

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. De la verticalidad a la horizontalidad.

Camilo Iván Machado Rodríguez

La actividad médica se enfrenta a numerosos desafíos propios de la denominada *sociedad del riesgo*¹. Fenomenología frecuentemente vinculada con la actividad productiva derivada de los desarrollos científicos y tecnológicos². Estos riesgos son percibidos con mayor facilidad por los usuarios del servicio de salud, pues el paciente posee más conciencia ciudadana en torno a los Derechos sociales que les corresponde.

Este cambio de mentalidad, obedece a la evolución de la relación médico-paciente, esto es, el cambio de un *modelo paternalista* propio de la cultura hipocrática, al actual paradigma de la *autonomía de la voluntad*. De esta forma, se aprecia la necesidad de delimitar y plantear los derroteros que se deben seguir en la actuación médica, con el fin de actuar en beneficio del paciente, y con la garantía de realizar dicha actuación conforme a Derecho, logrando de esta forma, una disminución de las denuncias y demandas que se pueden presentar en dicha actividad.

* Abogado y Especialista en Ciencias Penales y Criminológicas de la Universidad Externado de Colombia; Licenciado en Derecho y Doctorado en Derecho en la Universidad de Salamanca (España). Docente del Departamento de Derecho Penal de la Universidad Externado de Colombia. Correo electrónico: camilo.machado@uexternado.edu.co.

¹ Concepto frecuentemente empleado por la dogmática alemana en los últimos años y con la que se alude tanto a una sociedad que se enfrenta con nuevos peligros para sí misma y para las condiciones básicas de existencia humana, como a los ámbitos de inseguridad social y al sentimiento subjetivo de inseguridad de los miembros de esa sociedad. Vid. BECK, ULRICO. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Editorial PAIDOS. 2001. p. 25 y 26. “El concepto de «sociedad industrial o de clases» (en el sentido más amplio de Marx y Weber) giraba en torno a la cuestión de cómo se puede repartir la riqueza producida socialmente de una manera desigual y al mismo tiempo «legítima». Esto coincide con el nuevo paradigma de la sociedad del riesgo, que en su núcleo reposa la solución de un problema similar y sin embargo completamente diferente: ¿Cómo se pueden evitar, minimizar, dramatizar, canalizar los riesgos y peligros que se han producido sistemáticamente en el proceso avanzado de modernización y limitarlos y repartirlos allí donde hayan visto la luz del mundo en la figura de «efectos secundarios latentes» de tal modo que ni obstaculicen el proceso de modernización ni sobrepasen los límites de lo «soportable» (ecológica, médica, psicológica, socialmente)?”; MENDOZA BUERGO, BLANCA. *El Derecho Penal en la sociedad del Riesgo*. Primera Edición. 2001. p. 25. “...el acuñador del término «sociedad del riesgo» propone, en las sociedades postindustriales desarrolladas las implicaciones negativas del desarrollo tecnológico y del sistema de producción y consumo adquieren entidad propia y amenazan de forma masiva a los ciudadanos, ya que ello propicia la aparición de «nuevos» riesgos de tal magnitud —especialmente de origen tecnológico—, que determina un cambio de época desde la sociedad industrial a un nuevo tipo macrosociológico: el de la sociedad del riesgo”. Desde el punto de vista del derecho civil, esta inflación de bienes jurídicos que recae sobre el regazo del Derecho Penal responde al fenómeno de “sociedad de riesgo” postindustrial caracterizado por su complejidad en la interrelación e interdependencia de las esferas individuales donde la indemnidad de uno depende de la realización de conductas positivas de otro o, lo que se ha denominado en materia civil, el problema de los “riesgos de desarrollo” donde existen actividades que son riesgosas *per se*, pues vienen acompañadas de avances técnicos que importa un gran bienestar para la humanidad pero a la vez pueden ser causa directa de daños frente a expectativas socialmente institucionalizadas.

² Vid. ROMEO CASABONA, JOSÉ MARIA. “El principio de precaución en las actividades de riesgo”. En cuadernos de Derecho Judicial. Escuela judicial Consejo General del Poder Judicial. La responsabilidad penal de las actividades de Riesgo. Madrid, III-2002. p. 16.

