



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
SEMINARIO DE ATENCIÓN MÉDICA
ESTUDIO MÉDICO DE LA FAMILIA I

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Dr. Isaías Hernández Torres
Profesor de la Subdivisión de
Medicina Familiar
UNAM



MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

- Desde hace aproximadamente tres décadas, se ha cuestionado el modelo tradicional de Relación Médico - Paciente, en el que el médico asume el papel principal y el paciente es más pasivo.



MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

- Unos abogan por un modelo en el que el paciente tenga mayor control, otros por una relación más recíproca y otros continúan defendiendo el modelo tradicional.



LOS 4 MODELOS DE
RELACIÓN
MÉDICO- PACIENTE

- Paternalista
- Informativo
- Interpretativo
- Deliberativo

¿CUÁL ES EL MEJOR?

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Existen cuatro modelos que giran alrededor de:

- Los objetivos de la relación médico paciente.
- Las obligaciones del médico.
- El papel de los valores del paciente.
- La autonomía del paciente



Modelo paternalista

- Se asegura que el paciente tendrá las intervenciones necesarias para garantizar su salud y bienestar.
- Con esta idea, sólo los médicos determinan la condición clínica, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para restaurar la salud del paciente.



Modelo paternalista.

- El médico proporciona la información seleccionada para que el paciente acepte la intervención.
- El extremo es informar de forma autoritaria el momento de iniciar la intervención.



Modelo paternalista.

- El médico determina y pone en práctica lo que considera mejor para él, no necesariamente para el paciente.
- Obligaciones: poner el interés del paciente sobre cualquier otro.
- Autonomía del paciente: Sólo da su consentimiento a lo que el médico considera como lo mejor.



Modelo informativo (científico, técnico o del consumidor)

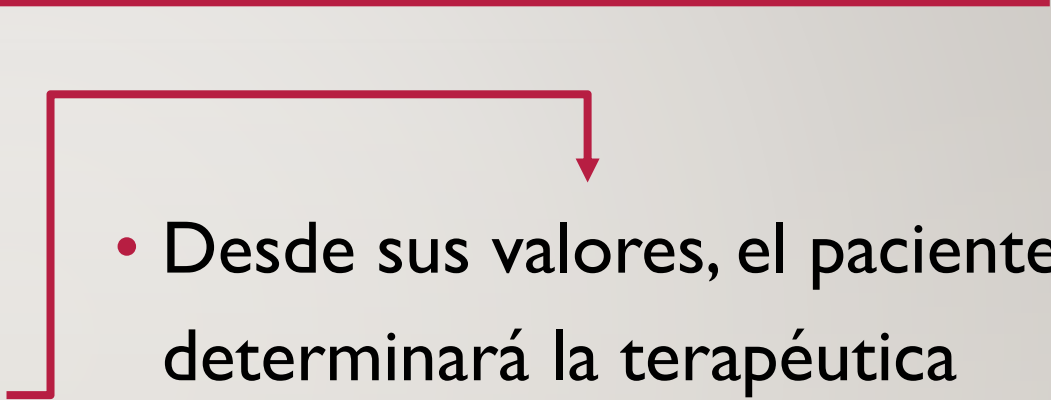
- Objetivo: proporcional al paciente
toda la información necesaria para que elija la intervención y el médico la acata.
- El médico informa: el estado de la enfermedad; los posibles diagnósticos y posibles intervenciones; probabilidad de beneficios y riesgos, así como el papel de la incertidumbre.



Modelo informativo (científico, técnico o del consumidor)

- Debe existir claridad entre los hechos y los valores del paciente.

- Los valores del paciente son conocidos, lo que el médico debe proporcionar son los hechos a través de los datos disponibles.

- 
- Desde sus valores, el paciente determinará la terapéutica que se debe aplicar.

Modelo informativo (científico, técnico o del consumidor)

- No intervienen los valores del médico, ni hay lugar para la comprensión de los valores del paciente, ni para enjuiciar la calidad de los mismos.
- El médico suministra competencia técnica, información veraz, y consulta a otros expertos cuando sus conocimientos o habilidades son insuficientes.



Modelo interpretativo

Objetivo: determinar los valores del paciente y lo que desea en ese momento,; Ayuda a elegir entre todas la posibles intervenciones que satisfagan sus valores.

Al igual que el anterior, el médico informa la naturaleza de la patología, riesgos y beneficios de las intervenciones, pero lo ayuda a aclarar y articularlos sus valores con la intervención más acorde.



Modelo interpretativo

Se presupone que el paciente no tiene muy claros sus valores, por lo que el médico ayuda a esclarecer y hacerlos congruentes con sus prioridades.

Así el médico determina qué procedimientos diagnósticos y de tratamiento atienden mejor sus valores.



