere en realidad. Además, a diferencia de los animales, las personas poseen lo que los filósofos llaman «deseos de segundo orden»³³⁻³⁵; esto es, la capacidad de rechazar sus propios deseos y de revisar sus anhelos y preferencias. De hecho, la libre voluntad y la autonomía son inherentes a tener «deseos de segundo orden», y a ser capaces de cambiar nues-

tras preferencias y de modificar nuestra identidad. El pensarse a sí mismo y la capacidad de cambiar nuestros deseos, requiere un «proceso» de deliberación moral en el cual evaluamos el valor de aquello que queremos. Y este es un proceso que acontece junto a otras personas que nos conocen bien y que pueden articular una visión sobre cómo deberíamos ser y a lo que deberíamos acceder. Aun cuando los cambios en la salud o la realización de las distintas alternativas terapéuticas puedan tener importantes efectos sobre aquello que deseamos, o sobre cómo realizamos aquello que deseamos, la autorreflexión y la deliberación no juegan un papel esencial en una relación médico-paciente de carácter informativo. La concepción de la autonomía del paciente que mantiene el modelo informativo es incompatible con una visión de la autonomía que incorpore los deseos de segundo orden.

OBJECIONES AL MODELO INTERPRETATIVO

El modelo interpretativo rectifica esta deficiencia al reconocer que las personas tienen deseos de segundo orden y estructuras de valores dinámicas, pues sitúa en el centro de la interacción médico-paciente la aclaración de los valores en el contexto de su condición médica. Sin embargo, existen algunas objeciones al modelo interpretativo.

La especialización técnica dificulta que los médicos cultiven las habilidades necesarias para el modelo interpretativo. Con aptitudes interpretativas y tiempo limitado los médicos pueden, sin darse cuenta, imponer sus propios valores bajo el aspecto de articular los valores del paciente. Y los pacientes, abrumados por su situación médica y la falta de claridad en sus puntos de vista, pueden aceptar con demasiada facilidad esta imposición. Dichas circunstancias pueden hacer que, en la práctica, el modelo interpretativo se convierta en paternalista.

Además, si la autonomía se entiende como autocomprensión, no permite juzgar los valores del paciente o tratar de persuadirle para que adopte otros. Esto limita las orientaciones y recomendaciones que el médico puede ofrecer al paciente. Y si vamos a la práctica, especialmente en medicina preventiva o en intervenciones que persiguen reducir riesgos, los médicos intentan persuadir a los pacientes para que adopten determinados valores relacionados con su salud. Con frecuencia instan a los pacientes con niveles de colesterol elevados y que son fumadores a cambiar sus hábitos dietéticos, a dejar de fumar, y a comenzar programas de ejercicio antes de iniciar el tratamiento farmacológico. La justificación dada para estos cambios es que los pacientes deberían valorar su salud más de lo que lo hacen. De forma similar, los médicos tratan de persuadir a sus pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que puedan realizar prácticas sexuales de riesgo, tanto de que se abstengan como de que adopten prácticas de «sexo seguro». Estas sugerencias no se hacen sólo para promover la salud de los pacientes infectados por el VIH, sino que constituyen una llamada

para que asuman su responsabilidad para con los demás. En consecuencia, al evitar los juicios de valor, el modelo interpretativo parece caracterizar de forma incompleta las interacciones médico-paciente ideales.

OBJECIONES AL MODELO DELIBERATIVO

Las objeciones fundamentales al modelo deliberativo se centran en si es propio de los médicos juzgar los valores de los pacientes y promover determinados valores relacionados con la salud. En primer lugar, los médicos no poseen un conocimiento privilegiado acerca de cuál es la prioridad de unos valores, en relación con la salud, respecto a otros valores. De hecho, desde que la nuestra es una sociedad plural en la cual la gente posee valores que no pueden ser juzgados, es probable que los valores del médico y su visión sobre la importancia relativa de los valores entre en conflicto con la de otros médicos y con la de sus propios pacientes.

En segundo lugar, la naturaleza de la deliberación moral entre el médico y el paciente, las intervenciones recomendadas por el médico y los tratamientos finalmente realizados, dependerán de los valores del médico concreto que trate al paciente. Sin embargo, las recomendaciones y los cuidados proporcionados a los pacientes no deberían depender ni de los juicios del médico sobre la importancia de los valores del paciente ni de los valores particulares de aquél. Como ya apuntó un bioeticista³⁰:

La mano está rota; el médico puede repararla; por lo tanto debe repararla —en la medida de lo posible— sin tener en cuenta los valores personales que puedan conducir al médico a pensar mal del paciente o de sus valores [...] A nivel de la práctica clínica la medicina debería estar libre de valores en el sentido de que los valores personales del médico no deberían distorsionar la toma de decisiones médicas.

