

Quatre models de relació metge-pacient (i 2)

Ezekiel J Emanuel, Linda L Emanuel

Traducció de Joan M. V. Pons i Gaietà Permanyer-Miraldà de l'article: Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267:2221-6.

Nota: La primera part d'aquest article es va publicar en l'anterior número dels *Annals de Medicina*: Emanuel EJ, Emanuel LL. Quatre models de relació metge-pacient (1). *Annals de Medicina*. 2010;93(3):133-36.

El debat actual i els 4 models

En les darreres dècades hi ha hagut un crida per a una major autonomia del pacient o, com alguns ho han anomenat, “sobirania del malalt”, concebuda com l'elecció i control del malalt sobre les decisions mèdiques. Aquest desplaçament cap al model informatiu està personificat en l'adopció per part de la medicina de terminologia del món dels negocis, com quan es descriu els metges com a proveïdors de serveis sanitaris i els pacients com a consumidors. Pot trobar-se també en la propagació de declaracions sobre els drets dels malalts, en la promoció de lleis sobre voluntat anticipades i en les normatives sobre l'experimentació humana. Així, per exemple, les primeres frases d'una d'aquestes lleis afirmen: “la llei sobre els drets del malalt terminal autoritza una persona adulta a controlar les decisions referides a l'administració d'un tractament de manteniment vital..., la llei sols proveeix d'una manera per la qual els *desitjos* d'un malalt terminal en referència a la utilització d'un procediment de manteniment vital poden ser legalment implementats”. Més i tot, les lleis de voluntats anticipades no requereixen o no encoratgen que els malalts discuteixin aquests aspectes de l'atenció al final de la vida amb els seus metges i abans de la signatura del document. De manera semblant, decisions en casos sobre “el dret a morir” emfatitzen el control del malalt sobre les decisions mèdiques. Tal com deia un tribunal: “*el dret a refusar un tractament mèdic és bàsic i fonamental... el seu exercici no requereix de l'aprovació de ningú... [la decisió] pertany al malalt competent i informat... no és una decisió que hagi de prendre el seu metge... és una decisió moral i filosòfica que, essent un adult competent, correspon prendre-la sols a ell [el/la malalt/a]*”.

El recolzament més convincent en el model informatiu prové probablement de l'ideal inherent al consentiment informat. Abans dels anys 70 (s. XX), el consentiment informat estava “basat en el metge”. Tanmateix, des de 1972 i el cas Canterbury¹, l'èmfasi s'ha “orientat cap el malalt” i el metge té el “deure” de subministrar la infor-

mació mèdica suficient per tal que el malalt sigui capaç d'utilitzar els seus valors per determinar quines intervencions s'haurien de dur a terme: “Consentir veritablement en allò que li passa a un mateix representa l'exercici informat d'una elecció, i això suposa una oportunitat per avaluar sàviament les opcions a l'abast i els riscos associats a cadascuna... *és una prerrogativa del malalt, no del metge, determinar per si mateix la direcció en què semblen posicionar-se els seus interessos*. És una tasca essencial facilitar al pacient el seguiment del curs de manera entenedora, amb certa familiaritat amb les alternatives terapèutiques i els seus riscos”.

Presa de decisions compartida

Malgrat la seva freqüència, molts troben “àrid” el model informatiu. La Comissió Presidencial² i altres argüeixen que la relació ideal no confereix una autoritat moral i el poder de presa de decisions mèdiques exclusivament en el malalt, sinó que hauria de ser un procés compartit, construït al voltant de “la participació mútua i el respecte”. La Comissió Presidencial argumenta que el rol del professional és “ajudar el malalt a entendre la situació mèdica i els cursos d'acció a l'abast, i que el malalt expressi les seves preocupacions i desitjos”. Brock i Wartman remarquen aquesta mena de “divisió del treball” —on el metge proveeix la informació mentre que el malalt realitza les decisions de valor— i descriuen el “procés de decisió compartit” com un procés col·laboratiu “en el qual metges i pacients fan contribucions actives i essencials. Els metges aporten la seva preparació, coneixement i expertesa mèdics, inclosa la comprensió de les alternatives a l'abast per al diagnòstic i maneig de la malaltia del pacient. Els malalts aporten coneixement sobre els seus afanys subjectius i valors, a través dels quals es poden avaluar els riscos i beneficis de diverses opcions terapèutiques. Amb aquesta aproximació, la selecció del millor tractament per a un malalt particular necessita la contribució de les dues parts”.

