CONTRIBUCION DE LA COMUNICACION DE SALUD A LA ADOPCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prof. Sandra M. Fábregas
Farmacéutica, Bioeticista y Especialista en Comunicación de Salud. Facultad de Farmacia, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico
Dr. Pablo Rodríguez del Pozo
Médico y Jurista. Departamento de Medicina y Filosofía Universidad de Chile
Dr. Jorge Ferrer
Sacerdote Jesuíta y Teólogo. Universidad de Comillas, Madrid, España.

I LA COMUNICACIÓN DE SALUD: UN INSTRUMENTO PARA LA BIOÉTICA

1.1. Introducción

Con frecuencia el profesional sanitario ha contado con los ideales y valores necesarios para ser ético, pero no ha sabido cómo traducir éstos a través de un proceso de comunicación a decisiones éticas efectivas (Kreps & Thornton,1984).

La relación entre el profesional sanitario y el paciente se ha señalado como un factor mayor para el fallo de los pacientes en seguir régimenes de tratamiento, en la insatisfacción con el sistema de salud y el aumento en hacer uso del recurso legal para demandar por impericia médica (Northhouse & Northouse, 1992).

La comunicación de salud se presenta como un enlace decisivo entre el conocimiento técnico del estilo de vida apropiado y las opciones de tratamientos médicos, y la necesidad personal de una participación significativa en el manejo de la salud y el bienestar individual. Esta conexión crucial entre los campos de salud y comunicación ha sido reconocida en las iniciativas recientes en salud pública, mediante el establecimiento de una oficina de Comunicación de Salud en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en E.E.U.U, primordialmente para ayudar a integrar la comunicación de salud en programas abarcadores como medios para influenciar el comportamiento individual y reducir los riesgos a la salud (Ratzan, 1994).

1.2. Magnitud del Problema

En términos generales, se ha encontrado que las dificultades de comunicación pueden describirse con referencia a problemas de diagnóstico, a la falta de participación del paciente, o a la divulgación de información inadecuada. Los estudios han revelado que cincuenta por ciento (50%) de los problemas psicosociales y psiquiátricos resultan inadvertidos, que los médicos interrumpen un promedio de 18 segundos al paciente mientras presentan la descripción de su problema, que cincuenta y cuatro por ciento (54%) de los del paciente y el cuarenta y cinco por ciento (45%) de sus preocupaciones no son descubiertos por el médico ni expuestos por el propio paciente, que pacientes y médicos no concuerdan sobre el problema principal en el cincuenta por ciento (50%) de las visitas y que los pacientes están insatisfechos con la información que les proveen los médicos.

Los estudios describen problemas de comunicación en relación con el flujo de

información de paciente a médico durante el proceso de obtener el historial médico, y de médico a paciente durante la discusión del plan de manejo. Sin embargo, muchos de los estudios apuntan a la importancia del apoyo emocional como una dimensión de la comunicación. Tambien se encuentra de forma explícita implícita la preocupación en todos los estudios sobre la distribución de poder y control en la relación médico-paciente (Stewart,1995).

Ya algunas organizaciones de salud reconocen la importancia de incorporar un componente de comunicación para acreditar sus programas. Por ejemplo, la acreditación profesional y los estándares de ética para la orientación genética y la genética médica reflejan el papel crítico de la comunicación (Stewart,1995).

Los criterios de la Junta Americana de Genética Médica para geneticistas clínicos, para geneticistas médicos con doctorados en filosofía y para orientación genética requieren, de una forma u otra, comunicarse efectivamente. Los estándares de acreditación profesional para la genética médica y orientación genética, combinan las aspiraciones elevadas, el conocimiento científico y la compasión humana en un estándar de cuidado para una comunicación caracterizada por un diálogo abierto, explicativo y empático (Sharpe,1994).

1.3. La información en el contexto de salud se hace obligatoria

Aunque existe desde la década de los 60 el consentimiento informado, doctrina legal que requiere que los profesionales de la salud provean información a los pacientes para que éstos puedan determinar lo que se les puede hacer, ha sido muy difícil de implantar. Desde ese momento se estableció que los profesionales de la salud deben decirle al paciente la naturaleza de su dolencia, la naturaleza del tratamiento que se propone, incluyendo los riesgos y beneficios, la probabilidad de éxito del tratamiento propuesto y posibles alternativas al tratamiento.

Es todavía difícil para los profesionales sanitarios saber exactamente que deben revelar en un caso dado. Una serie de juicios en la década de los 70 apoyaba el argumento de que el consentimiento informado significa que los profesionales revelen lo que una persona razonable necesite saber (Northouse & Northouse, 1992).

