

Comunicación presentada en el Congreso Internacional: “La toma de decisiones en el ámbito bioético”. Universidad de Barcelona. Barcelona. 2010

Toma de decisiones en la clínica. Una reflexión ética desde la práctica en la consulta.

Costa-Alcaraz AM *, Almendro-Padilla C **, García-Vicente S ***.

* Médico de Familia. Profesora asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia

** Médico de Familia C.S. Gil y Morte - Valencia.

*** Médico de Familia. Hospital Quirón de Valencia.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación “El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural”. Ministerio de Ciencia e Innovación. Referencia del proyecto FFI2008-06133/FISO.

Resumen.

Muchas de las decisiones clínicas se toman en un marco de incertidumbre científica. Ello aumenta la importancia de elegir la opción más adaptativa para cada paciente. En el modelo paternalista, dominante durante siglos, es siempre el profesional quien adopta las medidas que considera convenientes para el bien de su paciente. Los autores defienden que la incorporación de los pacientes a la toma de decisiones es imprescindible para humanizar la medicina, advirtiendo sobre los riesgos derivados de “judicializar” la ética. Finalmente, proponen un modelo para ayudar al paciente a tomar decisiones relativas a su salud en el contexto de la relación clínica.

¿Por qué implicar al paciente en las decisiones del clínico?

Invitando a los pacientes a tomar parte en las decisiones concernientes a su salud, se entra en la dinámica del reconocimiento interpersonal, con el matiz de recíproco (Axel Honnet¹) o de mutuo (Paul Ricoeur²)

El modelo de relación clínica paternalista, dominante durante siglos, considera que es el profesional quien debe adoptar las medidas que considera convenientes para el bien de quien consulta. Este tipo de relación, que implica considerar al paciente como un menor de edad, no fue cuestionado en sociedades con explicaciones mágico-religiosas del enfermar y tampoco lo es en sociedades modernas con modelos antropológicos reduccionistas (mecanicistas o dinámicos).

Se puede replicar a los reduccionistas que muchas de las decisiones tomadas en la consulta se sustentan en un marco de incertidumbre científica³, con lo que es frecuente que un mismo problema pueda resolverse de diferentes maneras igualmente válidas. Es ahí donde los profesionales deberían de aplicar siempre la opción más adaptativa para cada paciente.

Por otra parte, tanto desde una concepción utilitarista en la que primase el derecho a la autonomía del paciente, como desde una perspectiva humanista integral según la cual la identidad personal se construye en el encuentro con otros seres humanos, es posible afirmar que para establecer una buena relación clínica es imprescindible compartir la toma de decisiones. En consecuencia, tener en cuenta la opinión del paciente que acude a la consulta no solo es un derecho derivado de reconocer su autonomía sino también una forma de humanizar la relación asistencial⁴.

¹ Honneth, A.: Reificación. Un estudio en la teoría del reconocimiento, Buenos Aires y Madrid, Katz Editores, 2007.

² Ricoeur, P.: Caminos del reconocimiento, Madrid, Editorial Trotta, 2005.

³ Bermejo, B.: Epidemiología clínica aplicada a la toma de decisiones en medicina, Ciencias básicas, monografía nº 1, Edita Gobierno de Navarra, 2001. [consultado: 08.11.2010]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147800/Epidemiologia_clinica.pdf.

⁴ Costa-Alcaraz, A.M.; Almendro-Padilla, C.; García-Vicente, S.; Ordovás-Casaurrán, R.: “¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?”, *Aten Primaria* (Barcelona), v. 40, nº 3, 2008, pp. 97-99.

Además, esta afirmación se basa en pruebas científicas. Una reciente revisión Cochrane concluye que las intervenciones de los profesionales para invitar y ayudar a decidir a los pacientes reducen la ansiedad de éstos últimos, aumenta su conocimiento en cuanto a riesgos prevenibles, y les proporciona expectativas realistas con respecto a sus posibilidades de tratamiento⁵.

Es posible, pues, responder a la pregunta inicialmente formulada sobre la implicación de los pacientes en decisiones clínicas, desde diferentes consideraciones:

Desde una perspectiva principialista es evidente que el respeto a la autonomía del paciente implica tenerlo en cuenta a la hora de tomar decisiones relativas a su salud.

