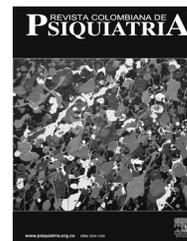




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRIA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

Decisiones compartidas

Shared Decisions



Jorge Holguín

Médico Psiquiatra, Universidad Pontificia Bolivariana, Docente, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Uno de los procesos de transformación más importantes y complejos de la actividad médica se comenzó a gestar a partir de la segunda mitad del siglo xxy tiene que ver con lo que actualmente se conoce como *shared decision making* (decisión compartida [DC]). Durante siglos, han sido prerrogativas del médico definir el problema de salud y decidir por el paciente (o sus familiares o incluso frente a lo que opinasen otros profesionales de la salud o sectores de la sociedad) lo más adecuado para solucionarlo. Esta actitud se ha denominado comúnmente paternalismo médico y en su momento se veía como algo correcto desde lo epistemológico (el médico es quien más sabe sobre salud y enfermedad), lo ético (la intención del médico es siempre buena) y lo moral (la sociedad otorga al médico dicha prerrogativa). Pero como sucede con otros aspectos de la salud y la enfermedad, el momento histórico es determinante al momento de interpretar los sucesos que afectan a los seres humanos y organizar las transacciones entre los diferentes sectores de la sociedad. Se ha atribuido esta transformación a la erosión de la confianza en la medicina como profesión, además de las dudas cada vez más extendidas sobre la integridad de las instituciones, las organizaciones y los sistemas que proveen los servicios de salud. Esta situación a su vez se ha relacionado con múltiples factores, entre los que se destacan: a) actualmente los individuos se enfrentan a la autoridad tradicional en múltiples campos, y en la medicina consideran importante no solo el conocimiento del experto, sino también su propia experiencia como elemento válido y necesario para la toma de decisiones; b) se tiende a considerar que los médicos anteponen sus propios intereses a los de sus pacientes; c) la visión cada vez

más generalizada de un acceso y participación de los pacientes restringidos por intereses económicos tanto de las casas farmacéuticas como de los diversos actores de los sistemas de salud (como aseguradoras, empresas promotoras de salud, etc.); d) las expectativas poco realistas transmitidas a la sociedad (originadas en la idea del progreso médico creciente como una especie de destino felizmente inevitable) de una medicina que ofrece y garantiza cada más y mejores resultados en sus intervenciones, y e) las dificultades conceptuales, éticas y prácticas derivadas del desplazamiento del énfasis en la cura (relacionado con la enfermedad aguda) hacia el énfasis en el manejo (propio de la enfermedad crónica). En este nuevo contexto toma fuerza la DC, definida como la implicación del paciente en las decisiones que le conciernen frente a diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. La DC es fuente importante de reflexiones, dudas y problemas al momento de su concepción e implementación en psiquiatría. Como dicen Villagrán et al., el psiquiatra contemporáneo se encuentra dividido entre “soslayar injustificadamente la autonomía del paciente para salvaguardar su bienestar y el injustificable respeto a su autonomía al precio de su bienestar”. Este equilibrio es sin duda difícil y depende de nuestra apertura conceptual, nuestra comunicación con los pacientes, nuestras competencias y posibilidades de evaluar la capacidad del paciente al momento de tomar una decisión determinada y finalmente la evaluación del riesgo (para sí mismo y para terceros) que acompaña a la enfermedad. La buena noticia es que los estudios empíricos tienden a respaldar la DC como una forma efectiva, segura y ética de tomar decisiones, que es posible implementar incluso con pacientes que padecen

enfermedades mentales severas y persistentes. Pero cabe preguntarnos si en Colombia los psiquiatras tenemos:

- Espacios (tanto durante la carrera como en el ejercicio) para pensar acerca de la DC y adquirir las competencias para su implementación.
- Un escenario social y del sistema de salud favorable a la DC.

- Un escenario legal y ético que respalde al médico y al paciente en la toma de decisiones compartida.

La invitación es entonces a reflexionar y tratar de crear las posibilidades para que nuestra profesión, sin por ello sacrificar algunos de sus principios fundacionales, se adapte a los nuevos modelos de relación y ayuda para los pacientes y la sociedad.