Modelo interpretativo

Es el paciente quien decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que quiere.

El médico tampoco juzga estos valores, sólo lo ayuda a utilizarlos para resolver el contexto clínico que vive.



Modelo interpretativo

El médico juega el papel de consejero y consultor.

Cuando el paciente tiene claros sus valores, el médico da la información necesaria para que elija la intervención que mejor se ajuste a tales valores.

La autonomía del paciente se torna en una autocomprensión de su problema y de lo que desea, para elegir entre las opciones que concuerdan mejor con su identidad.



Modelo deliberativo

Objetivo: ayudar al paciente a comprender por qué ciertos valores relacionados con la salud son mejores que otros y por qué debe aspirar a ellos.

Es decir; médico y paciente se comprometen en deliberar conjuntamente qué tipo de valores relacionados con la salud debe buscar el paciente.



Modelo deliberativo

Aquí, el médico sólo analiza los valores relacionados con la salud y no otros valores morales del paciente, situados fuera de su alcance.

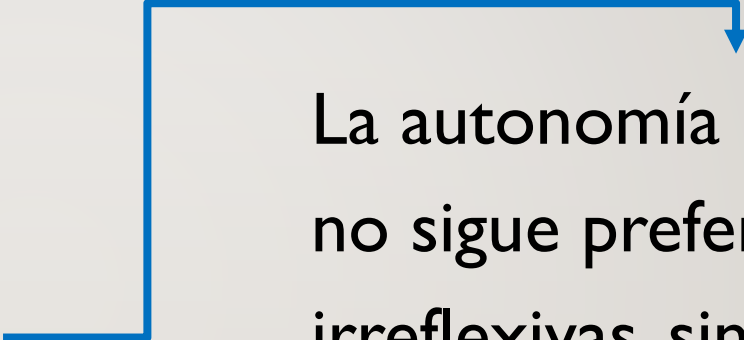
Evita la coacción y deja que el paciente elija el orden de los valores relacionados con la salud.



Modelo deliberativo

El médico es un maestro que dialoga con el paciente para que éste elija la mejor opción.

El médico indica lo que el paciente podría hacer, pero al conocerlo y desear lo mejor para él, le indica la intervención más adecuada.



La autonomía del paciente no sigue preferencias irreflexivas, sino es ayudado por su médico para un análisis de los valores y sus implicaciones en el manejo.

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

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 de 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. 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».

Modelos de relación médico paciente

Los modelos deben ser analizados en su adecuación a la autonomía del paciente, en cada situación médica.

Modelos paternalista en situaciones de urgencia médica

En esta condición es la única en la que se justifica su uso, pues la pérdida de tiempo en conseguir el consentimiento informado del paciente, puede causar un daño irreparable.



Objeciones al Modelos Informativo

El médico ejecuta de forma competente las intervenciones seleccionadas por el paciente.

Se vuelve frío y distante porque los pacientes en realidad esperan de sus médicos calidad humana valoran el dominio técnico, pero consideran deficiente al médico distante por lo que acaban rechazándolo.



Objeciones al Modelos Informativo

- Una de las cualidades esenciales del médico es su capacidad de asimilar las situaciones clínicas con base en experiencias similares, y su conocimiento del punto de vista del paciente frente a las recomendaciones que hace de la situación médica.
- Este modelo perpetúa y acentúa la práctica impersonal de la medicina.
- Presupone valores personales del paciente conocidos y fijos: en realidad la gente tiene dudas acerca de lo que quiere.
- La gente revisa y rechaza sus propios deseos y preferencias.
- Esta autorreflexión ocurre junto a otras personas (familia) que influyen sobre lo que deberíamos elegir.
- Por todo ello el modelo informativo no parece ser el ideal.

Objeciones al Modelos Interpretativo

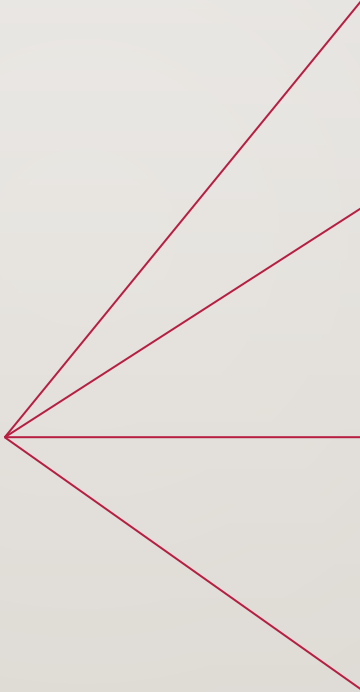
- Con la premura de tiempo, sin darse cuenta, los médicos imponen sus propios valores.
- Los pacientes abrumados por su situación y la falta de claridad en sus valores aceptan fácilmente esta imposición.
- Con lo cual el modelo se convierte en paternalista.
- Con frecuencia el médico insta al paciente a dejar hábitos dietéticos, tabáquicos y a que hagan ejercicio.
- La justificación es que el paciente debería valorar más su salud.
- Lo mismo ocurre con el paciente con VIH, a quien se le presiona para que asuma su responsabilidad para con los demás.