En tercer lugar, se puede argumentar que el modelo deliberativo malinterpreta el propósito de la interacción médico-paciente. Los pacientes pretenden recibir atención de sus médicos y no involucrarse en una discusión moral o en una revisión de sus valores. Finalmente, como en el modelo interpretativo, el modelo deliberativo puede transformarse fácilmente y sin querer en paternalismo, precisamente la práctica que generó el debate público sobre cuál es la relación médico-paciente más adecuada.

EL MODELO PREFERIDO Y SUS IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Parece evidente que diferentes modelos pueden ser apropiados cuando varían las circunstancias clínicas. De hecho, los cuatro modelos pueden servir de guía a médicos y pacientes en diferentes momentos. Sin embargo, es importante deter-

minar un modelo que pueda ser asumido por todas las partes, una base de referencia; los otros modelos podrán ser usados excepcionalmente, pero requerirán una justificación basada en las circunstancias concretas de la situación médica. Por ejemplo, está comúnmente aceptado que en las situaciones de urgencia, donde demorarse en el tratamiento para obtener el consentimiento informado puede danar irreversiblemente al paciente, el modelo paternalista guía de forma correcta las relaciones médico-paciente. Y por el contrario, en pacientes que tienen valores claros pero enfrentados, probablemente esté justificado el modelo interpretativo. Por ejemplo, una mujer de 65 años que ha sido tratada de leucemia aguda se puede haber negado reiteradamente a someterse a una quimioterapia de rescate si recae. Algunos meses antes del nacimiento prematuro de su primer nieto la paciente recae. La paciente está dividida entre soportar los riesgos de una quimioterapia de rescate para poder vivir lo suficiente para ver a su primer nieto y rechazar la terapia, resignándose así a no conocer a su nieto. En estos casos, el médico puede adoptar un enfoque interpretativo. En otras circunstancias, en las que sólo hay una relación médico-paciente puntual y sin una relación continuada en la cual los valores del paciente puedan ser dilucidados y comparados con los ideales, puede estar justificado el modelo informativo.

Cualitativa y cuantitativamente reivindicamos que la relación médico-paciente ideal se basa en el modelo deliberativo. Aduciremos seis puntos para justificar esta afirmación. Primero, el modelo deliberativo es el que más se acerca a nuestro ideal de autonomía. Entender el respeto a la autonomía simplemente como el permitir a una persona elegir el curso de acción que prefiera entre una lista de opciones posibles es una sobresimplificación y una distorsión de la tradición occidental^{34,35}. La libertad y el control sobre las decisiones médicas en solitario no constituyen, sin más, la autonomía de un paciente. La autonomía requiere que los individuos puedan formarse una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias; que determinen, tras una reflexión, si estos valores son aceptables, y si son los más adecuados para justificar sus acciones, y posteriormente que sean libres para poder llevar a cabo aquellas que realicen estos valores. El proceso de reflexión integral del modelo deliberativo es esencial para desarrollar la autonomía del paciente entendida en este sentido.

Segundo, la imagen que nuestra sociedad tiene de un médico ideal no se limita a aquel que conoce y transmite al paciente la información más relevante, y que lleva a cabo las intervenciones médicas de forma competente. El médico ideal — a menudo caracterizado en la literatura, arte y cultura popular — es un médico humanista, que integra la información y los valores relevantes para realizar una recomendación y, a través del diálogo, intenta persuadir al paciente para que acepte esta recomendación, así como la intervención que mejor garantice su bienestar global. De este modo esperamos de los mejores médicos que se comprometan con sus pacientes en una evaluación discursiva sobre su salud y los valores relacionados con ella. El médico no debe invocar en el diálogo valores que no tengan relación con la enfermedad del paciente y con las potenciales terapias o

lo estén sólo tangencialmente. Es importante que estos esfuerzos no se limiten a situaciones en las cuales los pacientes puedan hacer elecciones «irracionales y daninas»²⁹, sino que se amplíen a todo tipo de decisiones sanitarias.