El consentimiento informado sigue provocando confusión y controversia en la comunidad médica, pero hay médicos que argumentan que los requerimientos comunicativos de ésta doctrina, representan una respuesta y un reconocimiento de las realidades y demandas de buen cuidado del paciente. Se ha afirmado, que tanto el médico como el paciente, cada cual contribuye con su destreza especial a la toma de decisiones médicas. El papel del médico es sopesar y balancear la observación personal, conocimiento médico, las destrezas y experiencias en contraposición con las opciones médicas disponibles y sus respectivos riesgos y beneficios. La responsabilidad del paciente es describir y evaluar síntomas, detallar el historial familiar y discutir expectativas, objetivos, preocupaciones, creencias y valores. El resultado de estas respectivas contribuciones es la toma de decisiones informada, que puede resultar en la negación de parte del paciente a acceder al

consentimiento informado, o el curso médico recomendado.

Para cualquier curso de acción propuesto, que tambien incluya la no-intervención, se le debe proveer al paciente el tiempo adecuado para comprender y evaluar todas las consideraciones con respecto a su tratamiento. Esto puede incluír la obligación de aconsejar sobre un tratamiento menos invasivo o peligroso. (Sharpe,1994).

II LA COMUNICACIÓN: UNA COMPETENCIA ALTAMENTE DESEABLE

2.1. Algunas consideraciones

Aunque la práctica de la medicina ha evolucionado durante el siglo pasado, la comunicación de salud como campo de estudio esta en una etapa naciente. Por una variedad de razones la medicina académica y la educación médica de pre-grado no han incorporado los cambios importantes que afectan en el presente la comunicación de salud. Esta es un área importante dentro del campo de la comunicación humana. Por los menos en los últimos 25 años los estudiosos de la comunicación se han dedicado a la aplicación de su peritaje para la promoción de salud y la prevención de enfermedad.

La comunicación de salud se ha definido por un número de estudiosos como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes y estrategias de implantación. El Centro de Control de Enfermedades (C.D.C) en los E.E.U.U define la comunicación de salud como "el arte y expresión de mensajes estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades" (Ratzan,1994,p.361). Desde la perspectiva de que la buena salud debe destacar el cuidado sobre la curación así como la prevención sobre la prescripción, la comunicación de salud ha sido definida como: " el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la forma de decisiones para el cuidado de la salud humana" (Ratzan,1994,p.362).

En el contexto académico la comunicación de salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye: prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, el comercio así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad (Ratzan,1994).

El enfoque hacia la prevención como un objetivo de cuidado de salud, demanda que la competencia de comunicación sea una pieza central en la ecuación de cuidado de salud.

Tambien la comunicación de salud se ha definido como un área dentro de la comunicación humana se vincula con la manera en que los individuos se enfrentan a asuntos relacionados a la salud (Ratzan,1994). En esta comunicación, el enfoque se sitúa en transacciones y factores específicos relacionados a la salud que influencian estas transacciones. Las transacciones pueden ser verbales o no verbales, orales o escritas, personales o impersonales, orientadas a un asunto o relación, solamente para mencionar algunas características (Northouse & Northou-

se,1992). En general, la comunicación de salud se interesa por un abanico de cuestiones que va desde la aplicación de los conceptos de teorías de comunicación hasta las transacciones que ocurren entre los individuos en asuntos relacionados a la salud (Sharpe, 1994).

La comunicación en salud ocurre en muchos de los contextos de la comunicación humana. En la comunicación de masas, la comunicación de salud se refiere a área como: programas nacionales y mundiales de salud, promoción de salud y planificación de la salud pública. En el área de la comunicación pública se refiere a las presentaciones y discursos preparados por individuos sobre tópicos acerca del cuidado de la salud. En el contexto organizacional, la comunicación de salud se relaciona con la administración del hospital, las relaciones con el personal y el clima de comunicación institucional. En el contexto de grupos pequeños, la comunicación de salud se refiere a áreas tales como reuniones para planificar tratamientos, informes de personal e interacciones en el equipo de salud. La comunicación en contextos interpersonales incluye las variables del proceso de la comunicación humana que afectan directamente la interacción profesional-profesional y profesional-paciente. Finalmente, la comunicación en salud en el contexto intrapersonal se refiere a lo pensamientos, creencias y sentimientos internos del individuo acerca de los asuntos que influencian las conductas dirigidas a la salud. La comunicación en estos contextos tiene en común el objetivo hacia la salud, sin embargo, las aspiraciones específicas de la comunicación así como el número de personas involucradas en el proceso puede variar considerablemente (Northouse & Northouse, 1992).

En todas las facetas de las intervenciones de la comunicación en salud están enclavadas asuntos de valores y de ética que con frecuencia se dejan sin examinar o se dan por sentado por los proveedores. Se ha documentado muy recientemente la necesidad de proveer un marco de análisis que ayude a intervenir de forma sistemática tomando en consideración estos elementos éticos (Guttman, 1996).

Los estudiosos de la comunicación en salud deben trabajar estrechamente con otros científicos sociales, profesores de medicina, de salud pública, así como profesores y expertos de mercadotecnia. Este tipo de colaboración es necesaria en los esfuerzos para intervenir en los problemas de salud de la sociedad (Rogers, 1994).