De manera semblant, discutint aquest procés de presa de decisions mèdiques ideal, Eddy defensa aquesta divisió

del treball entre metge i malalt com un objectiu: “és important separar aquest procés de decisió en dos esglaons... el primer és una qüestió de fet, el seu ancoratge és l'evidència empírica... el segon esglaó no és una qüestió de fets, sinó de valors personals i preferències. El procés mental no és analític, sinó personal i subjectiu... són les preferències dels malalts les que haurien de determinar les decisions.... idealment, ni tu ni jo (els metges) estem en el quadre. El que importa és el que la Sra. Smith pensa”.

Aquesta visió de procés de decisió compartida sembla invertir el malalt amb l'autoritat decisora, mentre relega els metges a ser tècnics que “transmeten informació mèdica i utilitzen les seves habilitats tècniques segons dirigeix el malalt”. D'aquesta manera, mentre els defensors de la “presa de decisions compartida” poden aspirar a un diàleg bidireccional (mutu) entre metge i malalt, la visió substantiva que informa el seu ideal reencarna el model informatiu sota una etiqueta diferent.

Altres autors han articulats models d'interacció mútua metge-pacient més gran. Entre aquests hi ha Katz amb “El món silenciós del metge i el pacient” (*The Silent World of the Doctor and Patient*). Recolzant-se en una visió freudiana en què l'autoconeixement i l'autodeterminació són inherentment limitades degut a les influències inconscients, Katz veu el diàleg com un mecanisme per a una major autocomprensió dels propis valors i objectius. D'acord amb Katz, aquesta visió posa als metges i als malalts el deure de reflexionar i comunicar, de tal manera que els malalts puguin guanyar en autocomprensió i autodeterminació. Aquesta visió de Katz també es pot obtenir amb altres termes a més dels de la psicologia freudiana i és consistent amb el model interpretatiu.

Objeccions al model paternalista

S'accepta que el model paternalista està justificat durant emergències, quan el temps per obtenir un consentiment informat pot danyar irremediablement el pacient. Fora d'aquestes limitades circumstàncies, tanmateix, no pot sostenir-se l'assumpció que el metge i el pacient propugnen valors i visions semblants sobre el que constitueix un benefici. Conseqüentment, fins i tot els metges rarament propugnen el model paternalista com un ideal d'interacció habitual entre metge-pacient.

Objeccions al model informatiu

El model informatiu sembla incorrecte, tant descriptivament com prescriptiva. En primer lloc, aquest model sembla no deixar lloc a qualitats essencials d'una relació ideal entre metge i pacient. El metge informador té cura del malalt en el sentit d'implementar de manera competent les intervencions que aquest ha seleccionat. Tanmateix, al

metge informador li manca una orientació compassiva que exigeix entendre el que el malalt valora o hauria de valorar i com la seva malaltia afecta aquests valors. Sembla que els malalts esperin que el seu metge tingui aquesta mena d'atenció; consideren que un tècnic molt competent però distant és deficient i així ho condemnen. Encara més, el metge informador té proscrit fer recomanacions per temor d'estar imposant la seva voluntat sobre el malalt i, d'aquesta manera, competir pel control del procés de decisió que ha estat donat al malalt. Tanmateix, si una de les qualitats essencials d'un metge ideal és l'habilitat per assimilar els fets mèdics, l'experiència prèvia de situacions semblants i el coneixement íntim de la visió del malalt en una recomanació específica a la situació personal i mèdica del pacient, aleshores el model informatiu no pot ser l'ideal.