Desde un punto de vista humanista, es indigno tratar a una persona como si fuese un objeto, o que ella se sienta así tratada. Por su inteligencia, el ser humano es capaz de objetivar el mundo y de observarse a sí mismo. Por su voluntad, es capaz de trascender el mundo y trascenderse. Su identidad es dinámica, y se construye a lo largo de la vida a partir del encuentro con los otros seres humanos⁶, de los cuales espera respeto y reconocimiento.

Desde el punto de vista clínico, la relación médico-paciente es imposible de establecer si no está basada en la confianza. Una relación clínica bien llevada permite reducir el margen de incertidumbre diagnóstica y es por sí misma terapéutica para ambas partes.

Tanto desde el ámbito de la filosofía como de la psiquiatría se han realizado aportaciones sobre la dignidad del ser humano o, dicho de otro modo, sobre su radical derecho a no ser utilizado como un objeto que posteriormente se concretó en un listado de derechos reconocido por la mayor parte de los países desarrollados⁷. La persona, afirma Kant, existe

⁵ O'Connor, A.M.; Stacey, D.; Rovner, D.; Holmes-Rovner, M.; Tetroe, J.; Llewellyn-Thomas, H.; et al.: "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions" (Cochrane Review). *The Cochrane Library* (Oxford), Update Software, 2002, 4.

⁶ Díaz, C.: *Razón cálida. La relación como lógica de los sentimientos*, Madrid, Editorial Escolar y Mayo, 2010.

⁷ Declaración Universal de Derechos Humanos [consultado: 10-11-2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

como fin en sí mismo y no solo como medio⁸. Y se le puede arrebatar todo menos su elección de una actitud personal ante cualquier circunstancia de la vida, observa el fundador de la logoterapia⁹. Cortina reflexiona en su último libro sobre la dignidad como fundamento de los derechos humanos¹⁰. Desde la perspectiva de los derechos humanos, es indigno excluir a una persona de la adopción de medidas que afectan a su salud. En la relación clínica habría que tratar de evitar imposiciones y llegar, tras reflexión compartida, a elegir la opción que más se ajuste a valores personales y circunstancias de la vida del paciente. Solo en ese caso el paciente y profesional llegarán a sentirse reconocidos. El paciente recibe reconocimiento cuando se cuenta con él, atendiendo a sus emociones, necesidades y expectativas. El profesional se siente reconocido cuando percibe que se confía en él.

La ausencia de reconocimiento tiene como consecuencia la dificultad para construir la propia identidad, elemento clave para posibilitar el reconocimiento de los derechos de los demás seres humanos¹¹. La ausencia de reconocimiento conduce, a las personas o grupos humanos, a luchar para conseguir alcanzarlo¹².

⁸ Kant, E: *Fundamentación metafísica de las costumbres*. [consultado: 5-7-2010].

Disponible en:

<http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/56405052088148830176680/index.htm>.

⁹ Frankl, V.: *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Editorial Herder, 2004

¹⁰ Cortina, A.: *Las fronteras de la persona*, Madrid, Editorial Taurus, 2009.

¹¹ Bernal Gerrero, A.: “La construcción de la identidad personal como proyecto de educación moral. Supuestos teóricos y delimitación de competencias”, *Teor. Educ*, nº 15, 2003, pp. 129-160. [consultado: 03.08.2010]. Disponible en:

http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/3033/3066

¹² Honnet, A. *La lucha por el reconocimiento: una gramática moral de los conflictos sociales*, Barcelona, Editorial Crítica, 1997.

¿La promulgación de leyes resuelve el debate creado en torno a la toma de decisiones compartida con el paciente?

Las conductas humanas se sustentan en un equilibrio, más o menos proporcional y consciente, entre los impulsos (deseos, identificados o no) y lo razonable (dar razón de), a partir de un paradigma modulado por la cultura y la historia personal. Todas ellas surgen como respuesta a un diálogo, externo o interno, y poseen un vector de intencionalidad que actúa como proyección al futuro.

Este marco de complejidad conductual hace casi imposible programar y garantizar comportamientos, bien de grupos bien de sujetos individuales, exclusivamente mediante el dictado de normas. También dificulta la consecución de cambios en las conductas a partir de la promulgación de leyes, incluso cuando éstas presentan un fuerte carácter coercitivo. Vestir a una institución o a un colectivo social con reglamentos y normas no garantiza que éstas se cumplan. “El hábito no hace al monje”, dice el refrán.

