

## Quatre models de relació metge-pacient (1)

**Ezekiel J Emanuel, Linda L Emanuel**

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

*Nota:* La segona part d'aquest article es publicarà en el proper número dels *Annals*.

S'ha discutit al llarg de les darreres dues dècades el paper del pacient en el procés de presa de decisions mèdiques i s'ha caracteritzat com un conflicte entre autonomia i salut, entre els valors del malalt i els valors del metge. Pretenent retallar el domini del metge, molts han propugnat un ideal de major control per part del malalt. Altres qüestionen aquest ideal perquè no reconeix la potencial naturalesa desequilibrada d'aquesta interacció quan una de les parts està malalta i cerca seguretat i quan els judicis suposen la interpretació d'informació tècnica. I d'altres intenten delinear una relació de major acord mutu. Aquestes discussions configuren les expectatives dels metges i dels malalts així com els estàndards ètics i legals pel que fa als deures del metge, al consentiment informat i a la negligència mèdica. Tot això ens porta a preguntar: quina hauria de ser la relació ideal metge-pacient?

Intentarem esbossar quatre models d'interacció metge-pacient, posant èmfasi en les diferents interpretacions de: 1) els objectius d'aquesta interacció, 2) les obligacions del metge, 3) el paper dels valors del pacient i 4) la noció de l'autonomia del malalt. Per elaborar una descripció abstracta d'aquests quatre models, indicarem quin tipus de resposta suggereixen els diferents models en una situació clínica. En tercer lloc, indicarem també com fa referència a aquests models el debat actual sobre la relació ideal metge-malalt. Finalment, avaluarem aquests models i en recomanarem un com el model de preferència.

Tal com s'ha referit, els models són tipus weberians ideals. Poden no descriure una interacció metge-pacient particular, però posen de relleu, al ser alliberats de detalls complicats, visions diferents de les característiques essencials de la relació metge-pacient. Conseqüentment, no representen uns estàndards mínims ètics o legals, sinó que més aviat constitueixen uns ideals normatius que estan "més amunt que la llei", però no "per sobre la de la llei".

### El model paternalista

En primer lloc hi ha el model paternalista, anomenat també sovint el model paternal o sacerdotal. En aquest model, la interacció metge-pacient assegura que els

malalts reben les intervencions que millor promouen la seva salut i benestar. Per a aquesta finalitat, els metges utilitzen les seves habilitats per determinar el diagnòstic dels malalts i el seu estadi en el procés de la malaltia i identifica les proves mèdiques i tractaments que amb més probabilitat restabliran la salut del malalt o alleugeriran el dolor. Aleshores el metge presenta al malalt la informació seleccionada que l'encoratjarà a consentir en aquella intervenció que el metge considera com a millor. En el cas extrem, el metge informa al pacient de manera autòritària en quin moment començarà la intervenció.

El model paternalista assumeix que hi ha criteris objectius compartits per determinar allò que és millor. Conseqüentment, el metge pot discernir què és el millor per al pacient amb escassa participació seva. En darrer terme, s'assumeix que el malalt estarà agraït per les decisions preses pel metge, fins i tot en cas que no estigués d'acord amb elles en aquell moment. En el conflicte entre l'autonomia del pacient i el seu benestar, entre l'elecció i la salut, el major èmfasi del metge paternalista està en el darrer.

En el model paternalista, el metge actua com a guardià del malalt i articula i implementa allò que és millor per a ell. Així, entre les obligacions del metge hi ha la de posar els interessos del malalt per damunt dels propis i sol·licitar la visió d'altres quan no tingui el coneixement apropiat. En aquest model, la concepció de l'autonomia del pacient està en assentir, bé sigui a l'instant o més tard, amb allò que el metge ha determinat que és millor.