En segon lloc, en el model informatiu, el metge ideal és un subespecialista altament preparat que proveeix d'informació detallada d'acord amb els fets i que implementa de manera competent la intervenció mèdica que prefeix el pacient. D'aquí que el model informatiu perpetui i accentui la tendència cap a l'especialització i la impersonalització dins de la professió mèdica.

Més important encara, la concepció de l'autonomia del pacient del model informatiu és insostenible. Pressuposa que les persones tenen uns valors fixos i coneguts, la qual cosa és incorrecta. La gent sovint té incerteses sobre què vol realment. Al contrari dels animals, les persones tenen allò que els filòsofs anomenen “desitjos de segon ordre”, és a dir, la capacitat de reflexionar sobre els seus propis desitjos i revisar els seus propis desitjos i preferències. De fet, la llibertat d'actuar i l'autonomia són inherents als “desitjos de segon ordre” i a la capacitat de canviar les nostres preferències i modificar la nostra identitat. La introspecció i la capacitat de canviar allò que volem sovint necessita un “procés” de deliberació moral en el qual analitzem el valor d'allò que volem. I això és un procés que té lloc amb altres persones que ens coneixen bé i que poden elaborar una visió de com podríem ser de manera satisfactòria per a nosaltres. Tot i que canvis en la salut o en la implementació d'intervencions alternatives poden tenir efectes profunds en allò que desitgem i en la manera en què realitzem els nostres desitjos, la introspecció i la deliberació no juguen un paper essencial en la interacció informativa metge-pacient. La concepció de l'autonomia en el model informatiu és incompatible amb una visió de l'autonomia que incorpora desitjos de segon ordre.

Objeccions al model interpretatiu

El model interpretatiu corregeix aquesta deficiència en reconèixer que les persones tenen desitjos de segon ordre i estructures de valor dinàmiques, posant l'elucidació dels

valors en el context de la malaltia del pacient en el centre de la interacció metge-pacient. Tanmateix, hi ha objeccions al model interpretatiu.

L'especialització tècnica va en contra que els metges cultivin les habilitats necessàries per un model interpretatiu. Amb un talent interpretatiu limitat i temps limitats, inconscientment els metges poden imposar els seus propis valors sota l'aparença d'articular els valors del pacient. I els pacients, aclaparats per la seva malaltia i la incertesa sobre les seves pròpies visions, poden acceptar aquesta imposició amb massa facilitat. Aquestes circumstàncies poden empènyer el model interpretatiu cap al model paternalístic en la pràctica actual.

Encara més, l'autonomia vista com una autocomprensió exclou el judici avaluador dels valors del pacients o els intents de persuadir el malalts per adoptar uns altres valors. Això limita la guia i les recomanacions que el metge pot oferir. A la pràctica, però, especialment en la medicina preventiva i en les intervencions de reducció de risc, els metges sovint proven de persuadir els malalts per tal que adoptin uns valors particulars relacionats amb la salut. Amb freqüència, els metges insisteixen per tal que els malalts amb nivells alts de colesterol i que fumen canviïn els seus hàbits dietètics, deixin de fumar i comencin programes d'exercici abans d'iniciar el tractament medicamentós. La justificació que es dona per aquests canvis és que els malalts haurien de valorar la seva salut més del que ho fan. De manera semblant, s'anima els metges a persuadir els seus pacients infectats amb el VIH i que poden veure's implicats en pràctiques sexuals insegures per tal que s'abstinguin o, de manera més realista, que adoptin "pràctiques sexuals segures". Aquestes crides no són fetes per a promoure la salut del malalts infectats amb VIH, sinó més aviat per tal que el malalt assumeixi la seva responsabilitat en la salut dels altres. Conseqüentment, en excloure judicis de valor, el model interpretatiu sembla que caracteritzi de forma incorrecta la interacció ideal metge-pacient.