De igual modo, disponer de legislación adecuada¹³ no garantiza un cambio en las actitudes personales. Puede no ser más que una bonita fachada. “Hecha la ley, hecha la trampa”, dice la sabiduría popular.

El exceso de legislación conduce a judicializar la sociedad. Y llega a ser una práctica peligrosa cuando se aplica a la ética. La judicialización de la ética es propia de sociedades en la que el Estado asume un estilo paternalista y considera a los ciudadanos menores de edad. Junto a la promulgación de leyes, el dictado de códigos deontológicos, o la creación de códigos éticos, es necesario promover una ética de la virtud profesional¹⁴. Esto, en el ámbito de la salud, es promover la calidad asistencial en conocimientos, habilidades y actitudes. Que los profesionales se mantengan actualizados en conocimientos científicos, desarrollen habilidades de comunicación para aplicar en la entrevista clínica y mantengan actitudes propias de un buen carácter (empatía, capacidad de escucha, responsabilidad).

¹³ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

[consultado: 05-08-2010]. Disponible en:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf.

¹⁴ MacIntyre, A.: *Tras la virtud*, Barcelona, Editorial Crítica, 2004.

De la actitud que se adopte, tanto por parte de los profesionales como por parte de las instituciones sanitarias, depende el modelo ético de sanidad que se esté contribuyendo a crear. Siurana, en un reciente libro, propone indicadores que permiten medir la calidad ética de las instituciones¹⁵.

¿Todos los pacientes tendrían que decidir?

Atender a la autonomía del paciente supone contar con él. El respeto a la autonomía exige comprobar que el paciente realmente elige lo que cree mejor, es decir, comprobar que el paciente hace una buena elección. Una buena elección es aquella en la que se dispone de información actualizada y que está basada en los valores y preferencias del paciente.

Aunque en teoría un adulto sano es autónomo, diversos factores dependientes de las personas implicadas en la relación clínica, o del entorno, pueden limitar la consistencia de la decisión tomada y, por tanto, la autonomía¹⁶.

Desde el ámbito de las matemáticas, se han desarrollado algunas herramientas objetivas de ayuda a la toma de decisiones, todas ellas basadas en el cálculo de probabilidades. A partir de las investigaciones de Ramsey, von Neumann y Morgensen, en 1954 Savage introdujo por primera vez, en los cálculos matemáticos, el concepto de subjetividad con su modelo de utilidad subjetiva esperada (SEU). Tanto éste como los diferentes modelos propuestos desde entonces (adaptativo, de racionalidad limitada, ecológico), son instrumentos para medir la consistencia de las decisiones por las que se opta¹⁷.

Lo que se llama “counselling”, consejo o asesoramiento, es un apoyo del profesional al paciente en el proceso de toma de decisiones de este último con respecto a cuestiones que afectan a su salud. El profesional, desde sus conocimientos y experiencia, actúa como

¹⁵ Siurana Aparisi, J.C.: *La sociedad ética*, Cànoves (Barcelona), Editorial Proteus, 2007.

¹⁶ Almendro-Padilla, C.; Costa-Alcaraz, A.M.; García-Vicente, S.; Ordovás-Casaurrán, R.: “El Riesgo y su comunicación a los pacientes para la toma de decisiones en salud”, *Aten Primaria* (Barcelona), 2010 (en prensa).

¹⁷ Aguiar, F.: “Teoría de la decisión e incertidumbre: modelos normativos y descriptivos”, *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, nº 8, 2004, pp. 139-160.

facilitador de la decisión que el paciente llegará a tomar, teniendo en cuenta lo que le preocupa y a partir de su propio esquema de valores, en una dinámica de reflexión compartida por ambos¹⁸.

En el proceso de decisión compartida no solo interviene la información científica, también es importante atender a las creencias del paciente. Existen escalas, como la PABS, que valoran actitudes y creencias¹⁹, aunque un médico experimentado puede explorar tales aspectos durante la entrevista clínica sin necesidad de recurrir a dichas escalas.

Desde un punto de vista teórico, la autonomía es un atributo propio de adultos sin problemas de salud mental y, también, se considera gradualmente presente cuando existen tales problemas así como durante la infancia y adolescencia. A todos los pacientes habría que invitarles a participar en las decisiones, respetando a quienes declinen la invitación.

¿Todos los pacientes quieren decidir?