### El model informatiu

Aquest segon model, l'informatiu, s'anomena també a vegades científic, d'enginyer o de consumidor. En ell l'objectiu de la interacció metge-pacient és, per part del metge, oferir al pacient tota la informació rellevant de manera que el malalt pugui elegir aquella intervenció mèdica que desitja i llavors el metge pot realitzar les intervencions seleccionades. Per a aquesta finalitat, el metge informa el malalt del seu estat de salut, de la naturalesa de les possibles intervencions diagnòstiques i terapèutiques, de la naturalesa i les probabilitats dels riscos i beneficis associats amb aquestes intervencions i de qualsevol incertesa en el coneixement. Finalment, el malalt pot acabar coneixent tota la informació

mèdica rellevant sobre la seva malaltia i les intervencions a l'abast, seleccionant aquelles intervencions que millor s'ajusten als seus valors.

El model informatiu assumeix una clara distinció entre fets i valors. Els valors del pacient són ben coneguts i estan ben definits; el que manca al malalt són els fets. És obligació del metge subministrar tots aquells fets a l'abast i, aleshores, seran els valors del malalt els que determinaran quin tractament es dona. No hi ha lloc per als valors del metge, com tampoc la comprensió per la seva part dels valors del malalt, ni si el metge pensa si aquests valors són importants. En el model informatiu, el metge és el proveïdor de l'expertesa tècnica i subministra al malalt els mitjans per exercir el control. Com expert tècnic, el metge té importants obligacions, tals com oferir informació veraç, mantenir la competència en la seva àrea d'expertesa i consultar a d'altres quan li manquin coneixements o habilitats. En aquest model, la concepció de l'autonomia és el control que té el malalt sobre el procés de presa de decisions mèdiques.

### El model interpretatiu

Aquest és el tercer model. L'objecte de la interacció metge-pacient és elucidar els valors del malalt i què és allò que realment vol, així com ajudar el malalt a seleccionar la intervenció mèdica a l'abast que s'ajusta als seus valors. Com en el cas del metge informador, el metge interpretador ofereix al malalt informació sobre la seva malaltia i sobre els riscos i beneficis de les possibles intervencions. Fora d'això, tanmateix, en el model interpretatiu el metge assisteix el malalt en l'elucidació i l'articulació dels seus valors i en la determinació d'aquelles intervencions mèdiques que més s'adiran a uns valors especificats, ajudant aleshores el pacient en la interpretació dels seus propis valors.

D'acord amb aquest model interpretatiu, els valors dels malalts no són necessàriament fixos i coneguts pel propi malalt. Sovint són rudimentaris i el malalt sols els coneix parcialment; poden entrar en conflicte quan s'apliquen a situacions específiques. Com a conseqüència, el metge i el malalt, treballant conjuntament, han d'elucidar i fer coherents aquests valors. Per fer-ho, el metge treballa amb el pacient per reconstruir els seus anhels, les seves aspiracions i compromisos i la seva fortalesa. Finalment el metge ha de concebre la vida del pacient com un tot narratiu i, des d'aquí, especificar els valors del pacient i la seva prioritat. Aleshores el metge determina quines proves i tractaments s'avenen millor amb aquests valors. És important remarcar que el metge no imposa res al pacient sinó que és el pacient qui finalment decideix aquells valors i aquelles accions que millor s'ajusten amb ell mateix. El metge tampoc jutja els valors del pacient sinó que l'ajuda a entendre'ls i utilitzar-los en una situació mèdica concreta.

En el model interpretatiu, el metge actua com a conseller, de manera anàloga al gabinet ministerial que assessora un cap d'estat, subministrant informació rellevant, ajudant a elucidar els valors i suggerint quines intervencions mèdiques s'ajusten a aquests valors. Llavors, les obligacions del metge inclouen les esmentades en el model informatiu, però també requereixen que s'involucri el malalt en el procés conjunt de comprensió. D'acord amb aquest model, la concepció de l'autonomia del pacient és un procés d'autoconeixement; el pacient ve per conèixer més clarament qui és i com es relacionen les diferents opcions mèdiques amb la seva pròpia identitat.