En esta oportunidad abordaremos el estudio de la relación más importante que se presenta en el ámbito médico, que sin duda alguna, es el núcleo de la ética médica, la relación *médico-paciente*.

Como su nombre nos lo indica, la relación *médico-paciente*, ha sido un asunto propio de la bioética, que posee grandes repercusiones jurídicas, en donde podemos cuestionar ¿cuál es la relación médico-paciente razonable? Sobre este punto se han establecido cuatro grandes modelos de relación: El modelo paternalista, el modelo de la autonomía, el modelo interpretativo y el modelo deliberativo.

En la actual actividad médica, las relaciones entre médico y paciente han variado mucho, existe un sentimiento de desconfianza mutua, el paciente requiere resultados, cuando, es claro que el médico sólo puede proporcionar unos servicios, a su vez el médico ve en el paciente un futuro demandante o denunciante. Es por ello que la medicina se ha volcado a una medicina defensiva³, que en la actualidad no se concibe sin el consentimiento informado del paciente.

Esta relación entre el consentimiento informado y la medicina defensiva, no puede tener una connotación meramente formal, pues al consentimiento informado como instituto jurídico que es, pretende proteger uno de los derechos más importantes que tiene el paciente, esto es, el Derecho a la libre autodeterminación, propio de un modelo de relación denominado de autonomía, como pasaremos a desarrollarlo más adelante.

Ahora bien, si partimos del respeto al derecho a la libertad que poseen todos los individuos en someterse o no, según sus criterios de voluntad, a un determinado tratamiento médico, o si, por el contrario se le da prioridad al Derecho a la vida y salud por encima de dicha libertad de los individuos, se trata en concreto de un enfrentamiento de derechos, que ha originado el desarrollo de dos máximas clásicas: "*salus aegroti suprema lex*" (la salud del paciente es Ley superior) y "*voluntas aegroti suprema lex*" (la voluntad del paciente es Ley superior), que a su vez han dado luz a dos modelos o formas de enfocar la relación médico-paciente.

Un primer modelo es el *paternalista*, que se caracteriza por su afán de buscar el beneficio del paciente sin respetar la voluntad contraria del mismo en el sentido de no aceptar un tratamiento médico, y un segundo modelo denominado de autonomía, preocupado por garantizar el respeto de la voluntad del paciente, así se llegue a resultados fatales como la muerte.

³ Vid. PELAYO GONZALEZ-TORRE, ÁNGEL. *La intervención jurídica de la actividad médica: El consentimiento informado*. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Universidad Carlos III de Madrid. Dykinson, S.L 1997. p. 57. "*La relación de los médicos se desarrolla en diversos frentes: autonormarse, protegerse jurídicamente, asegurarse (seguros y reaseguros), aplicación de una medicina defensiva (con más exploraciones, consultas y remisiones a especialistas, prudencia, etc.). Así las cosas, el gremio sanitario se vio obligado a actuar de forma jurídica. Así por ejemplo, se le recomienda que tome nota por escrito e incluya en la historia clínica los incumplimientos del paciente en cuanto al seguimiento del tratamiento prescrito; el médico exige por escrito el consentimiento antes de realizar las intervenciones e iniciar tratamientos, y en general la medicina se formaliza, como ha ocurrido de manera destacada en los estados Unidos de Norteamérica.*"

I. Modelo paternalista (Verticalidad)

La relación médico-paciente, se ha desarrollado en una práctica paternalista de la medicina que lleva más de XXV siglos de tradición, propia del modelo hipocrático. El modelo clásico de relación médico-paciente es paternalista. Para dicho modelo, el médico como *experto*, debe procurar el mayor bien para sus pacientes sin que éstos puedan tener opinión al respecto, ya que son profanos en la materia. Dicho bien siempre venía determinado por la aceptación del orden natural y, para conseguirlo, el paciente debía obedecer sin cuestionar todo lo que el médico le propusiera.

Este modelo responde al pensamiento, en donde el médico es quien sabe lo que le conviene o no a paciente, parte del concepto de *infirmus* como limitación moral por causa de la enfermedad, por ello el médico ocupara el lugar del paciente y como tal, decide lo que es más conveniente. Este esquema de la medicina paternalista se ha querido atribuir a la medicina que se ha venido practicando desde Hipócrates hasta los años sesenta.