No todos los pacientes quieren participar en las decisiones. Se ha observado asociaciones no lineales entre el grado de predisposición a participar, el grado de autonomía, y el nivel de confianza en el médico, que hacen difícil la medición objetiva. Algunos pacientes prefieren delegar en el profesional la decisión²⁰. Se ha observado que los pacientes

¹⁸ Costa-Alcaraz, A.M.; Almendro-Padilla, C.: “Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente”, *Aten Primaria* (Barcelona), v. 41, n° 5, 2009, pp. 285-287.

¹⁹ Arora, N.K.; Ayanian, J.Z.; Guadagnoli E.: “Examining the relationship of patients’ attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making”, *Med Care*, v. 43, n° 9, 2005, pp. 865-872.

²⁰ Levinson, W.; Kao, A.; Kuby, A.; Thisted, R.A.: “Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences”, *J Gen Intern Med*, v. 20, n° 6, pp 531-535.

predispuestos a participar en la toma de decisiones presentan niveles de autonomía superiores a los que se encuentran en fase de pre-contemplación²¹.

En cualquier caso, aún cuando el paciente delegue la decisión en el profesional, éste último debería evitar cosificar la relación clínica. Para ello, ha de tener en cuenta tanto valores y creencias como preferencias y expectativas del paciente²². El bien hacer profesional consiste en asesorar, en base a las pruebas científicas existentes en el momento, y conducir con objetividad el proceso de decisión, confrontando con las consecuencias derivadas de la opción elegida.

Consecuencias de no contar con los pacientes

Al decidir por los pacientes sin contar con ellos, éstos pueden sentirse tratados como objetos²³, dificultándose la construcción positiva de su identidad frente al acontecimiento vital estresante que supone enfermar. En el esfuerzo por ser reconocidos, muchas veces utilizan de forma repetida e inadecuada los servicios de salud, otras exigen sus derechos mediante reclamaciones a la institución sanitaria o recurriendo a la vía judicial. Ante desacuerdo con la asistencia recibida, existe una tendencia creciente a recurrir a tribunales de Justicia²⁴.

²¹ Jovell, A.J.; Navarro Rubio, M.D.; Fernández Maldonado, L.; Blancafort, S.: “Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario”, *Aten primaria* (Barcelona), v. 38, nº 4, 2006, pp. 234-237.

²² Cataldi Amatriaian, RM. “La autonomía en la toma de decisiones médicas”, *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*. [consultado: 08.08.2010]. Disponible en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_03/03_03_03.htm

²³ Honnet, A. *Reificación. Un estudio en la teoría del reconocimiento*, Buenos Aires y Madrid, Katz Barpal Editores, 2007.

²⁴ Revuelta Iglesias, A.V.: “El riesgo de judicialización de la medicina”, *Educ méd*, v. 9, suppl. 1, 2006, pp. 55-64.

La tendencia de los profesionales cuando perciben riesgo de denuncia es a excederse en pruebas diagnósticas, solicitando todas las disponibles sin aplicar criterio de razonamiento clínico. Esta dinámica conlleva dos graves consecuencias, por una parte el deterioro de la relación clínica y por otra el encarecimiento y la sobrecarga del sistema sanitario público. Con la excesiva demanda de pruebas no solo se aumenta el gasto, además se colapsa el sistema. Todo ello es contrario al art. 7 de la Ley General de Sanidad²⁵ (“Los servicios sanitarios... adecuarán su funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”)

La relación clínica debe estar basada en la confianza. La confianza mutua facilita la comunicación durante la entrevista y, además, por sí misma contiene una dimensión sanadora. Con la pérdida de confianza, el paciente deja de beneficiarse de este componente sanador y el médico pasa a percibir al paciente como un enemigo potencial. Esto último desvía la práctica profesional de lo que se considera es el bien intrínseco de la medicina²⁶.

En resumen, se puede afirmar que la ausencia de reconocimiento conduce a la lucha por el mismo y deteriora la construcción de la identidad, tanto del paciente (que desea aceptar de forma constructiva ese acontecimiento vital estresante que es la enfermedad) cuanto del profesional (que fundamenta su quehacer en el bien intrínseco de la profesión), determinando el colapso del sistema sanitario público.