2.2. Interdependencia: vínculo necesario

Toda la buena voluntad e intención filosófica pierde sentido si no hay comunicación con el paciente. Se ha argumentado que los profesionales sanitarios no pueden actuar éticamente si no practican unas destrezas de comunicación (Kreps & Thornton,1984).

Los expertos en el área de comunicación de salud que así como los médicos otorgan el Juramento de Hipócrates, deben practicar los principios de otro gran maestro griego: Aristóteles. Este demandaba de sus estudiantes que asumieran responsabilidad de la veracidad de sus reclamos y la lógica de sus argumentos. Hoy, esto incluye tomar decisiones éticas y apropiadas cuando se confrontan asuntos tales como el empleo de técnicas que utilizan el miedo, la confiabilidad en las

encuestas de opinión pública, el racionamiento de los servicios, entre otros. La capacidad para discriminar entre los valores y ofrecer decisiones juiciosas requiere una encalladura firme en el sentido moral del pasado como requisito para trazar las avenidas aptas para aspirar a un mañana más saludable (Ratzan,1994).

En los griegos y romanos, el médico compartía ideales esenciales de la polis y los requisitos del ciudadano orador eran los de ser un hombre bueno y ético. Esta relación imprescindible entre la comunicación ética, efectiva y persuasiva, y la buena salud, eran los ingredientes principales del ideal homérico de "areté" (Ratzan, 1994).

El idea de "areté" no significa tanto "virtud" moral cuanto "potencial", "capacidad", y por lo mismo tambien capacidad física para hacer algo bien, es decir, virtuosidad técnica. La "areté" de un cirujano no consiste inicialmente en que sea moralmente bueno (un cirujano bueno), sino que sepa ser buen cirujano, un cirujano virtuoso. El término bueno, no puede traducirse al sentido moral. El vocabulario, greco-romano tiene un sentido profundamento físico. Así que el médico virtuoso es el que sabe hacer bien su oficio. La virtud es una capacidad física, no moral (Gracia,1989).

Recientemente han surgido una serie de talleres y seminarios tanto a nivel de Europa como de E.E.U.U que integran ambas disciplinas: comunicación y ética. El taller más reciene fue: **Etica, Pedagogía y los nuevos medios en la comunicación en salud"**, que se celebrí en la Universidad de Oxford en Inglaterra el 25 de julio de 1996. Este taller de un día se llevó a cabo como parte del las actividades del Instituto de Comunicación de salud de de Bruselas que tuvo lugar del 1 al 22 de julio de 1996. Se celebró en asociación con la Conferencia Internacional bajo el tema de la enseñanza de las comunicaciones y medicina (Schmitz & Yoho,1996)). Tambien en la misma Universidad bajo el nombre de **Oxford Practice Skills Project** se comenzó en 1992 a enseñar los estudiantes de internado en medicina destrezas de ética, legislación y comunicación centrado en la persspectiva del paciente. Estas tres áreas formaban parte de un módulo denominado **practice skills** (Hope,1994).

En el otoño de 1995 se comenzó un curso sobre **controversias de ética en comunicación de salud** en el Prograamde Comunicación de Salud de consorcio con las Universidades Emerson y Tuft en Boston. Este curso explora controversias éticas de comunicación en salud en la actualidad con expertos en el área (Ovaska,1996).

2.2. La comunicación como ciencia

El teórico de la comunicación David Berlo propuso para la década de los 50 un modelo de la comunicación humana que armoniza con las teorías y las investigaciones corrientes de las ciencias de la conducta. Este modelo está basado en uno de comunicación electrónica que había sido desarrollado por el matemático Claude Shannon y el ingeniero Warren Weaver en 1947, el cual era muy compatible con la teoría de Aristóteles. En su *Retórica* **ya Aristóteles** había expresado que hay que considerar tres componentes de la comunicación: el orador, el discurso y el auditorio. Por otro lado, Berlo ha identificado como componentes del proceso de la comunicación humana como: (1) la fuente de comu-

nicación, (2) el encodificador, (3) el mensaje, (4) el canal, (5) el decodificador y el (6) receptor de la comunicación (Berlo,1978).

La fortaleza del modelo de Berlo estriba en la manera en que representa la complejidad de la comunicación y la trata como proceso, no como un evento estático. El modelo, sin embargo, es limitado ya que omite el componente de retroalimentación. Si este modelo se aplicara a los escenarios de salud, permitiría ver los muchos factores que influencian la comunicación con el paciente, como por ejemplo, sus actitudes y su trasfondo sociocultural. De forma parecida, este modelo ayuda a explicar como la experiencia y la educación afecta la comunicación profesional-profesional, pero es menos útil en ilustrar como la retroalimentación influencia los diálogos que se llevan a cabo (Northouse & Northouse, 1992).

2.3. Teorías éticas que se vinculan a la comunicación de salud

Las éticas teleológicas o éticas de la responsabilidad parecen haber abierto la puerta para integrar elementos importantes de la comunicación de salud. Algunas de éstas éticas son: la de la virtud, (2) la del cuidado y la (3) la narrativa.