El aludido modelo tradicional presentaba la relación médico-paciente como una relación humanitaria, en la que el médico actúa según su criterio en interés del paciente, con sacrificio y entrega; una relación basada en la confianza y la colaboración y en la que lejos de existir intereses contrapuestos ambas partes persiguen un interés común. De ahí que la relación implicara por su misma naturaleza una exclusión del Derecho, un rechazo a la juridificación.

Esta costumbre ha sufrido un cambio sin precedentes en la segunda mitad del siglo XX⁴. *“Esta medicina paternalista descansaba eminentemente en el principio de beneficencia, según el cual el médico se encontraba investido de la autoridad de Esculapio⁵ y decidía aisladamente la terapia adecuada a seguir en cada caso y para cada paciente, pero sin contar con el mismo. Se tendía a creer que una persona en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una decisión consciente, libre y lucida sobre su estado y sobre su tratamiento, puesto que se consideraba que la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo sino también a su alma”*⁶.

En atención a esta forma paternalista, se vislumbraba una relación médico-paciente de carácter fundamentalmente vertical⁷. Por ello, se

⁴ Vid. PELAYO GONZALEZ-TORRE, ÁNGEL. *op. cit.*, p. 12. *“Esta forma tradicional de entender la actividad médica entra en crisis, entre otras razones a causa del pluralismo ideológico de las sociedades contemporáneas, que va a afectar a la forma que tienen los ciudadanos de ver la actividad médica, y que hará surgir distintos valores, formas distintas de ver la relación médica que rompen con los usos establecidos. El debate ideológico y la actividad médica se ven directamente implicados hoy en día, cuando se habla de aborto, eutanasia, fecundación y tratamiento de óvulos y embriones, etc. Como consecuencia de ello cada uno de estos campos van a ser objeto de regulación cada vez más intensa por parte del derecho tendente a articular los distintos interés en juego”*.

⁵ Vid. *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición 2001, Tomo I (A-G). Asclepio, en la mitología griega, dios de la medicina. Era hijo del dios Apolo y de Coronide, aprendió todo lo que Quirón sabía sobre el arte de la medicina y pronto se convirtió en un gran físico. Como cometió el imperdonable pecado de dar vida a los muertos, el dios Zeus lo castigó con un rayo.

⁶ PALOMARES BAYO, MAGDALENA / DE LA SERRANA LÓPEZ, JAVIER. *op. cit.*, p. 3.

⁷ Como lo sostienen ORTOS BERENGUER, ENRIQUE Y GUINARTE CABANA, GUMERSINDO. *“Consideraciones en torno a la vertiente jurídica del denominado consentimiento informado”* en AA.VV.

consideraba que la actuación del médico estaba soportada en el principio de beneficencia. Según este principio, el profesional de la salud tenía amplias facultades para actuar sin contar con la voluntad del paciente, es decir, sin su consentimiento y ello, fundamentado en la conducta general de no mantener un estado de ausencia de salud, lo cual, implicaba aceptar cualquier acto que tendiera a conseguir la curación o el alivio de las dolencias. Para ello, el médico ponía su saber, entender y todo su poder en el supuesto beneficio del enfermo, no dudando en utilizar cualquier argucia e incluso el engaño.

Este modelo buscaba básicamente el mejor interés del paciente, diferenciándose del principio de beneficencia, pues en aquel se priva al paciente capaz de su derecho a la autodeterminación, mientras que en éste se sustituye la voluntad del enfermo incapaz. Luego un modelo paternalista se preocupa en definitiva por preservar la salud, sin importar la voluntad del paciente y por lo tanto no otorga importancia a la presencia o no del consentimiento del paciente.

Este principio de beneficencia propio de una contemplación paternalista de la medicina basada en el ejercicio de la misma como una función sagrada "*sacerdotal*", como fue en sus primeros tiempos, en la que el enfermo es un simple beneficiario y a cuyos esquemas, por tanto, "*el consentimiento era un elemento extraño*" o, al menos, adquiere un papel secundario cuando no se contempla, incluso, como un elemento distorsionador, en éste se da prioridad a la preservación de la salud y la voluntad pasa a ocupar un segundo plano.

