

## LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Con independencia de los cambios experimentados en la relación médico-enfermo, teniendo en cuenta los diversos contextos históricos, culturales, económicos y sociales, “Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más importante”, afirma con toda seguridad P. Laín Entralgo, en la Introducción a su conocida obra *La relación médico-enfermo*, Alianza Universidad, Madrid, 1983 (editada anteriormente en “Revista de Occidente” el año 1964). Es un tema que continúa y continuará teniendo una importancia capital, porque es el eje de las relaciones en el ámbito sanitario y el objetivo preferencial de todos los profesionales de la salud.

Seguiremos, para ello, el estudio de E.J. Emanuel y L.L. Emanuel, “Cuatro modelos de la relación médico-paciente”, en A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, 109-126 (original en lengua inglesa: Four models of the physician-patient relationship, JAMA 267-16 (1992) 2.221-2.226).

Ezekiel Jonathan Emanuel (1957-) es un médico norteamericano, especialista en oncología y miembro del prestigioso instituto de bioética [The Hastings Center](#). Ha sido profesor asociado de ética médica en la [Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard](#). Desde septiembre de 2011 forma parte de la [Universidad de Pennsylvania](#) donde es simultáneamente profesor de la Escuela de Medicina y de la Wharton School.

Linda L. Emanuel, por su parte, es médico geriatra, fundadora y directora del Centro Buehler sobre el Envejecimiento, Salud y Sociedad (Instituto de Salud Pública y Medicina), perteneciente a la [Northwestern University](#) (Chicago) donde ejerce como profesora de Medicina Interna y Geriátrica.

### INTRODUCCIÓN

Incluso a sabiendas del importante cuerpo jurídico que la protege, sigue siendo relevante plantearse cómo debe ser la relación médico-enfermo ideal o, mejor dicho, la que más se aproxime al ideal. A este propósito conviene tener en cuenta que aquí se van a poner de relieve diferentes visiones sobre las características básicas de esa relación. Los modelos que se van a presentar constituyen “tipos ideales”, según la terminología de M. Weber, ante los que se pueden confrontar todos los profesionales sanitarios e incluso quienes seamos padres o ejerzamos la docencia.

La mayoría de los lectores conocen sobradamente el tema y le habrán dado mil y una vueltas. No obstante, es algo que siempre da qué pensar y a eso invito con estas líneas.

## **1. DESCRIPCIÓN DE LOS CUATRO MODELOS**

### **1. El modelo paternalista**

El objetivo de este modelo es hacer el bien al enfermo siguiendo los criterios clínicos del médico, por ser éste el único capacitado para decidir lo que es bueno para él, quien, por esa razón, deberá obedecer en todo momento a su médico. Los médicos definen la situación clínica del enfermo eligiendo las pruebas diagnósticas y los tratamientos más adecuados, con el fin de restaurar la salud de la persona enferma o aliviar su dolor. Por lo tanto, el paciente recibe una información seleccionada por su médico que le conducirá a consentir la mejor intervención “médica”.

Este modelo se basa en dos presupuestos: 1º) la existencia de un criterio objetivo en el médico, que sirve para determinar qué es lo mejor para el enfermo sin este tome parte en la decisión, y 2º) que el enfermo debe estar agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso aunque no estuviera de acuerdo con ella.

Dicho con otras palabras, el médico “paternalista” pone especial énfasis en el bienestar y la salud del enfermo (beneficencia), sin contar con la libertad y capacidad de elección de la persona enferma (autonomía). Cuanta mayor sea la separación entre beneficencia y autonomía, más “fuerte” será la actitud paternalista del médico, que actuará como “*padre-tutor-guardián*” del paciente determinando y poniendo en práctica aquello que, según su criterio clínico, sea lo mejor para el enfermo.

