



# Las decisiones médicas son cosa de dos

Una relación más empática con el paciente vuelve más eficaz la atención sanitaria

«Un bien moral impuesto ni es bien ni es moral», apuntaba Begoña Román, profesora de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona en un artículo publicado en 1996 en *Ars Brevis*. Los tiempos en los que el médico sabía lo que convenía hacer y los pacientes asumían, obedientes, todas sus indicaciones han terminado. La sociedad ha cambiado, es más plural, más libre y está más informada. Cada persona quiere poder decidir cómo vivir, y este deseo no desaparece cuando se está enfermo. La relación médico-paciente debe adaptarse a la nueva realidad.

Venimos de un modelo paternalista en el que era el médico quien sabía y el paciente aceptaba sus indicaciones sin discusión. Pero la Ley 41/2002 de autonomía del paciente traspasó el protagonismo a la persona enferma y obligó a adoptar el modelo de decisiones compartidas. En este participan un experto en hechos (médico) y otro en valores (paciente). El primero posee solo el conocimiento científico sobre el mal que aqueja al segundo, quien sabe sobre su vida y tiene sus valores.

Sin embargo, aún no se ha dejado del todo atrás el paternalismo. Un trabajo realizado en 2016 por Nuria Padilla-Garrido, de la Universidad de Huelva, y sus colaboradores mostraba que, aunque más de un 78 por ciento de los pacientes oncológicos prefieren ejercer un papel más activo, perciben que no pueden participar en su proceso asistencial.

¿Hemos avanzado los médicos al ritmo al que lo ha hecho la sociedad? El desarrollo científico y tecnológico nos ha obligado a invertir mucho más tiempo en nuestra formación. Somos piezas de complejas redes asistenciales que trabajamos con protocolos y guías clínicas rigurosas. Sin embargo, el tiempo de atención a los pacientes se ha visto reducido, por lo que se ha dejado de lado el trato humano en aras de una mayor eficiencia. Tanto es así que,

desde algunos sectores, surge la necesidad de humanizar de nuevo la medicina, de recuperar algo del buen hacer de antes sin que ello suponga continuar en el paternalismo. Algunos datos son desalentadores. Un estudio publicado en 2016 por Montse Esquerda, de la Universidad de Lérida, y sus colaboradores ha revelado que los estudiantes de medicina que tienen familiares médicos muestran menos capacidad de empatía. ¿De qué manera los futuros médicos respetarán la autonomía del otro si no pueden empatizar con él, conectar con su sufrimiento? Posiblemente este respeto se dará desde el desapego, en un modelo más clientelista, lejos de la persona que tienen delante.



Un modelo intermedio, más humano y equilibrado, es posible, aunque requiere un entrenamiento en habilidades comunicativas. Taimur Safder, de la Escuela de Medicina Baylor, en Dallas, en su artículo «The name of the dog» (2019), relata cómo durante la residencia aprendió de su adjunto a establecer una relación de confianza con sus pacientes interesándose por detalles concretos de su vida, como el nombre de su perro. Conocer el contexto en el que se desarrollaba la enfermedad facilitaba no solo el trabajo técnico, sino también un lazo con el paciente que era de gran ayuda aun cuando el curso de la enfermedad no fuera el deseado.

En la mayoría de las situaciones hay más de una opción buena, y es en estos casos cuando el modelo de decisiones compartidas adquiere mayor sentido. Pongamos un ejemplo: a un paciente con un traumatismo en la falange distal del dedo meñique se le puede tratar de forma conservadora y ver cómo evoluciona, o puede practicársele una pequeña amputación para evitar el riesgo de tener que extenderla más tarde a una parte más amplia del dedo. Se podría pensar que con cualquiera de estas intervenciones el impacto en la calidad de vida del paciente será casi nulo... a menos que el paciente sea concertista de piano, una circunstancia personal que deberá tenerse en cuenta en la decisión. Podrían mencionarse muchos más ejemplos, como saber si una paciente desea en el futuro tener hijos antes de practicársele una histerectomía, o conocer la fecha de una cirugía cardíaca en un paciente que quiere asistir a la boda de su hija. En todas estas cuestiones, el experto es el paciente. Hay que saber escuchar esa parte de la historia de la misma manera que se presta atención a los síntomas de la enfermedad. Así se generará una relación de confianza y se hará más fluido el proceso asistencial. Y las decisiones serán más acertadas.

Aún existen reticencias a aceptar el modelo de decisiones compartidas. Se argumenta que se trata de una moda pasajera, que el método resulta menos eficiente, que obliga a escoger opciones terapéuticas más caras, o que deja al paciente solo ante la decisión. Todo lo contrario. Incluso comienzan a proliferar las publicaciones médicas que indican que los pacientes prefieren tener un papel más activo. También demuestran la eficacia del modelo, que, al respetar la autonomía y la dignidad del enfermo, ayuda a generar competencia en la toma de decisiones. En definitiva, el modelo de decisiones compartidas ha venido para quedarse. ■