Así las cosas, esta beneficencia paternalista era el principio continente y contenido de las tres clásicas obligaciones morales, que se encontraban ya en el digesto de Ulpiano, configuradas como preceptos jurídicos básicos: *honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere* o, como hoy en día se les conoce: beneficencia, no-maleficencia y justicia⁸.

En virtud de este modelo, "*la legitimidad de la actuación médica no sería el consentimiento informado del paciente, sino la realización por parte del profesional de todo lo que la ciencia médica aconseje para tratar la enfermedad en cuestión*"⁹.

En el mismo sentido, "*existen corrientes como la denominada ética asistencial, que pone su acento en el bienestar del paciente en lugar del respeto de su autonomía. En éste punto de vista, ocupa un lugar estelar la confianza en la relación médico-paciente,*

La ciencia del Derecho penal ante el nuevo siglo. Libro homenaje al profesor Doctor don José Cerezo Mir. José Luis Díez Ripollés, Carlos María Romeo Casabona, Juan Felipe Higuera Guimerá (Editores). Editorial Tecnos. Madrid 2002. p. 890. "El médico de la antigüedad ni estaba en condiciones de explicar muchas cosas, ni siempre había seguido unos estudios inexistentes en más de un periodo en algunas culturas, en las que la tarea de curar se reservaba a los esclavos, ni tenía a su alcance el saber proporcionado por la investigación en bioquímica y Genética y el inmenso arsenal de fármacos, productos, equipos, técnicas y terapias ahora existentes, ni tratamientos alternativos. Desde esta premisa no es arriesgado deducir que, con mucha frecuencia, la información que el médico podía proporcionar al enfermo era escasa y de dudoso rigor, o exacta en el diagnóstico del mal pero sin remedio conocido para él y entonces proporcionarla sin más podía ser una crueldad gratuita, por lo que el consentimiento informado en los siglos anteriores al XX, era una quimera, de casi imposible prestación".

⁸ Vid. GRACIA, DIEGO. *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina. (Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina). 1990.

⁹ GÓMEZ RIVERO, MARÍA DEL CARMEN. *La responsabilidad penal del médico*, Editorial. Tirant lo blanch tratados. 2ª edición. Valencia 2008. p. 38.

con la que se trata de generar un clima comunicativo en torno a lo que resulte más conveniente para el bienestar del enfermo, algo que desplazaría el protagonismo de la exigencia de información como presupuesto para la autonomía del individuo y situaría en su lugar el desarrollo de virtudes como la compasión o el reconocimiento de las limitaciones de la capacidad de aquél”¹⁰.

Cada día nos vamos apartando más de la denominada medicina paternalista¹¹, basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente, en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente.

El cambio de un modelo paternalista a un modelo de autonomía, y por lo tanto, el nacimiento y desarrollo del consentimiento informado, empezó a surgir de manera predominante en el mundo anglosajón. Con base en lo anterior, va apareciendo una nueva juridificación en éste campo, y los problemas que plantea frente a la *praxis* médica tradicional, puesto que introduce principios inspiradores diferentes a los que venían informando la práctica médica tal y como estaban consagrados hasta entonces en las normas de carácter deontológico y jurídicas de costumbre Hipocrática¹².

II. Modelo de autonomía de la voluntad (Horizontalidad)

El consentimiento informado, sin lugar a dudas es el mayor alcance del modelo de la autonomía, ajeno a la tradición médica que lo ha desconocido a lo largo de su historia. Progresivamente han disminuido las consideraciones paternalistas de la relación entre el médico y el paciente y se abre paso a una consideración igualitaria, buscando una forma esencialmente horizontal en donde se respetan las circunstancias éticas y morales de cada individuo que acude a los servicios de salud.

Por tanto, *“al darse primacía a la segunda máxima “voluntas aegroti suprema lex” (la voluntad del paciente es Ley superior), la legitimidad de la actuación médica se sustenta en el consentimiento informado del enfermo, lo que por sí implica el Derecho a la información, como requisito previo a la emisión del consentimiento. Por ello, aun cuando la intervención sea necesaria para salvaguardar su salud, e incluso en casos extremos, para salvar su vida, habrá de omitirse si con ella se lesiona su Derecho a decidir, en condiciones de libertad, si quiere y hasta dónde someterse a una terapia”*¹³.

¹⁰ *Ibíd.* p. 38 y 39.