Es cierto que en ese modelo el médico asume obligaciones, como la de poner los intereses del enfermo por encima de los propios y, también, la de pedir opinión a otros médicos cuando carezca de conocimientos suficientes, pero lo distintivo es confundir la autonomía del paciente con un asentimiento sin titubeos a la decisión médica. ¿Cómo va a dudar un niño que su padre quiere lo mejor para él, para su hijo?

### **2. El modelo informativo**

Este modelo también recibe los nombres de modelo científico, técnico y del consumidor. Su objetivo es proporcionar al paciente toda la información relevante sobre su enfermedad, incluidos los beneficios y riesgos asociados a las actuaciones terapéuticas y, luego, será el paciente quien decida la intervención que desee.

Este modelo se basa en una clara distinción entre hechos y valores. El paciente conoce y define bien sus valores, pero no conoce los hechos de su situación clínica. Al médico le corresponde proporcionar al paciente la información que éste desconoce sobre los hechos y sólo será el paciente quien, desde sus propios valores, elija la acción terapéutica que se le debe aplicar. No hay lugar para los valores del médico, ni para acercarse a comprender los valores del enfermo ni, mucho menos aún, para enjuiciar

la calidad de los mismos. Es mucho más sencillo: el médico da a conocer su experiencia profesional, o sea, actúa como **“experto”** y, de ese modo, dota al enfermo de los medios necesarios para controlar la situación.

Los médicos tienen aquí importantes obligaciones como la de ofrecer información veraz, cultivar la competencia técnica de su especialidad, y consultar a otros médicos cuando sus conocimientos o habilidades sean insuficientes. No obstante, la clave de este modelo consiste en entender la autonomía del enfermo como el ejercicio de un control total sobre las decisiones médicas. Aunque no suene bien la expresión, es lo más parecido a una “medicina a la carta”.

### **3. El modelo interpretativo**

El objetivo de este modelo es determinar los valores del paciente y saber lo que realmente desea en ese momento, para ayudarlo a elegir de entre todas las intervenciones médicas aquellas que satisfagan sus valores. Al igual que en el modelo anterior, el médico proporciona al paciente la información relevante sobre su enfermedad, incluidos los riesgos y beneficios de cada posible intervención, pero lo decisivo es ayudar al enfermo a aclarar y articular sus valores respecto a las posibles actuaciones terapéuticas, es decir, ayudarlo a interpretar sus valores.

En este modelo, los valores del paciente suelen estar poco definidos y hasta pueden entrar en conflicto cuando se aplican a situaciones concretas. Es tarea del médico aclarar y hacer coherentes esos valores haciendo que sea el paciente quien reconstruya sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades sanitarias. El médico ayuda al enfermo a conocer e interpretar sus valores, pero lo debe juzgar ni imponer. Sólo el enfermo decide qué actuaciones se ajustan mejor al sistema de valores.

El médico actúa aquí como **“consejero-consultor”** facilitando al enfermo la información relevante, ayudándole a interpretar sus valores y a sugerirle las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo. Es obligación del médico (además de lo indicado al final del modelo anterior) introducir al enfermo en un proceso global de análisis como un todo discursivo en el que hay que aclarar sus valores y prioridades. Consecuencia de todo ello es que la autonomía del paciente se concibe como autocomprensión referida a su jerarquía de valores en función de las diferentes opciones médicas que afectan a su vida y a su salud.

### **4. El modelo deliberativo**

En este tipo de relación, el objetivo es ayudar al enfermo a elegir, entre todos los valores relacionados con su salud, aquellos que son los mejores para su situación

clínica. A tal fin, el médico tiene que ofrecer al paciente la información clínica disponible sobre su situación, ayudándole a dilucidar los valores incluidos en las opciones terapéuticas posibles e indicándole aquellos valores relacionados con su salud que tienen mayor peso y a los que debe aspirar. Todo ello hay que realizarlo a lo largo de un proceso deliberativo conjunto entre médico y enfermo.