### El model deliberatiu

És el quart model. L'objectiu de la interacció metge-pacient és ajudar el malalt a determinar i escollir els millors valors relacionats amb la salut<sup>1</sup> que es poden assolir en aquella situació clínica concreta. Amb aquesta finalitat, el metge ha de delinear la informació sobre la situació clínica del pacient i llavors ajudar-lo a elucidar els tipus de valors plasmat en les opcions a l'abast. Entre els objectius del metge s'inclou suggerir per què certs valors relacionats amb la salut són més dignes i hom hauria d'aspirar-hi. Finalment, el metge i el pacient s'engranen en una deliberació sobre quina mena de valors relacionats amb la salut podria i, en darrer terme, hauria de perseguir el pacient. El metge discuteix sols valors relacionats amb la salut, és a dir, valors que afecten o estan afectats per la malaltia o el tractament; reconeix que hi ha molts elements de la vida personal no relacionats amb la malaltia o el tractament del pacient i que estan més enllà de l'àmbit de la relació professional. Encara més, el metge aspira només a persuadir; en darrer terme, evita la coerció. El malalt ha de definir la seva vida i seleccionar aquell ordre de valors que cal adoptar. En entrar en una deliberació moral, el metge i el pacient jutgen la importància d'aquests valors derivats de la salut.

En el model deliberatiu, el metge actua com a mestre o amic, incitant a un diàleg sobre quin seria el millor curs a seguir. El metge no tan sols indica què podria fer el malalt, sinó que, coneixent-lo i desitjant el millor, indica què hauria de fer el malalt i quina seria la decisió preferible respecte a la terapèutica mèdica. La concepció de l'autonomia del pacient és l'autodesenvolupament moral; el pacient és qui assumeix el poder, no simplement l'acceptació sense crítica de preferències o valors, sinó que considera, mitjançant el diàleg, els valors de les opcions alternatives, la seva vàlua i les implicacions per al tractament.

### Comparació dels quatre models

La Taula 1 compara els diferents models en els seus punts essencials. És important remarcar que en tots els models hi ha un paper per a l'autonomia del malalt; el principal fac-

TAULA 1. Comparació dels 4 models de relació metge-pacient

	Informatiu	Interpretatiu	Deliberatiu	Paternalista
Valors del pacient	Definits, fixos i coneguts pel malalt	Incomplets i conflictius, requereixen elucidació	Oberts al desenvolupament i revisió a través de la discussió moral	Objectius compartits pel metge i el malalt
Obligacions del metge	Proveir informació de fets i implementar la intervenció seleccionada pel malalt	Elucidar i interpretar els valors rellevants per al malalt així com informar el malalt i implementar la intervenció que ha seleccionat	Articular i persuadir el malalt dels valors més excel·lents, així com informar el malalt i implementar la intervenció seleccionada pel pacient	Promoure el benestar del malalt independentment de les preferències actuals del pacient
Concepció de l'autonomia del pacient	Elecció de i control sobre l'atenció mèdica	Autoconeixement rellevant a l'atenció mèdica	Autodesenvolupament rellevant a l'atenció mèdica	Assentir a valors objectius
Concepció del paper del metge	Expert tècnic i competent	Conseller o assessor	Amic o mestre	Guardià

tor que diferencia els models és la concepció particular de l'autonomia. Conseqüentment, no es pot recolzar cap model únic perquè sigui l'únic que promou l'autonomia del pacient. Al contrari, s'han de comparar i avaluar els models, almenys en part, examinant l'adequació de les concepcions particulars de l'autonomia del malalt.

Els quatre models no són exhaustius. Se'n podria fins i tot afegir un cinquè: el model instrumental. En aquest model, els valors del pacient són irrellevants; l'afany professional és un objectiu independent del malalt, com pot ser el benefici per a la societat o l'avançament en el coneixement científic. Els experiments sobre la sífilis a Tuskegee<sup>2</sup> o l'estudi sobre l'hepatitis a Willowbrook<sup>3</sup> en són un bon exemple. La condemna moral que s'ha fet d'aquests casos mostra que, més que un ideal, aquest model constitueix una aberració. Per això no s'ha elaborat més.