Objeciones al Modelos Deliberativo

- ¿Es dado a los médicos juzgar los valores del paciente y promover determinados valores relacionados con la salud?
- Los médicos no poseen conocimientos privilegiados acerca de cuál es la prioridad de unos valores respecto de otros relacionados con la salud.
- En una sociedad plural la gente posee valores que no pueden ser juzgados.
- Las intervenciones y los tratamiento realizados dependen de los valores del médico que trata al paciente.
- Pero el manejo no debería depender de los juicios de los médicos sobre los valores del paciente ni de los valores particulares de aquel.
- Los pacientes pretenden recibir atención del médico sin involucrarse en una discusión moral o en una revisión de sus valores.

El mejor modelo

- Lo único evidente es que el mejor modelo varía de acuerdo a las circunstancias clínicas.
- Los cuatro modelos son útiles en diferentes momentos.
- Pero es importante determinar un modelo asumido por todos como referencia



Situaciones de urgencia: el modelo referente es el paternalista

Pacientes con valores claros aunque confrontados, es muy útil el modelo interpretativo.

En una RMP transversal, sin continuidad, donde los valores del paciente no pueden ser dilucidados. es justificado el modelo informativo.

El **modelo deliberativo** puede ser el más útil en la mayoría de las condiciones

El mejor modelo: M Deliberativo. 6 razones

1. Es el más cercano al ideal de autonomía:
 - La autonomía requiere que los individuos se formen una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias, que reflexionen si estos valores son aceptables y si justifican sus acciones.
2. El médico ideal no sólo conoce y transmite la información más relevante.
 - Integra la información y los valores más relevantes para hacer una recomendación.
 - A través del diálogo, persuade al paciente para que acepte esa recomendación.
 - Así el médico se compromete con su paciente en una evaluación deliberativa sobre su salud y sus valores.

El mejor modelo: M Deliberativo. 6 razones

3. No es una forma disfrazada de paternalismo.
 - El médico deliberativo trata de persuadir al paciente sobre la importancia de ciertos valores, no de imponer su voluntad.
 - Platón en “*Las Leyes*”: el médico no prescribe su medicación, sino hasta que ha convencido a su paciente.
4. Los valores del médico son tan importantes que son la base para que el paciente lo elija como su médico.
 - Cuando surgen desacuerdos entre el médico y el paciente, se mina la RMP, el cuidado del paciente pasa a otro médico.

El mejor modelo: M Deliberativo. 6 razones


5. Los médicos no sólo ofrecen terapias que se adecuen a los valores del paciente, sino que también promueven valores relacionados con la salud, como el “sexo seguro” en los pacientes con VIH.

- Los pacientes también deben estar dispuestos a deliberar y adecuar sus valores y acciones.


6. Algunos médicos han carecido de un entrenamiento para articular los valores subyacentes en sus recomendaciones:

- Eso es consecuencia del modelo de especialización y distanciamiento del paciente.
- Se requiere hacer cambios en la atención y educación médicas que estimulen una práctica médica más humana.

El mejor modelo: M Deliberativo. 6 razones

- Se debe enfatizar más en la comprensión que en la mera transmisión de información ajustada a criterios legales del consentimiento informado y mala práctica.
 - Debemos educar al médico para que emplee más tiempo en la comunicación médico-paciente
 - Que descubra sus valores subyacentes en sus decisiones, incluso en las mas rutinarias.
 - Asumir que el desarrollo de una RMO deliberativa requiere gran cantidad de tiempo.
 - Por supuesto: el sistema de salud deberá incentivar, no penalizar el tiempo de diálogo.
- 

Conclusiones

- La discusión se ha centrado en los extremos de la autonomía absoluta del paciente y el paternalismo.
 - Ante lo anterior, el modelo informativo ha dominado los criterios bioéticos y legales.
 - Pero malinterpreta la autonomía del paciente y reduce el papel del médico a la de un técnico.
- 

Conclusiones

- Ser médico es generar conocimiento, comprensión, enseñanza y actuaciones humanas que integren la condición clínica del paciente con sus valores.
- Hacer recomendaciones sobre el curso de acción más apropiado y tratar de persuadir al paciente de la dignidad de esa forma de actuar.

Bibliografía

- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 13*