Llama poderosamente la atención que James F. Drane, uno de los expositores principales de la **ética de la virtud** se refiera a la dimensión espiritual como una de comunicación verbal entre el médico y el paciente, y asocia la virtud de la veracidad (Gracia,1991). Con este vínculo Drane abre una puerta a la comunicación de salud y a colocarlo a su vez en un enfoque moral.

Por otro lado, la **ética del cuidado**, enfatiza la importancia de la afectividad cultivada y del carácter virtuoso, resaltando aquellas virtudes asociativas que favorecen las mejores relaciones interpersonales, asegurando un vínculo compasivo con los demás en el contexto de la medicina. Se enfatiza un acercamiento a particularidades de entidad y de **relación** como un hecho crucial en la comprensión moral, afirmando que sin este acercamiento, se queda en muchos casos descalificados para hacer juicios morales y actuar de manera moralmente responsable. Este acercamiento a la particularidad significa que hay que estar alerta a las formas en que una situación pueda diferir de otra y no asumir de forma apresurada que un hecho observado en una situación se relaciona con otro con el cual se ha relacionado antes. La inquietud está en que hechos moralmente relevantes de situaciones particulares, pueden ser oscurecidas a veces por una confianza excesiva en formas de juicio y de decisión imparcial.

Son centrales para la concepción de habilidad moral en la **ética del cuidado**, aquellas aptitudes que nos permitan estar junto a los demás, **expresarnos efectivamente y escucharlos, interpretar lo que otros dicen o hacen con sensibilidad e introspección, y estar abiertos a cambiar nuestros conceptos sobre los asuntos y bienes prioritarios para otros**. Esta ética llama a descubrir y desarrollar cualidades imaginativas, emocionales y expresivas que son indispensables en **una buena comunicación (**Carse, 1995).

Por último y no menos importante **la ética narrativa** trabaja a dos niveles según **Howard Brody**, su principal expositor: (1) una de **relación** y otra de (2) decisión, a la asistencia sanitaria a nivel terciario o específico de la práctica hospitalaria. La primera se caracteriza por ser preventiva y la segunda, curativa. En la

medicina curativa las cuestiones morales que se plantean tienen que ver casi siempre con la toma urgente de toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas. Por esta razón, en este ámbito, el enfoque es principalmente decisional. En la medicina de comunidad, por el contrario, las cuestiones éticas que se plantean tienen un carácter mucho más cotidiano, lo que las hace perder en dramatismo y urgencia, pero ganar en profundidad. En este campo,los procedimientos médicos no tienen que ser decisorios, sino **relacionales**. Este enfoque narrativo, ha de atender el contexto mucho más que el puramente decisional. En el despacho de un médico de comunidad será más importante la relación que se estableza con el paciente que la toma de decisiones (Gracia, 1995).

2.5. El ámbito de mayor necesitad de integración: profesional sanitario-paciente

Al presente, en el sistema de cuidado de salud, los roles tradicionales del médico, la enfermera y el paciente, por ejemplo, han sido retados y está atravesando un cambio significativo. Como resultado, las reglas estereotipadas que gobernaban previamente estas funciones y relaciones, ya no son tan válidas. Los papeles cambiantes de las profesiones sanitarias han aumentado la ambiguedad, el estrés en las relaciones y difucultades de comunicación (Northouse & Northouse, 1992).

Aunque existe una gama de relaciones en el contexto de la salud, a los fines de esta investigación se le prestará mayor atención a la que se establece entre el profesional sanitario y el paciente.

La comunicación entre el profesional sanitario y el paciente provee una oportunidad al profesional de reducir la incertidumbre del paciente, de capacitar al paciente para actuar en su beneficio y fortalece la relación del profesional con el paciente. Por otro lado, una información que sea comunicada deficientemente puede aumentar la incertidumbre, paralizar la acción y destruír la **relación**.

III EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN EN SALUD

3.1. Algunos vínculos

Existe un paralelismo entre el **Modelo Progresivo (Process Model) y el Modelo de Comunicación de Salud.** En ambos modelos se trabajan conceptos y principios similares. Los conceptos comunes a ambos están vinculados a la relación con el paciente y las transacciones que se llevan a cabo con este en cuanto a su situación de salud. Ambos proponen como principio básico la participación del paciente en cada fase de su cuidado. Tambien postulan que para lograr esta participación efectiva del paciente hay que considerar aspectos no verbales del proceso de comunicación. Desde este marco se pretenderá aportar al conocimiento del proceso de toma de deciciones en el ámbito de la relación del profesional de la salud y el paciente. Se aspira sobretodo a la promoción de decisiones libres e informadas mediante la promoción de destrezas de comunicación efectiva en el profesional de la salud.