Objeccions al model deliberatiu

Les objeccions fonamentals al model deliberatiu es focalitzen en si és adequat per als metges jutjar els valors del malalts i promoure valors particulars relacionats amb la salut. En primer lloc, els metges no posseeixen un coneixement privilegiat sobre la prioritat dels valors relacionats amb la salut respecte d'altres valors. Encara més, essent la nostra una societat plural en la qual les persones poden adoptar valors difícilment compatibles, és probable que els valors del metge i la visió d'aquells valors més alts entrarà en conflicte amb els d'altres metges o els dels seus pacients.

En segon lloc, la naturalesa de la deliberació moral entre el metge i el malalt, les intervencions recomanades pel metge i els tractaments utilitzats actualment dependran dels valors del metge particular que tracta el malalt. Tanmateix, les recomanacions i l'atenció proveïda als malalts no hauria de dependre de si el metge està d'acord amb els valors del malalt o els seus propis. Tal com ha dit un bioètic: "*s'ha trencat la mà; el metge pot arreglar la mà; aleshores el metge ha d'arreglar la mà tant bé com sigui possible sense pensar en aquelles creences personals que podrien fer jutjar malament els pacients o els seus valors... A nivell de la pràctica clínica, la medicina hauria d'estar lliure de valors en el sentit que els valors personals del metge no haurien de distorsionar la presa de decisions mèdiques*".

En tercer lloc, es pot argumentar que el model deliberatiu malinterpreta el propòsit de la interacció metge-pacient. Els malalts van a veure els seus metges per rebre atenció sanitària, no per entrar en una deliberació moral o per revisar els seus valors. Finalment, com el model interpretatiu, el model deliberatiu pot metamorfosar-se fàcilment en un paternalisme no intencionat, que és precisament el que ha generat el debat públic sobre la interacció metge-pacient apropiada.

El model preferit i les implicacions pràctiques

Està clar que, sota diferents circumstàncies clíniques poden ser apropiats diferents models. És més, en temps diferents tots quatre models poden guiar els metges i els malalts de manera justificada. Tanmateix, és important especificar un model com a referència compartida i paradigmàtica; les excepcions per a la utilització d'altres models no s'haurien de condemnar automàticament, sinó que requeririen una justificació partint de les circumstàncies de la situació particular. Aleshores, està àmpliament reconegut que en situacions urgents on el retard en el tractament per tal d'obtenir el consentiment informat pot danyar irreversiblement el pacient, el model paternalista guia correctament la interacció metge-pacient. Per contra, per a malalts que tenen valors clars però conflictius, el model interpretatiu està probablement justificat. Per exemple, una dona de 65 anys que ha estat tractada per una leucèmia aguda pot haver decidit clarament que està en contra de la quimioteràpia de reinducció si hi ha una recaiguda. La malalta es debat entre suportar el risc de la quimioteràpia de reinducció per tal de viure per a veure el seu primer nét o, refusant el tractament, es resigna a no veure el seu nét. En casos com aquest, el metge pot adoptar l'aproximació interpretativa de manera justificable. En altres circumstàncies on sols hi ha, en un determinat moment, una interacció metge-pacient sense una relació de continuïtat en la qual els valors del malalt es poden

elucidar i comparar, com en un centre ambulatori, pot estar justificat el model informatiu.

De manera descriptiva i prescriptiva, defensem que la relació ideal metge-pacient és el model deliberatiu. Podem citar 6 punts per justificar-ho. El primer és que el model deliberatiu és el que millor personifica el nostre model d'autonomia. Constitueix una simplificació i distorsió de la tradició occidental veure el respecte a l'autonomia simplement com el fet de permetre a una persona que seleccioni, sense limitacions (per coerció, ignorància o interferència física o pel que sigui), el curs d'acció preferit en front d'una llista d'opcions a l'abast. La llibertat i el control sobre les decisions mèdiques no constitueixen per si mateixos l'autonomia del malalt. L'autonomia suposa que els individus avaluen críticament els seus propis valors i preferències, determinen si són desitjables, afirmen, després de reflexionar, aquests valors com els que justificarien les seves accions i, aleshores, tenen llibertat per iniciar l'acció que és coherent amb aquests valors. El procés de deliberació integral en el model deliberatiu és essencial per al reconeixement de l'autonomia del malalt entesa d'aquesta manera.