### Un cas clínic

Per a fer més tangibles aquestes descripcions abstractes i cristal·litzar les diferències entre els models, ho il·lustrarem a través de les respostes que se suggereixen en una situació clínica com la següent. Es tracta d'una dona de 43 anys, premenopàusica, a qui recentment s'ha descobert una massa al pit. La cirurgia mostra un carcinoma ductal de 3,5 cm, sense afectació de ganglis limfàtics, que és positiu als receptors d'estrògens. La radiografia de tòrax, la gammagrafia òssia i les proves de funció hepàti-

ca no mostren malaltia metastàtica. La malalta s'ha divorciat recentment i ha tornat al seu treball d'assessora legal per guanyar-se la vida. Què hauria de dir el metge a aquesta malalta?

En el model paternalista el metge diria: "Hi ha dues teràpies alternatives per a protegir-se de la recurrència del càncer al pit: mastectomia o irradiació. Sabem ara que la supervivència amb tumorectomia combinada amb irradiació és igual a la que ofereix la mastectomia. Atès el fet que la tumorectomia amb irradiació ofereix la millor supervivència i resultat cosmètic, aquesta seria l'opció preferida. He demanat al radioterapeuta que vingui i discuteixi amb vostè el tractament d'irradiació. També hauríem de protegir-la contra l'extensió del càncer a altres parts del cos. Tot i que les probabilitats de recurrència són baixes, vostè és jove i no hauríem de deixar de provar qualsevol opció terapèutica. Estudis recents amb quimioteràpia suggereixen millores en la supervivència sense recurrència del càncer de pit. Fins i tot el *National Cancer Institute* (NCI) recomana quimioteràpia per a les dones amb el tipus de càncer que vostè té. La quimioteràpia té efectes adversos. Tanmateix, uns pocs mesos de penúries ara s'ho valen pels potencials guanys en anys de vida lliure de càncer".

En el model informatiu el metge diria: "Amb un càncer de pit amb ganglis negatius hi ha dos aspectes a tenir en compte: control local i control sistèmic. Per al control local les opcions són la mastectomia o la tumorectomia

amb o sense irradiació. Sabem gràcies a nombrosos estudis que la mastectomia i la tumorectomia amb irradiació permeten una supervivència global igual, del 80%, als 10 anys. La tumorectomia sense irradiació suposa una probabilitat de recurrència del tumor al pit entre el 30% i el 40%. El segon aspecte està relacionat amb el control sistèmic. Sabem que la quimioteràpia perllonga la supervivència en les dones premenopàusiques que tenen càncer de pit amb afectació ganglionar. Menys clar és el seu paper en dones amb càncer de pit i ganglis negatius. Alguns estudis suggereixen que la quimioteràpia no aporta beneficis en termes de supervivència global, però una àmplia revisió dels estudis suggereix que sí que hi ha benefici. Fa alguns anys, l'NCI va suggerir que en les dones com vostè la quimioteràpia pot tenir un impacte positiu en la supervivència. Deixi'm finalment que la informi que hi ha actualment assaigs clínics, en els quals vostè podria participar, que avaluen els beneficis de la quimioteràpia en pacients amb càncer de pit i ganglis negatius. Podria ser inclosa en un d'aquests estudis si vostè vol. Estaré encantat de donar-li qualsevol altra informació que desitgi”.

El metge en el model interpretatiu podrà apuntar molta de la informació que ha donat el metge del model informatiu i entrar després en una discussió per tal d'elucidar els desitjos de la pacient i concloure d'aquesta manera: “Em dóna la impressió que vostè té desitjos en conflicte. M'explico. Sembla que té dubtes sobre com equilibrar les exigències que demana un tractament addicional, recomençar la seva vida personal i mantenir un equilibri psicològic. Deixi'm que li doni una perspectiva que pot ajustar-se a la seva posició. Lluitar contra el seu càncer és important, però això no hauria de privar-la de mantenir una autoimatge saludable i de poder gaudir del temps fora de l'hospital. Aquesta visió sembla compatible amb la radioteràpia, però no amb la quimioteràpia. Una tumorectomia amb irradiació maximitza les seves possibilitats de sobreviure preservant el pit. La radioteràpia combat el càncer de pit sense desfigurar. Contràriament, la quimioteràpia perllongaria la duració del tractament durant bastants mesos. Encara més, els beneficis de la quimioteràpia en termes de supervivència són més petits i més controvertits. Donats els canvis recents en la seva vida, ja té prou noves preocupacions com per a sotmetre's a mesos de quimioteràpia amb un benefici qüestionable. L'he entesa bé? Podem tornar-ho a parlar d'aquí un dies”.