Conviene tener presente que el médico analizará los valores relacionados con la salud del paciente, dejando fuera de su relación profesional aquellos otros valores morales que no resultan afectados por su enfermedad o tratamiento. Eso significa que el médico debe evitar cualquier tipo de imposición y/o coacción. Le corresponde al paciente seleccionar el orden de valores referentes a su salud. El médico representa aquí el papel de "*amigo o maestro*", que se compromete a dialogar con su paciente acerca de qué tipo de actuación sería la mejor. En consecuencia, la autonomía del enfermo se concibe como un autodesarrollo moral en el sentido de que está capacitado para analizar, mediante el diálogo con el médico, acerca de los valores relacionados con su salud y sus implicaciones en el tratamiento elegido.

### **III. ESQUEMA COMPARATIVO DE LOS MODELOS**

Los criterios en torno a los que se organizan los diferentes modelos son los siguientes: valores del enfermo, obligaciones del médico, concepción de la autonomía del enfermo y concepción del papel del médico.

#### **PATERNALISTA**

- Valores del enfermo: Objetivos y compartidos por médico y enfermo.
- Obligaciones del médico: Promover el bienestar del enfermo sin contar con él.
- Autonomía del enfermo: Asentimiento total a las decisiones médicas.
- Papel del médico: "Padre-Tutor-Guardián"

#### **INFORMATIVO**

- Valores del enfermo: Definidos, fijos y conocidos por el enfermo.
- Obligaciones del médico: Dar información relevante y actuar según la elección del enfermo.
- Autonomía del enfermo: Elección y control sobre los actos médicos.
- Papel del médico: Técnico-"Experto".

#### **INTERPRETATIVO**

- Valores del enfermo: Poco definidos, conflictivos, necesitados de aclaración.
- Obligaciones del médico: Interpretar y articular valores, informar y actuar por elección del enfermo.

- Autonomía del enfermo: Autocomprensión de los propios valores referentes a su salud.
- Papel del médico: Consultor-Consejero.

## DELIBERATIVO

- Valores del enfermo: Expuestos y discutidos en un proceso de diálogo deliberativo.
- Obligaciones del médico: Establecer ese proceso para informar la decisión del enfermo.
- Autonomía del enfermo: Autorreflexión sobre valores por medio de diálogo médico-enfermo.
- Papel del médico: Amigo-Maestro.

Es un hecho admitido que, desde mediados del pasado siglo XX, la autonomía del paciente, entendida como capacidad de elección y control de este sobre las decisiones médicas referentes a su salud, ha adquirido la máxima prioridad en el ámbito sanitario. Pueden haber influido en ello varias causas:

1ª) La progresiva adopción de una terminología de corte financiero en la medicina que ha llevado a considerar a los médicos como proveedores de salud y a los pacientes como consumidores de salud.

2ª) La difusión de las cartas de derechos de los pacientes entre los que destaca el de la libre autodeterminación en lo tocante a su salud –el consentimiento informado–. No olvidaremos nunca, a este propósito, la rotundidad del artículo primero del [Código de Nüremberg](#), que abrió camino al éxito de la autonomía: “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”.

3ª) Pero ha sido sin duda la definición e implantación del consentimiento informado el refrendo más poderoso para reconocer el primado de la autonomía del enfermo.

En esa misma línea, aseguran los Drs. Emanuel, es necesario saber que antes de los años 70 del siglo XX el criterio a seguir en el consentimiento informado estaba basado exclusivamente en razones médicas, pero desde 1972, gracias al caso *Canterbury, vs Spencer*, entre otros, el verdadero énfasis se ha puesto en el criterio subjetivo del paciente previamente informado antes por el médico con los datos pertinentes que le permitan decidir en función de su propio sistema de valores.