Tercero, el modelo deliberativo no es una forma disfrazada de paternalismo. Anteriormente pudo haber habido errores importantes por los cuales el modelo deliberativo haya sido identificado, de manera errónea, con el médico paternalista. Y sin duda, en la práctica, el médico deliberativo puede caer algunas veces en el paternalismo. Sin embargo, como el profesor ideal, el médico deliberativo trata de persuadir al paciente sobre la importancia de ciertos valores, no de imponer dichos valores de forma paternalista; la aspiración del médico no es someter al paciente a su voluntad, sino persuadirle de que un curso de acción es el más deseable. En *Las Leyes*, Platón³⁷ caracteriza, en la práctica médica, esta diferencia fundamental entre persuasión e imposición, distinción que separa el modelo deliberativo del paternalista:

Un médico de esclavos nunca da a sus pacientes ninguna explicación sobre su enfermedad [...] el médico da algunas órdenes que parten de su experiencia con un aire de conocimiento infalible, con las formas bruscas de un dictador [...] El médico libre, que generalmente cuida de hombres libres, trata sus enfermedades ante todo mediante una concienzuda discusión con el paciente y sus amigos. De esta forma aprende algo de los que sufren y simultáneamente se instruye. Por lo tanto el médico no prescribe su medicación hasta que haya convencido al paciente; el objetivo del médico es una recuperación completa de la salud mediante el convencimiento del paciente para cumplir con su terapia.

Cuarto, los valores del médico son importantes para los pacientes y sirven de base para que lo elija como su médico. Ello se observa cuando una mujer embarazada elige un obstetra que no realiza rutinariamente una batería de pruebas prenatales o cuando, alternativamente, elige uno que está firmemente a favor de ellas; también cuando un paciente elige un cardiólogo agresivo, que tiende a realizar procedimientos intervencionistas, o uno que basa su terapia en cambios dietéticos, reducción del estrés y modificaciones en el estilo de vida, están seleccionando al médico, conscientemente o no, basándose en los valores que orientan sus decisiones clínicas. Cuando surgen los desacuerdos entre médicos y pacientes se producen las discusiones sobre qué valores son los más importantes y deben ser desarrollados en la práctica médica. Ocasionalmente, cuando este tipo de desacuerdos minan la relación médico-paciente y la actitud comprensiva, el cuidado del paciente es transferido a otro médico. De hecho, en el modelo informativo, los fundamentos para transferir el cuidado del paciente a un nuevo médico son o bien la ignorancia del médico, o bien la incompetencia. Pero los pacientes parecen cambiar de médico porque no les «gusta» un médico en particular o ciertas actitudes o métodos que éste utiliza.

Quinto, parece lógico que los médicos no sólo deben ofrecer terapias que se adecuen a los valores elegidos por el paciente, sino que también deben promover valores relacionados con la salud. Como hemos apuntado, se espera de los médi-

cos que promuevan ciertos valores, como el «sexo seguro» en pacientes con VIH, o la abstinencia, o la limitación del consumo de alcohol. De forma similar, los pacientes deben estar dispuestos para adecuar sus valores y acciones, y hacerlos más compatibles con los valores que promocionan la salud³⁸. Esto se sitúa en la raíz de la búsqueda de unas recomendaciones médicas más humanas.

Finalmente, bien pudiera ser que muchos médicos careciesen del entrenamiento y la capacidad necesarios para articular los valores subyacentes en sus recomendaciones y para convencer a los pacientes de que esos valores son los adecuados. Pero, en parte, esta deficiencia es una consecuencia de la especialización técnica y de la tendencia a evitar los debates sobre valores por parte de los médicos, tendencia que ha sido perpetuada y justificada por el modelo informativo dominante. Por lo tanto, si el modelo deliberativo parece el más apropiado, necesitamos realizar cambios en la asistencia y educación médica que estimulen una práctica clínica más humana. Debemos poner el acento en la comprensión más que en la mera transmisión de información puntual ajustándose a los criterios legales del consentimiento informado y la mala práctica médica; debemos educar a los médicos no sólo para que empleen más tiempo en la comunicación médico-paciente, sino también para que descubran y articulen los valores subyacentes en sus decisiones médicas, incluso en las más rutinarias; debemos cambiar la idea generalizada de la autonomía del paciente desplazando tanto las expectativas del médico como las del paciente del control del enfermo a su desarrollo moral. Y es todavía más importante asumir que el desarrollo de una relación médico-paciente deliberativa requiere una gran cantidad de tiempo. Debemos desarrollar una forma de financiación del sistema de salud que incentive, más que penalice, a los médicos a emplear tiempo en dialogar sobre valores con sus pacientes.

CONCLUSIÓN

A lo largo de las últimas décadas, el debate referente a la relación médico-paciente se ha centrado en dos extremos: la autonomía y el paternalismo. Muchos autores han acusado a los médicos de paternalistas, instando a la concesión de poder a los pacientes para que controlen su propia salud. Desde este punto de vista, el modelo informativo ha llegado a dominar los criterios bioéticos y legales. Este modelo encarna una concepción defectuosa de la autonomía del paciente y reduce el papel del médico al de un técnico. La esencia de la actividad médica es generar conocimiento, comprensión, enseñanzas y actuaciones en las cuales un médico humanista integra la condición médica del paciente y los valores relacionados con la salud, hace una recomendación sobre el curso de acción apropiado y trata de persuadir al paciente de la dignidad de esta forma de actuar y de los valores que lleva a cabo. El médico con una actitud humanista es el ideal plasmado en el modelo deliberativo, el ideal que debería servir de ejemplo a las leyes y políticas que regulan la interacción médico-paciente.