¹¹ En el mismo sentido FRAGA MANDIAN, ANTONIO Y LAMANS MEILAN, MANUEL. *El consentimiento informado (El consentimiento del paciente en la actividad médico-quirúrgica)*. Revista Xurídica. Monografías, 1999. p. 18. *“Lejos queda ya la medicina paternalista basada esencialmente basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente en la mayoría de los casos la actividad terapéutica adecuada a cada paciente (todo para el enfermos, pero sin el enfermo). Lo anterior se fundaba en el pensamiento de que, el enfermo en un estado de sufrimiento no era capaz de tomar decisión libre y clara al afectar la enfermedad no solo su cuerpo, sino también su alma”*.

¹² En el mismo sentido, *Vid.* PELAYO GONZALEZ-TORRE, ÁNGEL. *op. cit.*, p. 31.

¹³ GÓMEZ RIVERO, MARÍA DEL CARMEN. *op. cit.* p. 39 y 67.

Con base en lo anterior, queda lejos aquella medicina de corte paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia, en donde el médico decidía aisladamente según la *“autoridad de Esculapio”*, en la mayoría de los casos, así mismo, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente era *“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”*.

Lo anterior se explicaba en la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma. Luego el médico desempeñaba el papel de tutor y el enfermo, el de desvalido, débil, sin firmeza, pero no sólo física, sino también moral; de ahí que histórica y tradicionalmente se haya prescindido de su parecer y consentimiento.

Este modelo de autonomía, tiene su origen en el sistema Norteamericano de la década de los setenta, en donde prevalece el Derecho del paciente a decidir. Hoy se encuentra en su máximo apogeo, pues el instituto del consentimiento del enfermo es presupuesto de la licitud de cualquier terapia con finalidad terapéutica o no, en cuanto así obliga a entenderlo la necesidad del respeto al libre desarrollo de su personalidad.

III. Consecuencias del cambio de un modelo verticalizado (Paternalista) a uno de carácter horizontal (Autonomía)

Con la irrupción del modelo de autonomía aparecen como expresiones el instituto del consentimiento y el derecho a la información. Se empieza a considerar el consentimiento del paciente como requisito de los tratamientos médicos, introduciéndose en el mundo de la medicina como resultado de la expansión de las ideas de libertad individual y autonomía personal. Se constata previamente el desarrollo de la idea de libertad, especialmente desde los orígenes de la edad moderna, aplicada a los diversos campos de la actividad social, como la religión, la política, la economía, etc., en una tendencia expansiva que explicaría en buena parte el desarrollo de la historia social¹⁴.

La forma en que la libertad y el principio de autonomía personal se han ido abriendo paso en el campo de las relaciones médico-paciente, ha sido por medio del instituto del consentimiento del paciente, considerado como requisito necesario para legitimar los tratamientos médicos. Con dicha institución se pretende desarrollar en este ámbito en particular, la idea de libertad¹⁵.

La entrada dificultosa de la idea de autonomía en el campo médico, se pone igualmente de manifiesto en el momento en que se constatan precisamente las distintas versiones que en este campo se han enunciado de la idea de consentimiento, versiones que cumplen de manera muy diversa la vocación del concepto, de convertirse en una garantía de la autonomía individual. Puede observarse cómo el mundo médico toma el concepto para retocararlo, para volverlo a formular, de tal manera que el concepto corre el

¹⁴ PELAYO GONZALEZ-TORRE, Ángel. *op. cit.*, p. 80.

¹⁵ *Ibid.*, p. 84.

riesgo de adaptarse para perder fuerza como revulsivo a favor de la autonomía y acabar por ser domesticado en la práctica médica¹⁶.

Así las cosas, la misión axial que cumple el consentimiento, una vez adaptado por el derecho a su forma de operar, no es la de funcionar específicamente como defensa de la autonomía del individuo, sino la de actuar como un instrumento jurídico que va a revolucionar la correlación de fuerzas tradicionalmente existente en la relación sanitaria. Y ello durante la actividad médica, como en la distribución de las armas legales en los posibles pleitos que se presentan de resultados de la actividad médica¹⁷.

Al partir de éste “modelo de autonomía”, como primera repercusión estaría “el respeto a la primacía de la voluntad del paciente, lo cual conlleva a la necesidad de priorizar la misma aún cuando resulte contraria a lo que habría decidido un paciente sensato”¹⁸. Desde este modelo, el médico debe respetar la voluntad del enfermo así vaya en contra de sus propios intereses.