No es precisamente ninguna casualidad que la [Ley 41/2002](#) afirme no sólo que «el titular del derecho a la información es el paciente» (art.5.2), sino que «*la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le*

*ayudará a tomar decisiones con su propia y libre voluntad» (art.4.2), siendo el «médico responsable del paciente» quien garantice el cumplimiento de ese derecho.*

#### **IV. ALGUNAS OBJECIONES A CADA UNO DE LOS MODELOS**

##### **1. Objeciones al modelo paternalista**

Hoy parece ampliamente asumido que este modelo se justifica en casos de urgencia, cuando el tiempo empleado en conseguir el consentimiento informado pudiera producir un daño irreversible al enfermo.

Del mismo modo, también parece comúnmente admitido un tipo de paternalismo “suave” o “moderado”, como sucede en el caso del “privilegio terapéutico”, por ejemplo, y en tantos otros casos de la clínica diaria donde el enfermo solicita expresamente un consejo a su médico basándose en la confianza mutua.

El paternalismo “fuerte”, que no cuenta para nada con el enfermo, es inadmisibile.

##### **2. Objeciones al modelo informativo**

Este modelo parece inadecuado por varias razones: 1ª) porque el papel del médico se reduce a la doble tarea de informar y de realizar lo que decida el paciente, hasta el punto de no recomendarle nada por miedo a imponerle sus conocimientos clínicos, dando así lugar a la “medicina defensiva”; y 2ª) porque este modelo pone el acento en la especialización médica, en la información detalla y marcadamente técnica y, por ello, en la práctica despersonalizada de la relación médico-enfermo.

Sin embargo, lo más inadecuado es que da por supuesto que las personas poseen siempre valores conocidos, fijos y definitivos...y no es así. La gente suele tener serias dudas sobre qué es lo que quiere en realidad y, sobre todo, en lo referente a su salud.

Además, las personas poseen “deseos de segundo orden”, es decir, la capacidad de pensarse a sí mismos revisando sus anhelos, preferencias y deseos más profundos. Dicho de otro modo, en este modelo se informa técnicamente (médico) y se interviene “a la carta”. Aquí hay dos lados que no se encuentran: la del enfermo enclaustrado en su autonomía y la del médico a solas en su mundo científico-técnico.

##### **3. Objeciones al modelo interpretativo**

Este modelo, que rectifica al anterior volviendo a poner el centro en la interacción médico-enfermo para aclarar los valores en juego dentro de la situación clínica, pero

también hay que hacerle alguna objeción. La más destacada procede de la especialización exigida a los médicos para desarrollar su profesión, no porque eso sea objetable, que no lo es de ningún modo, sino porque a ello hay que añadir las aptitudes requeridas para interpretar y articular los valores del enfermo.

La práctica cotidiana demuestra que es muy fácil caer en la tentación de persuadir al enfermo para que adopte determinados valores referentes a su salud y, de ese modo, convencerle sobre las intervenciones sanitarias, máxime teniendo en cuenta que el propio enfermo, abrumado por la situación clínica y la falta de claridad en sus puntos de vista, puede aceptar con mucha facilidad esa persuasión “impositiva”. En esas circunstancias, como es lógico, este modelo se convierte en puro paternalismo.

#### **4. Objeciones al modelo deliberativo**

Según los Drs. Emanuel, las objeciones a este modelo se centran en si es propio de los médicos juzgar los valores de los pacientes y promover otros diferentes, basándose en las siguientes razones: 1ª) los médicos no poseen un conocimiento privilegiado sobre cuál es la jerarquía de valores referentes a la salud, sobre todo teniendo en cuenta el pluralismo axiológico de la sociedad actual; 2ª) las intervenciones clínicas recomendadas a los enfermos no deberían depender de los valores personales del médico ni del juicio que éste haga sobre los valores del enfermo; y 3ª) este modelo puede transformarse fácilmente en paternalismo, precisamente la práctica que generó el debate sobre cuál es la relación médico-enfermo más adecuada.