El metge en el model deliberatiu començaria per presentar el mateix tipus d'informació i entraria en una conversa per elucidar els valors de la pacient dient: “Sembla clar que vostè hauria de sotmetre's a la radioteràpia. Ofereix la màxima supervivència i el mínim risc, sense desfigurar ni alterar la seva vida. La qüestió de la quimio-

teràpia és diferent: és plena de dades conflictives. Si sospesem totes les opcions, penso que la millor per a vostè és entrar en un assaig que està investigant el benefici potencial de la quimioteràpia en dones amb càncer de pit i ganglis negatius. Primer, asseguraria que vostè rep una atenció mèdica d'excel·lència. Ara per ara, desconeixem quina teràpia maximitza la supervivència. En un assaig clínic el programa de visites de seguiment, proves i decisions el porten destacats experts en càncer de mama que assegurin que les dones reben la millor atenció a l'abast. Una segona raó per participar és de caire altruista: li permet contribuir d'alguna manera amb les dones que en un futur tinguin càncer de pit i hagin d'encarar eleccions difícils. Durant dècades, milers de dones han participat en estudis que han permès conèixer bé els tractaments que avui en dia s'ofereixen. Sense aquestes dones, sense el coneixement que elles han fet possible, encara estaríem fent mastectomies a vostè i a dones com vostè. En incorporar-se a un assaig estarà participant en una tradició a través de la qual les dones d'una generació reben el més alt estàndard d'atenció a l'abast però també milloren l'atenció de les dones de generacions futures, ja que permeten que la medicina aprengui quines són les millors intervencions. He de dir-li que jo no estic implicat en l'estudi; si vostè escull participar en l'assaig, la visitarà un altre expert en càncer de mama per planificar el seu tractament. He intentat explicar-li el nostre coneixement actual i oferir-li la meva recomanació de manera que pugui escollir la millor decisió possible”.

Considerant la relació habitual amb els malalts, aquests extractes poden semblar artificials o fins i tot caricaturescos. Tanmateix, permeten destacar l'essència de cada model i suggereixen com els objectius i les assumpcions de cadascun dels models configuren l'aproximació que realitza el metge cap als seus malalts. Podem imaginar converses semblants en altres situacions clíniques com ara el cas d'un obstetra discutint les proves prenatales o un cardiòleg parlant d'intervencions per reduir el colesterol.

## NOTES DELS TRADUCTORS

1. “*Health related values*” Els autors utilitzen el terme ‘valors’ relacionat amb la salut per referir-se a allò que nosaltres anomenem beneficis: supervivència, alleujament del dolor, qualitat de vida, etc.
2. L'experiment sobre la sífilis a Tuskegee (Alabama, EUA) va ser un estudi portat a terme pel Servei de Salut Pública dels EUA en el període 1932-1972. Van ser reclutats 399 afroamericans pobres que treballaven a les plantacions. Es pretenia obtenir dades sobre la història natural de la malaltia i es va prosseguir l'estudi més enllà dels anys 40, quan es va demostrar l'eficàcia de la penicil·lina en aquesta infecció.
3. L'escola de Willowbrook era una escola per nens amb retard mental on eren freqüents els brots d'hepatitis a mitjans del segle passat. Entre 1963 i 1966 s'hi van portar a terme estudis on els infants eren inoculats, oralment o per injecció, amb el virus per estudiar subseqüentment els efectes de la gammaglobulina.