3.2. Antecedentes

En 1929 un comentario legal en la revista *New England Journal of Medicine* difundió que aproximadamente una vez cada cuatro días

algún paciente hacía algún reclamo en contra de un médico y buscaba reparación legal por alegada malapráctica. Este dato comenzó la primera onda u ola de "crisis de malapráctica" que llegaría a culminar en la década de los 70.

Para la década de los 30 ya se animaba a los médicos a asegurar un consentimiento de parte del paciente, especialmente si se trataba de una cirugía (Faden & Beauchamp, 1986).

Era casi una práctica a finales del S. XIX y principios del XX esconder información del paciente que pudiera provocar cuestionamiento sobre la competencia del médico o que llevara al paciente a buscar otro médico. El argumento que se usaba era que el esconder información era necesario porque de otra manera la esperanza del paciente y su recuperación se retardarían.

Hasta la década de los 70 la cuestión del consentimiento informado era poco conocido por la mayoría de los médicos. Por otra parte, hay evidencias de que al menos por esos años se buscaba consentimiento del paciente en cirugía, donación de órganos y angiografía-para ordenar la investigación la empírica.

Posterior a la década de los 70 se desarrolló una explosión de información en la literatura médica. Los comentarios en torno al consentimiento informado en la literatura médica eran más negativos que positivos. Los médicos veían las demandas del consentimiento informado como imposibles de cumplir al menos en algunos casos, tambien como inconsistente con el buen cuidado del paciente. En muchos de los comentarios no se reconocían las dimensiones morales del cuestionamiento legal (Faden y Beauchamp, 1986).

No es hasta 1981 que la principal organización médica norteamericana **American Medical Association (A.**M.A) asume como postulado ético profesional el respeto al consentimiento informado (Simon, 1995).

3.3. Elementos de importancia en el Consentimiento Informado

Los elementos esenciales que debe incluír el consentimiento informado incluyen: (1) explicación del padecimiento, (2) explicación inteligible del procedimiento que va utilizarse y de sus consecuencias, (3) descripción de tratamientos o procedimientos alternativos, (4) descripción de los beneficios que se pueden esperar, (5) ofrecimiento de contestar preguntas al paciente y (6) libertad de coerción, persuasión injusta y presión.

Para asumir el consentimiento informado el paciente debe reunir las siguientes condiciones: (1) Disponer de una información suficiente, (2) Comprender la información adecuadamente, (3) Encontrarse libremente para decidir de acuerdo a sus propios valores, (4) Ser competente para tomar la decisión en cuestión. Todo ésto debe tender en el seno de una auténtica comunicación con el enfermo. El Consentimiento Informado solo se logra como parte de un proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y valores del paciente. Es " un derecho a la petición y al rechazo informado de tratamientos" (Sánchez, 1996,p.83)

3.4. El consentimiento informado en la Práctica

Las interacciones de los médicos y los pacientes se conceptualiza de dos maneras. La toma de decisiones se puede ver como un evento aislado que ocurre en un punto en el tiempo: un modelo puntual (event model) o

como un elemento continuo en la relación entre pacientes y sus profesionales sanitarios-modelo progresivo (process model) (Applebaum et al, 1987).

Las implicaciones de estas maneras diferentes de conceptualizar las decisiones acerca del tratamiento son bastante profundas, ya que están enraizadas en visiones diferentes acerca de la **relación** entre médicos y pacientes.El **modelo puntual** pone énfasis en la provisión de información completa y precisa al paciente en el momento de toma de decisiones. Se puede decir que el documento de consentimiento informado es el símbolo central del modelo puntual. Una vez que la información ha sido ofrecida, los pacientes eligen alternativas integras de tratamiento. En esencia, este modelo estimula la educación a los paciente en una ocasión, con poca oportunidad para la reflexión e integración de la información en el esquema subyacente de valores del paciente. Estas consideraciones generales llevan a sugerir un modelo de toma decisiones médicas así como necesidades pedagógicas del paciente.

Este acercamiento se puede encontrar en el **modelo progresivo** de toma de decisiones y consentimiento. En contraste con el **modelo puntual, el progresivo** esta basado en la suposición de que la toma de decisiones médicas es un proceso continuo, y que el intercambio de información tiene que ocurrir a través del curso de la relación médico-paciente. El intercambio de información se refiere a un proceso en dos direcciones. Para facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones, los médicos necesitan revelar información a los pacientes sobre los diferentes acercamientos diagnósticos y terapéuticos tanto recomendados como alternativos.

Así como hay ventajas, existen tambien desventajas. Los médicos no están acostumbrados a la discutir sus pensamientos e información con los pacientes, excepto cuando se necesita tomar una decisión del tipo del modelo puntual. Un readiestramiento sustancial puede requerirse antes de que muchos médicos puedan funcionar cómodamente en el **modelo progresivo**. De igual forma, los pacientes que están acostumbrados a funcionar pasivamente en la relación tendrán que ser re-educados acerca de su nuevo rol (Applebaum, et al, 1987).