Hoy por hoy, la confrontación a la que nos hemos venido refiriendo, en donde se encontraban de un lado, la libertad del paciente (primacía de la voluntad) y de otro el interés en su curación (modelo paternalista apoyado en el principio de beneficencia), “no corresponden a una polémica que estuviera aun pendiente de resolver. Si bien es cierto que la finalidad de la actividad médica es la curación del enfermo, hace tiempo que el consentimiento de éste se reconoce como presupuesto de aquélla en cualquier Estado que haya abandonado cánones autoritarios o actitudes paternalistas extremas”¹⁹.

Además en la mayoría de los países del mundo, la exigencia del consentimiento informado se ha plasmado en los textos positivos nacionales e internacionales²⁰, por ello un sector doctrinal²¹ considera al consentimiento informado como un Derecho fundamental que se desprende del Derecho constitucional a la información y al libre desarrollo de la autonomía de la voluntad, soportando sus puntos de vista con base en la jurisprudencia.

El principio de autonomía directamente relacionado con el consentimiento informado, encierra el conocer y comprender la información clínica y elegir libremente entre las alternativas que se presenten como posibles; éste tiene otra

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ GÓMEZ RIVERO, MARÍA DEL CARMEN. *op. cit.* p. 41. Ahora bien, según el Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición 2001, Tomo II. sensato [sensato] Adj. 1. Prudente, cuerdo, de buen juicio. [Del lat. *senstus*].

¹⁹ GÓMEZ RIVERO, MARÍA DEL CARMEN. *op. cit.*, p. 42.

²⁰ Textos internacionales como en el ámbito del Derecho comunitario europeo en donde se hace alusión al consentimiento informado del paciente en forma positiva, está el Tratado de la Unión Europea y en el tratado por el que se establece una constitución para Europa.

²¹ Autores como JOSEP-ENRIC REBÉS I SOLÉ. Miembro de la Academia de Jurisprudencia y Legislación de Cataluña en TRIBUNA: “*El consentimiento informado: del paternalismo a la Constitución Europea*” sostiene que el consentimiento informado es un derecho fundamental al cual aún le queda mucho camino por recorrer. Máxime cuando la Constitución Europea lo ha incorporado a su articulado como un derecho vinculado a la dignidad del paciente, a su integridad y a su libertad. *Vid.* <http://www.diariomedico.com>.

manifestación de similar importancia: el rechazar unas medias diagnósticas o terapéuticas cuando el paciente las considera contrarias a su sentido de la dignidad humana o a sus deseos personales sobre lo que quiere para sí mismo²².

IV. Conclusiones

1. Las relaciones humanas han de basarse en el escrupuloso respeto a la autonomía y los derechos de todos y cada uno de los individuos implicados en ellas. Esto explica que haya sido en éstos últimos veinte años cuando los enfermos han elaborado por primera vez sus códigos de derechos. Hasta entonces los únicos que poseían códigos de actuación –dado que sólo ellos eran los únicos que tenían capacidad de tomar decisiones- eran los médicos.
2. Hoy es preciso respetar escrupulosamente los derechos de todos los sujetos implicados en la relación médico-paciente. Cuando esos derechos no son respetados, se produce una lesión de derechos que puede ser perseguida jurídicamente.
3. A la prioridad que se dé a cada uno de los elementos de este binomio responden, respectivamente, los enunciados de dos máximas que pueden considerarse clásicas: *“salus aegroti suprema lex”* y *“voluntas aegroti suprema lex”*, enunciados que dan paso a otros tantos modelos en torno a la forma de enfocar la relación médico-paciente: por un lado, el modelo paternalista, afanado en buscar la beneficencia del enfermo; por otro, el de autonomía, preocupado por garantizar el respeto de su voluntad.

²² Como regla general el paciente o usuario del servicio de salud tiene derecho a decidir libremente, previa información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, así como el derecho a negarse al tratamiento como regla general (excepto en los casos determinados en la Ley), si bien dicha negativa al tratamiento debe hacerse constar expresamente por escrito para garantía y seguridad de los usuarios y de los profesionales sanitarios.