Por último, debe destacarse que el ámbito de los cuatro modelos aquí esbozados no se circunscribe única y exclusivamente al médico; también pueden servir de referencia a la concepción pública de otras relaciones profesionales. Sugerimos que las relaciones ideales entre abogado y cliente¹⁴, sacerdote y laico, profesor y estudiante, están bien caracterizadas en el modelo deliberativo, al menos en sus aspectos esenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veatch RM. A Theory of Medical Ethics. Nueva York: Basic Books Inc Publishers; 1981.
2. Macklin R. Mortal Choices. Nueva York: Pantheon Books Inc; 1987.
3. Ingelfinger FJ. Arrogance. N Engl J Med 1980; 304: 1507.
4. Marzuk PM. The right kind of paternalism. N Engl J Med 1985; 313: 1.474-6.
5. Siegler M. The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. Arch Intern Med 1985; 145: 713-5.
6. Szasz TS, Hollender MH. The basic models of the doctor-patient relationship. Arch Intern Med 1956; 97: 585-92.
7. Weber M; Parsons T, editores. The Theory of Social and Economic Organization. Nueva York: The Free Press; 1947.
8. Ballantine HT. Annual discourse-the crisis in ethics, *anno domini* 1979. N Engl J Med 1979; 301: 634-8.
9. Burke G. Ethics and medical decision-making. Prim Care. 1980; 7: 615-24.
10. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep. 1975; 2: 3-5.
11. Stone AA. Mental Health and Law: A System in Transition. Nueva York: Jason Aronson Inc; 1976.
12. MacIntyre A. After Virtue. South Bend (IND): University of Notre Dame Press; 1981. (Hay trad. esp.: Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1987.)
13. Sandel MJ. Liberalism and the Limits of Justice. Nueva York: Cambridge University Press; 1982.
14. Fried C. The lawyer as friend: the moral foundations of the lawyer client relationship. Yale Law J 1976; 85: 1.060-89.
15. Jones JH. Bad Blood. Nueva York: Free Press; 1981.
16. Final Report of the Tuskegee Syphilis Study *ad hoc* Advisory Panel. Washington: Public Health Service; 1973.
17. Brandt AM. Racism and research: the case of the Tuskegee syphilis study. Hastings Cent Rep 1978; 8: 21-9.
18. Krugman S, Giles JP. Viral hepatitis: new light on an old disease. JAMA 1970; 212: 1.019-29.
19. Ingelfinger FJ. Ethics of experiments on children. N Engl J Med 1973; 288: 791-2.
20. The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions. Vol. 1. Washington: US Government Printing Office; 1982.
21. Statement on a Patient's Bill of Rights. Chicago: American Hospital Association; November 17, 1972.
22. Uniform rights of the terminally ill Act. En: Handbook of Living Will Laws. Nueva York: Society for the Right to Die; 1987. p. 135-47.

23. Bouvia v Superior Court, 225 Cal Rptr 297 (1986).
24. Natanson v Kline, 350 P2d 1093 (Kan 1960).
25. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. Nueva York: Oxford University Press; 1987. (Cap 3.)
26. Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. Nueva York: Oxford University Press; 1986.
27. Canterbury v Spence, 464 F2d 772 (DC Cir 1972).
28. Brock D. The ideal of shared decision-making between physicians and patients. Kennedy Institute J Ethics 1991; 1: 28-47.
29. Brock DW, Wartman SA. When competent patients make irrational choices. N Engl J Med 1990; 322: 1595-9.
30. Eddy DM. Anatomy of a decision. JAMA 1990; 263: 441-3.
31. Katz J. The Silent World of Doctor and Patient. Nueva York: Free Press; 1984.
32. Tannock IF, Boyer M. When is a cancer treatment worthwhile? N Engl J Med 1990; 322: 989-90.
33. Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of a person. J Philosophy. 1971; 68: 5-20.
34. Taylor C. Human Agency and Language. Nueva York: Cambridge University Press; 1985. p. 15-44.
35. Dworkin G. The Theory and Practice of Autonomy. Nueva York: Cambridge University Press; 1988. (Cap 1.)
36. Gorovitz S. Doctors' Dilemmas: Moral Conflict and Medical Care. Nueva York: Oxford University Press; 1982. (Cap 6.)
37. Plato: The Collected Dialogues. Princeton: Princeton University Press; 1961. p. 720.
38. Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM *et al*. The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment. JAMA 1992; 267: 663-7.