3.5. Aproximaciones para mejorar la comprensión del consentimiento informado

Basado en la revisión de varios estudios sobre consentimiento informado, los investigadores SIlva y Sorrel han sugerido varias aproximaciones que pueden aumentar la comprensión de los pacientes: (1) El documento de consentimiento debe escribirse en un estilo claro, corto y directo, (2) La cantidad de información debe ser la adecuada, (3) Se les debe sar suficiente tiempo a los sujetos para procesar información del consentimiento informado (podría ser un día o más). (4) Se le debe proveer una asistencia especial a los individuos con un nivel educativo o linguístico más bajo que ayude a comprender mejor la información y (5) Una ayuda adicional para comprender la información se le debe proveer a los individuos que se están ajustando a situaciones violentas (Applebaum et al, 1987).

La clave para una comunicación efectiva parece ser invitar a una participación activa a los pacientes en un contexto de intercambio de información. Normalmente el profesional que busca consentimiento tiene una ventana

muy estrecha desde la cual ver los valores y las necesidades de información de los demás. Los profesionales harían bien en terminar con su preocupación tradicional con la revelación de información y en su lugar hacer preguntas, extraer las preocupaciones e intereses del paciente para que haga preguntas-en fin ganarse la **confíanza** del paciente (Faden & Beauchamp, 1986).

Desde el punto de vista ético, el consentimiento informado es un proceso compartido de toma de decisiones que está basado en el respeto mutuo y la participación, y no es un mero ritual que es obligatorio. La toma de decisiones compartidas basadas en el respeto mutuo es en última instancia la responsabilidad del profesional sanitario en su carácter individual y no de los sistemas. (Kreps & Thornton, 1992).

IV EL PROCESO DE COMUNICACIÓN COMO PARTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA BIOÉTICA

4.1. Justificación para incorporar elementos de comunicación

Un informe altamente respetado en los E.E.U.U identificó de forma clara y precisa los siguientes puntos relevantes relacionados a la comunicación: (1) Aunque el consentimiento informado está sustanciado en las leyes, es esencialmente un imperativo ético; (2) Un consentimiento éticamente válido es un proceso de toma de decisiones compartida basado en el respeto mutuo y la participación, no es un ritual; (3) El consentimiento informado es importante para las personas en todas las culturas. Se debe requerir para todos los profesionales sanitarios en todas sus relaciones con todos sus pacientes. No es un lujo para algunos individuos bien informados o educados; (4) Los profesionales sanitarios no deben de esconder información desagradable simplemente porque es desagradable. Muchos informes sobre el consentimiento informado han encontrado que los miembros del público no desean que se les retengan las malas noticias; (5) La toma de decisiones basada en el respeto mutuo es en última isntancia la responsabilidad individual de los profesionales sanitarios y no de los sistemas que fragmentan la responsabilidad; (6) Los pacientes deben tener acceso a la información que los ayude a entender sus condiciones y que les permitan tomar decisiones sobre sus tratamientos; (7) Se deben explorar técnicas que permitan al paciente expresarse de forma oral o escrita o ambas, su comprensión de los tratamientos, (8) Los educadores deben preparar a los médicos y a las enfermeras para llevar a cabo su obligación de realizar el consentimiento informado; (9) Los miembros de la familia se deben involucrar en el consentimiento informado cuando el paciente elige incluírlos en el proceso o cuando necesitan representar los intereses del paciente que son incapaces de comunicar sus propias necesidades; (10) Mientras la toma de decisiones entre el consumidor y el profesional sanitario es el ideal, los grupos organizados para dichos procesos, como los comités de ética,deben utilizarse cada vez que sea apropiado. Ellos pueden expresar un "continuum" de puntos de vista en cuestiones morales; y (11) Se deben poner límites a la gama de decisiones aceptables que los abogados o representantes pueden tomar

más allá de los límtes que se establezcan cuando la persona toma sus propias decisiones (Kreps & Thornton,1992).

4.2. El consentimiento informado como antesala de la comunicación de salud

La conceptualización de un modelo progresivo de consentimiento informado propone unos acercamientos pertenecientes de manera sustancial al campo de la comunicación en salud. Más que revelar cantidades de información, lo que se pretende es buscar una nueva manera de concebir y estructurar el proceso de solicitar el consentimiento y un énfasis del profesional en asistir al paciente para que pueda tener una comprensión sustancial de lo que está en conflicto en la decisión del consentimiento. Este modelo además, incorpora de forma concreta la idea de consentimiento informado, y es la extensión lógica de las teorías éticas y legales a partir de las cuales esa idea se desarrolló. El modelo progresivo apunta a unos procedimientos que permiten utilizar las herramientas que se proveen en el campo de la comunicación de salud. Este campo tiene el camino preparado con el modelo progresivo que hasta ahora era tan solo un idea.