Aun reconociendo el peso que tiene el comentario anterior de los Drs. Emanuel, parece que las principales objeciones al modelo deliberativo hay que situarlas en otros aspectos. Me estoy refiriendo, en primer lugar, a la existencia de facto de una verdadera relación de confianza entre médico y paciente. Si falta esa «*relación plena de entendimiento y confianza*», como dice el art. 8.2 del [Código Deontología Médica 2011](#), no es posible una auténtica asistencia sanitaria ni, menos aún, será posible el modelo deliberativo. Y, en segundo lugar, me refiero a que las objeciones que se puedan presentar a ese modelo no residen en si es o no propio de los médicos juzgar los valores del enfermo e inclinarle hacia una determinada intervención clínica.

Puede suceder, claro está, pero los médicos saben que, en el ejercicio de su profesión, deben «*respetar las convicciones de sus pacientes y abstenerse de imponerles las propias*» (art. 9.1 del recién citado [Código de Ética Médica-2011](#)). Creo que no está ahí el problema principal, aunque pueda suceder con frecuencia. La objeción básica reside en que tanto médico como enfermo dispongan o no de las aptitudes (capacidad de empatía, de comunicación, de diálogo, etc.) y de las actitudes (saber estar cerca, escuchar, comprender y ponerse en el lugar del otro, etc.) imprescindibles para introducirse ambos en un proceso deliberativo. Quizá haya más facilidad para ello en

Atención Primaria, pero en el ámbito hospitalario, caracterizado por la masificación, el stress, la soledad y las prisas..., es mucho más difícil contar con las aptitudes y actitudes requeridas. Ahí reside el problema y la objeción para el modelo deliberativo.

## **V. EL MODELO PREFERIDO Y SUS IMPLICACIONES PRÁCTICAS**

Parece evidente que cada uno de los modelos puede ser apropiado a tenor de los diferentes momentos o circunstancias clínicas. Y así, como ya se ha dicho, en situaciones de urgencia, el modelo paternalista parece una guía correcta de actuación, hecha la salvedad de la existencia de “instrucciones previas”, por ejemplo. Por el contrario, en pacientes que tienen valores claros, pero enfrentados, quizá sería más adecuado el modelo interpretativo, cuidado siempre la intimidad del paciente.

En otras circunstancias, donde las relaciones médico-enfermo son de carácter puntual, sin continuidad, podría estar justificado el modelo informativo, aunque siempre conlleva el peligro de “medicina a la carta” o, quizá peor, el de refugiarse en una “medicina defensiva”, que es contraria a la ética médica.

Sin embargo, coincido con los Drs. Emanuel, en la importancia de ponerse de acuerdo acerca de cuál de ellos puede servir de referencia en todas partes o, al menos, para la mayoría de los actores que intervienen. Parece que hay suficientes razones para elegir el modelo deliberativo como el más adecuado:

1º. Porque es el que más se acerca al ideal de autonomía que se viene imponiendo desde hace tiempo. Respetar la autonomía no consiste sin más en permitir a una persona elegir lo que prefiera entre una lista de acciones posibles. Ese modo de proceder no es sólo una distorsión de la tradición médica. Es también una tremenda simplificación de la autonomía, tanto la del enfermo como la del médico. Éste debe confrontarse a diario y de manera crítica con los valores que definen su profesión y no confundirlos con los que definen su identidad personal o particular. Y, el enfermo, por su parte, debe formarse una visión clara y crítica de sus valores y preferencias, someterlas a reflexión y ponderar si justifican sus acciones.

Aun así, lo principal, es subrayar una y otra vez que todo eso hay que hacerlo dentro de un proceso de diálogo y reflexión integral, que médico y enfermo deben realizar conjuntamente, si en realidad se quiere poner en práctica el modelo deliberativo.

2º. Porque la imagen del médico ideal, en nuestra sociedad, es la de un médico humanista, capaz de integrar la información y los valores relevantes para realizar una recomendación y, a través del diálogo, intenta persuadir al enfermo para que acepte esa recomendación, así como la intervención que mejor garantice su bienestar. Dicho con otras palabras, esperamos de los mejores médicos que se comprometan con sus



pacientes en un proceso de evaluación discursiva sobre su salud y los valores relacionados con ella.