En segon lloc, la imatge del metge ideal a la nostra societat no es limita a la d'aquell que coneix i comunica als malalts informació rellevant de fets i implementa de manera competent les intervencions mèdiques. El metge ideal encarnat a la literatura, a l'art i a la cultura popular és un metge atent que integra la informació i els valors rellevants per a donar una recomanació i, mitjançant la discussió, prova de persuadir el malalt per tal que accepti la recomanació com aquella intervenció que millor promou el seu benestar. Llavors, nosaltres esperem que el millor metge iniciï els seus pacients en una discussió avaluativa sobre temes de salut i els valors que hi estan relacionats. La discussió del metge no invoca valors que no estan relacionats, o que ho estan tangencialment, amb la malaltia dels pacients i les potencials teràpies. És important recordar que aquests esforços no estan restringits a situacions en les quals els malalts han de prendre decisions "irracionalment i nocives", sinó que es fan extensius a totes les decisions sanitàries.

En tercer lloc, el model deliberatiu no és una forma disfressada de paternalisme. En la història hi ha hagut errors categòrics a instàncies dels quals el model deliberatiu ha estat identificat erròniament amb el paternalisme mèdic. I sens dubte, a la pràctica, en ocasions el metge deliberatiu pot acabar caient en el paternalisme. Tanmateix, com el professor ideal, el metge deliberatiu intenta *persuadir* el malalt de la futilitat de certs valors, no pas *imposar-los* de manera paternalista; l'objectiu del metge no és sotmetre el malalt a la seva voluntat, sinó persuadir-

lo d'accions desitjables. A *Les Lleis*, Plató caracteritza aquesta distinció fonamental en la pràctica mèdica entre la persuasió i la imposició, diferenciant el model deliberatiu del paternalista: "*Un metge d'esclaus mai donarà al seu pacient cap explicació sobre la seva malaltia... el metge ofereix algunes ordres derivades de la seva experiència amb un aire de coneixement infalible, a la manera brusca d'un dictador... El metge lliure, que té habitualment cura de persones lliures, tracta les seves malalties primerament a través de la discussió del seu patiment amb els malalts i els seus amics. D'aquesta manera ell aprèn alguna cosa del que pateix i simultàniament s'instrueix. El metge no donarà la seva medicació fins que ha persuadit el pacient; l'objectiu del metge és la recuperació completa de la salut a través de la persuasió del pacient per tal que compleixi amb la seva teràpia*".

En quart lloc, els valors del metge són rellevants per als pacients i justifiquen la seva elecció d'un metge. Quan una dona embarassada escull un obstetra que de forma rutinària no realitza una bateria de proves prenatales o, contràriament, un que afavoreix molt aquestes proves; quan un malalt busca un cardiòleg agressiu que afavoreix procediments intervencionistes o aquell altre que concentra el tractament en els canvis dietètics, la reducció de l'estrès i les modificacions en l'estil de vida, està, conscientment o no, seleccionant un metge d'acord amb els valors que guien les seves decisions mèdiques. I, quan sorgeixen els desacords entre metges i malalts, hi ha discussions sobre quins valors són més importants i han de seguir-se en l'atenció mèdica. Ocasionalment, quan aquests desacords minen la relació metge-pacient i l'actitud de l'atenció mèdica, la cura del malalt és transferida a un altre metge. Més i tot, en el model informatiu les motivacions per a transferir un malalt a un altre metge són o bé la ignorància o bé la incompetència del metge. Sembla, però, que els pacients canvien de metge perquè no els "agrada" un metge particular o la seva actitud o el seu enfocament.