²⁵ Ley 14/1986 General de Sanidad. [consultado: 10-11-2010] Accesible:

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

²⁶ The Hastings Center: “The Goals of Medicine. Setting New Priorities”. *Hastings Center Report*, v. 26, nº 6, special supplement., pp. S1-S27. [consultado: 10-11-2010] Accesible:

<http://www.highbeam.com/doc/1G1-18995188.html>

¿Cómo ayudar a los pacientes a decidir?

He aquí una propuesta en 4 pasos:

1- Introducción.

Para invitar a participar en decisiones, habría que comenzar indagando sobre la idea que la persona tiene respecto a lo que le está sucediendo, prestando atención a sus miedos y expectativas y atendiendo al contexto familiar y laboral. Para ello, se pueden utilizar preguntas abiertas del tipo “en relación a su enfermedad, ¿qué es lo que le preocupa?”, “¿cree que le va a cambiar mucho la vida?”, “¿conoce casos similares al suyo?”.

Para facilitar el razonamiento del paciente, es imprescindible que el profesional desarrolle habilidades de escucha reflexiva. No hay que olvidar atender al estado emocional, procurando dejar constancia de que se comprende y detectando las emociones perturbadoras, por el sesgo de decisión que pudieran introducir. Sobra decir que el método dialéctico es la base prínceps: aumenta el conocimiento de ambas partes, así como la coherencia entre lo deseado y lo elegido, y permite reflexionar conjuntamente sobre distintos valores, desde el respeto mutuo, facilitando que paciente y profesional tomen conciencia de las limitaciones del saber de cada uno (experiencia personal, conocimiento científico respectivamente).

2- Presentación de alternativas científicamente válidas.

Una vez que el paciente ha expuesto su punto de vista y tras delimitar el contexto, llega el momento de plantear las diferentes alternativas. Aquí es donde, además de la experiencia profesional, es importante aportar información de calidad y actualizada según los conocimientos científicos. No menos importante es utilizar un vocabulario comprensible, evitando tecnicismos, con el apoyo de esquemas o imágenes gráficas (si ello fuera posible) y aportar una cantidad adecuada de información, evitando tanto excesos como defectos.

3- Elección por parte del paciente.

A partir de la información y considerando tanto los recursos personales como los del entorno, el paciente puede establecer una primera selección. En este punto importa atender a los factores irracionales, detectar las posibles incoherencias, y confrontarlas con el paciente para reafirmarle en su decisión

4- Confirmación de la elección.

Por último, una adecuada recapitulación presentada por el profesional puede ayudar en la elección definitiva. Ello supone, por una parte, ser respetuosos con las creencias ajenas, evitando coacción o manipulación del paciente, por otra, informar al mismo de las posibles consecuencias psicológicas, éticas y/o legales derivadas de cada una de las opciones.

Es evidente que la toma de decisiones compartida puede tropezar con grandes limitaciones, tanto si se aplica en marcos asistenciales inadecuados (interrupciones en la consulta, falta de tiempo), como si las estrategias políticas y el estilo de gestión apuestan por un modelo asistencial paternalista. A las objeciones derivadas de la primera categoría de limitaciones hay que replicar que las malas condiciones medioambientales pueden empeorar la calidad, pero nunca deberían de ser un pretexto para aplicar de forma adecuada la entrevista clínica, que es la mejor herramienta con la que cuenta el médico de familia. La resistencia al cambio presente en la segunda categoría de objeciones se tiene que contrarrestar recordando que, incluso en los modelos paternalistas, la toma de decisiones compartida con el paciente presenta un potencial terapéutico que es imprescindible dentro de una buena relación médico-paciente.

En la web de SemFYC se puede acceder a un documento diseñado para servir de guía al paciente, cuando tiene que tomar una decisión difícil (Disponible en:

http://www.semfy.com/pfw_files/cma/biblioteca/Guia_para_pacientes/Documentos/Tomando_decision) [consultado: 05.10.2010].

Conclusión

Invitar a los pacientes a participar en las decisiones que se toman en la consulta será una práctica cada vez más frecuente, en la medida en que éstos esperen que se les reconozca y los profesionales actúen conformes al derecho a la autonomía. Dicha práctica es clave cuando se pretende establecer la relación clínica en base al reconocimiento interpersonal.

La ausencia de reconocimiento conduce a la lucha por el mismo y deteriora la construcción de la identidad, tanto del paciente que desea aceptar de forma constructiva ese acontecimiento vital estresante que es la enfermedad, cuanto del profesional que fundamenta su quehacer en el bien intrínseco de la profesión.