3º. Porque el modelo deliberativo no es una forma disfrazada de paternalismo, aunque en la práctica pueda caerse en ello. Este tipo de médico trata de persuadir a su paciente sobre la importancia de ciertos valores, pero no de imponerlos sin contar con el propio enfermo. Al contrario, la aspiración del médico no es someter al paciente a su voluntad, sino entrar con él en un proceso de diálogo para que, con la información clínica relevante, sea el mismo paciente quien elija el curso de acción más deseable y acorde con su sistema de valores. De ese modo, el consentimiento no será nunca un acto burocrático, sino una parte más del acto clínico.

4º. Porque en este modelo los valores del médico son importantes para los enfermos e incluso sirven de base para elegirlo como médico. Tan es así que no pocos pacientes cambian de médico porque no les “gusta” un médico en particular o ciertas actitudes o métodos que éste utiliza. Suele ser habitual “sentirse a gusto” con el médico responsable de nuestro caso particular, basándonos en los valores que definen su perfil profesional y que orientan sus decisiones clínicas. De hecho, los desacuerdos entre médico y paciente son producto del desacuerdo entre ellos acerca cuáles son los valores más importantes que deben ser desarrollados en la clínica.

5º. Porque los médicos deben ofrecer valores relacionados con el cuidado y la promoción de la salud, no sólo terapias adecuadas a los valores elegidos por el paciente. Y eso es así no sólo porque se espera de los profesionales sanitarios que promuevan ese tipo de valores, sino porque forma parte de un proceso deliberativo conjunto en el que los enfermos deben estar dispuestos responsabilizarse de aquellas acciones cuyo objetivo sea cuidar y promover tanto su propia salud como la de la comunidad donde viven. Todo esto contribuye a dejar de lado la preocupación por la salud con una mentalidad exclusivamente “sanitarista” y abrirse al compromiso solidario por la salud comunitaria.

6º. Porque en la práctica del modelo deliberativo se comprueba la necesidad de realizar cambios en la asistencia y en la educación médica que estimulen una práctica clínica cada vez más humana. Si no fuera así, continuaríamos perpetuando el modelo informativo dominante. Algunos de esos cambios podrían ser los siguientes:

- Poner el acento en la comprensión y el diálogo más que en la mera transmisión de información puntual y marcadamente técnica.
- Insistir en educar la dimensión comunicativa de la relación médico-enfermo, teniendo siempre presente que las personas “hablan” de muchas maneras, siendo la mayoría de ellas gestuales y virtuales, pero evidentes.

- Educar incansablemente a los médicos para que descubran y articulen los valores subyacentes en sus decisiones clínicas, es decir, poner en valor o potenciar el sentido ético de las actuaciones sanitarias cotidianas.
- Asumir de una vez por todas que el desarrollo de una relación médico-paciente deliberativa requiere una gran cantidad de tiempo, aptitudes y actitudes.
- Desarrollar una forma de financiación del sistema de salud que incentive (no que penalice) a los médicos para emplear tiempo en dialogar sobre los valores de sus pacientes, asunto éste harto complicado en tiempos de crisis y privatizaciones, pero asunto en el que se juega el tipo la misma profesión médica y la calidad de cualquier sistema público de salud.

## CONCLUSIÓN

Han pasado más de dos décadas desde que apareció el artículo de los Drs. Emanuel, que ha servido de referencia a estas líneas. Me parece que continúa teniendo el mismo vigor la conclusión final de nuestros autores. Dice así:

*«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, instándoles a conceder poder a sus 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 mero técnico. La esencia de la actividad médica es generar conocimiento, comprensión, enseñanzas y actuaciones en las que 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 sobre 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 en 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 como pudiera ser el caso de las relaciones ideales entre abogado y cliente, sacerdote y laico, profesor y estudiante, que están bien caracterizadas en el modelo deliberativo, al menos en sus aspectos esenciales».*