En cinquè lloc, sembla que creiem que el metge no sols hauria d'ajudar a encaixar els tractaments amb els valors que el malalt té, sinó també hauria de promoure els valors saludables. Com s'ha referit, esperem que el metge promogui un valors determinats, com ara "sexe segur" en malalts amb VIH o l'abstenció o limitació del consum d'alcohol. Generalment, els malalts estarien disposats a adoptar actituds més afavoridores de la salut. Per això és natural que busquin una recomanació mèdica que els ajudi ja que els malalts el que volen és la seva salut.

Finalment, pot donar-se el cas que molts metges no tinguin actualment la preparació i la capacitat per articular els valors subjacents a les seves recomanacions i per-

suadir els malalts que aquests valors s'ho valen. En part, però, la deficiència és una conseqüència de les tendències cap a l'especialització. El fet d'eludir les discussions sobre valors per part dels metges justifica i perpetua el model informatiu dominant. Aleshores, si el model deliberatiu sembla més adequat, necessitem dur a terme canvis en l'atenció i l'educació mèdica per tal d'encoratjar una aproximació més humanitària. Hem de reafirmar més la comprensió que la simple provisió d'informació sobre fets a l'hora de complir amb els estàndards legals del consentiment informat o la mala pràctica mèdica; hem d'educar els metges no sols per tal que passin més temps en la comunicació metge-pacient, sinó també per elucidar i articular aquells valors subjacents en les seves decisions mèdiques, incloses les rutinàries o habituals: hem de canviar la concepció públicament assumida de l'autonomia del pacient que configura tant les expectatives del metge com del malalt des del control al desenvolupament moral del malalt. És encara més important que es reconegui que desenvolupar un model deliberatiu de relació metge-pacient requereix una gran quantitat de temps. Hem de desenvolupar un sistema de finançament sanitari que reembossi apropiadament –més que no pas penalitzi– els metges que destinen temps per a discutir valors amb els seus pacients.

Conclusions

En les darreres dècades, el discurs sobre la relació metge-pacient s'ha centrat en dos extrems: autonomia i paternalisme. Molts han atacat els metges com a paternalistes, estimulants l'autonomia dels malalts per tal que tinguin

control de la seva pròpia atenció. Aquesta visió, el model informatiu, ha passat a ser el dominant d'acord amb els estàndards bioètics i legals. Aquest model comporta una concepció defectuosa de l'autonomia del pacient i redueix el paper del metge al de tecnòleg. L'essència de fer de metge és un entreteixit d'aprenentatge, educació i acció, en el qual el metge atén, integra la malaltia i els valors de la salut, recomana l'acció més apropiada i intenta persuadir el malalt de la vàlua d'aquesta orientació i els valors que comporta. El metge amb una actitud humanitària és l'encarnació ideal del model deliberatiu, l'ideal que hauria d'informar les lleis i recomanacions que regulen la interacció metge-pacient.

Finalment, pot ser interessant ressenyar que els 4 models apuntats aquí no es limiten al reialme mèdic; poden informar també la concepció pública d'altres interaccions professionals. Suggerim que les relacions ideals entre un advocat i el seu client, entre un mentor religiós i un laic, entre un ensenyant i un estudiant es poden descriure bé amb el model deliberatiu, si més no en alguns dels seus aspectes essencials.

NOTES DELS TRADUCTORS

1. El cas *Canterbury v. Spence* (1972) va ser un cas, als EUA, que va acabar determinant el deure del metge a donar a conèixer tota aquella informació sobre riscos potencials d'un procediment que poguessin semblar rellevants a una persona raonable per tal de poder decidir si dona el seu consentiment o no per aquell procediment.
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decision. Washington, DC: US Government Printing Office; 1982. [accessible a: http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/]