4.3. Modelos del campo de la salud que incorporan la comunicación

Aunque el Modelo Progresivo del Consentimiento Informado tiene como objetivo principal promover una mayor participación del paciente, en la práctica es difícil alcanzarlo. De la misma forma que este Modelo pretende lograr ese objetivo, así tambien existen varios modelos del campo de la salud que enfatizan dicha participación. Estos son: (1) Modelo Terapéutico (1951), (2) Modelo de Creencias de Salud (1974) y (3) Modelo de Interacción de King (1981). Estos tres modelos introducen una mayor atención a la comunicación humana.

Además de los tres modelos mencionados existe el **Modelo de Comunicación de Salud** (1992) que considera una visión de sistema de comunicación más amplia. Enfatiza la forma en que una serie de factores pueden impactar las interacciones en los escenarios de salud. Los componentes principales del proceso de comunicación de salud son: **(1) relaciones, (2) transacciones y (3) contextos.** Las relaciones son las que se establecen de forma interpersonal, ya sea con otros profesionales de la salud o con el paciente. A ésta se aportan características únicas, creencias y valores y percepciones. Las transacciones se refieren a cualquier interacción entre individuos acerca de información relacionada a la salud. Incluye comportamiento verbal como no verbal, así como una dimensión tanto en contenido como **relacional**. Los contextos son los escenarios en los cuales la comunicación de salud toma lugar y las propiedades sistémicas de estos escenarios. Se ha encontrado que la **empatía** es la variable de comunicación que más puede aportar a mejorar las transacciones. Incluye componentes **afectivos, cognitivos y comunicativos**. Puede contribuír a transacciones **beneficentes.** Además fomenta la **autonomía** del paciente mediante un comportamiento del profesional que: (1) reconozca la capacidad del paciente de manejar información médica, (2) ayudar al paciente en su evaluación y jerarquización de sus respuestas alternativas, diagnósticas y terapéuticas para su condición e (3) instru-

mentar las preferencias del paciente basada en valores. Tambien la **empatía** incide de forma significativa en las cualidades de afectividad y comprensión de la **ética del cuidado.** En términos generales, la **comunicación efectiva** se dará principalmente por la exhibición de **conductas empáticas** del profesional de la salud.

4.4. Un plan para incorporar la comunicación en salud en la práctica de bioética clínica

Al primer paso del plan se le ha llamado: **educar para la ética**. Esto presupone que para la toma de decisiones morales, es necesario al menos una comprensión elemental de la bioética. En esta etapa se le debe dar énfasis a las relaciones de cuidado, que se enfoque en una comunicación efectiva como elemento crucial para expresar éstas. En esencia, el escenario para educar sobre la toma efectiva de decisiones consiste en: (1) el logro de un trasfondo ético, (2) desarrollar una atmósfera en que se puedan tomar decisiones efectivas, (3) identificar a los que toman las decisiones y (4) desarrollar una conciencia acerca de los factores culturales, tales como preferencias y prejuicios que puedan tomar la toma de decisiones (Kreps & Thornton, 1992).

En el segundo paso del plan se propone ordenar, separar y categorizar los asuntos en posible conflicto. En esta etapa es muy importante saber escuchar, que es una destreza de comunicación importante, ya que es la que permite percibir la información, su valor, entre otros.

En la separación y ordenamiento de los asuntos tambien es importante conocimientos de ley y de psicología. No se puede perder de vista la virtuosidad que implica ser veraz, honesto y justo.

Un tercer paso ya involucra la solución del problema. En otras palabras, es importante recopilar tantas soluciones como sean posibles para resolver el dilema ético. Las consecuencias éticas,económicas y políticas deben ser reconocidas si se pretende llevar a la acción una decisión ética. Si no se es realista en cuanto a las restricciones en las instituciones y sistemas políticos, la acción no tomará lugar.

El cuarto paso ya conlleva la acción ética. Para que la acción tenga lugar, se debe compartir con las partes a quienes concierne. Las partes involucradas deben saber las razones para la decisión y lo que se necesita hacer para llevarla a cabo. Es importante actuar en un tiempo adecuado y mantener a las personas claves informadas.

En el quinto paso del plan, es importante que una vez la decisión se ha tomado se evalúe con los que tomaron parte en la misma.En una atmósfera de apoyo, los participantes deben revisar las ramificaciones de la decisión para utilizar esta información en el futuro. La reflexión es apropiada para examinar cómo decisiones futuras de la misma clase deben evaluarse.

4.5. La comunicación de salud como eje principal del plan

En un sistema sanitario que muchas veces se caracteriza por su impersonalidad e insensibilidad en la "ética del cuidado", se hace imminente introducir elementos de las ciencias de la comunicación en salud. Aunque se han hecho pocos intentos para alcan-

zar los objetivos de comunicación efectiva en la relación profesional-sanitario paciente de forma concreta, se propone por algunos autores que las destrezas claves en materia de comunicación deben ser: (1) escuchar de forma reflexiva, (2) responder de forma confirmativa y (3) individualizar la información. Con estas destrezas se puede crear un clima de apoyo y empatía (Ruben,1993).

4.. Algunas conclusiones y recomendaciones

El campo de la comunicación de salud que es tan reciente como el de la bioética, contiene elementos de valor que pueden ayudar a una mejor adopción del consentimiento informado. Estos elementos apuntan hacia componentes relacionales, transaccionales y de contexto que pueden contribuír a evitar la maleficencia y viabilizar una mayor autonomía y beneficencia a nivel del profesional de la salud y el paciente. Por otro lado, parece viable la adquisición de destrezas claves de comunicación que permitan cumplir con principios como el de **autonomía y beneficencia y** virtudes como la **veracidad y el respeto.** La enseñanza de destrezas de comunicación podría ser un medio para el logro de relaciones positivas en el escenario de salud que redundaría en la disminución de resultados negativos y costosos.

BIBLIOGRAFIA PRIMARIA

Applebaum,P., Lidz,C., & Meisel,A. (1987). Informed Consent: Legal theory and clinical practice. New York: Oxford University Press.

Aristóteles. (1966). El Arte de la retórica. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Beebe,J. (1984). Etica en enfermería . México: Editorial el Manual Moderno, S.A.

Berlo,D. (1978). EL proceso de la comunicación: Introducción a la teoría y práctica (9na. ed.), Argentina: Talleres Gráficos Litodar.

Carse,A. (1995). Particularismo calificado y virtud asociativa: énfasis de una tendencia reciente en bioética. Revista Médica de Chile. 123, 241-249.

Faden & Beauchamp,T. (1986). A history and theory of informed consent. New York: Oxford Press.

Gracia,D. (1989). Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema.

Gracia,D. (1991). Fundamentos de Decisión de ética clínica. Madrid: Eudema.

Guttman,N. (1996). Values and Justifications in health communication interventions: An analytic framework. Journal of Health Communication. 1, 365-368.

Kreps,G. & Thornton,B. (1984). Health Communication. New York: University of Nevada, Longman Inc.

Kreps,G. & Thornton,B. (1992). Health Communication: Theory and Practice (2nd Ed.). Illinois, Waveland Press,Inc.

Hope,T. & Fulford,K. (1994). The Oxford Practice Skills Project: teaching ethics, law and communication skills to clinical medical students. Journal of Medical Ethics 20, 229-234.

Northouse,P., & Northouse,L. (1992). Health Communication Strategies for Health Professionals, (2nd.ed.) Conneticut: Appleton & Lange.

Ovaska,S. (1996, Spring) Considering Ethics. Health Communication Today. Boston: Division of Communication Studies.

Ratzan,S. (Ed.) (1994). Health Communication Challenges for the 21st century. Behavioral Scientist. 38 (2), 197-380.

Rogers,E. (1994). The Field of Health Communication Today. Behavioral Scientist, 38 (2), 208-214.

Ruben,D & Guttman, B. (Ed.) (1993). Caregiver-patient communication readings. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company

Sánchez,M. (1986). El consentimienti informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. O.P.S. 2, 77-92.

Schmitz,A. & Yoho,A. (Eds). Health communication in europe. Health Communication Today. Boston, Division of Communication Studies.

Sharpe,N. (1994). Informed Consent and Huntington Disease: A model for communication. American Journal of Medical Genetics, 50,239-240.

Simon,P. (1995). El Consentimiento Informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Medifam 5(5), 264-271.

Stewart,M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Canadian Medical Association Journal. 152 (9), 1423-1433.

BIBLIOGRAFIA SECUNDARIA

American Psychological Association. (1994). Publication Manual. Washington: American Psychological Association.

Buerki,R. & Vottero, L. (1994). Ethical Responsability in Pharmacy Practice. American Institute of the History of Pharmacy. Madison: Wisconsin.

De Vito,J. (1986). The Communication Handbook. New York: Harper & Row Publishers.

Emanuel,E. & Neveloff,N. (1995) Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. J.A.M.A, 273 (4), 323-329.

León,F.J. (1996). (Ed). Medicina, Salud y Etica. Cuadernos de Bioética, VII(28), 50-53.

Mc Cullough, L. (1988). An ethical model for improving the patient physician relationship. Inquiry 25 (4),454-468.

Moreno,G. (1983). Introducción a la Comunicación Social Actual. Madrid, Editorial Playor.

Ratzan,S. (1995). Ethical decision Making in managing trauma, Neurosurgery Clinics of North America 6 (4), 95-100.

Reich,W. (ed.) (1995). Encyclopedia of Bioethics, (2nd.ed. Vol. 1-5). New York: Mc Millan Publishing Company.

Simon, P. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica. Med Clin 100 (17), 659-603.

Tindall,W. Beardsley,R. & Kimberlin,C. (1986). Communication Skills in Pharmacy Practice- A practical guide for students and practitioners. Philadelphia: Lea & Febiger.

Virmani,J. (1994). Relationship of Advance Directives to physician patient communication. Archives of Internal Medicine, (8),909-912.