

AUTONOMIA DEL PACIENTE: ALCANCES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

ALBERTO ARRIBAS, ALEJANDRO CRAGNO, FERRARO CRISTINA, ELINA MARTINEZ, SONIA VÁZQUEZ.
Hospital de la Asociación Médica de Bahía blanca "Dr. Felipe Glasman" (HAM). Patricios 347. Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado se ha constituido en un aspecto muy importante en la medicina en los últimos 25 años. El cambio ha sido vertiginoso, no sólo como una visión de protección -de instituciones y profesionales- sobre litigios y problemas legales, sino dentro del campo de la bioética, como una herramienta de gran importancia para el respeto de la autonomía de los pacientes. **Objetivo:** Determinar el grado de comprensión de la población de profesionales de nuestro hospital sobre el modelo de Consentimiento Informado. **Materiales y Métodos:** En el período comprendido entre los meses de julio a noviembre de 2003, se realizó una encuesta autoadministrada en una población conformada por profesionales estables

de los servicios de Clínica Médica (n=10), Cirugía (n=8), Radiodiagnóstico (n=2), Bioquímicos (n=8), Oncología (n=2), Fonoaudiología (n=4). **Resultados:** Del total de encuestas recibidas (n=34) el 50% de los profesionales encuestados (17/34) contestó correctamente los 10 ítems. El 50% restante contestó correctamente 4 de los 10 ítems (n=3), 7 de los 10 ítems (n=4), 9 de los 10 ítems (n=8) y los dos profesionales restantes respondieron 6 y 8 ítems cada uno. **Conclusiones:** Se esperaba que en la población estudiada, con el grado máximo de instrucción escolar, el porcentaje de aciertos correctos debiera haber sido de un 100%. Sin embargo, los resultados obtenidos no lo demuestran dado que sólo la mitad de los profesionales estudiados acertaron correctamente la encuesta.

Palabras claves: consentimiento informado, encuesta autoadministrada.

ABSTRACT

Introduction: Informed consent has turned into a very important issue in medicine in the last 25 years. The change has been really fast, not only as protection – for institutions and professionals- against lawsuits and legal problems, but also within the bioethical field, as a major tool for respecting the patients' autonomy. **Objective:** To determine the degree of understanding of the professional population at our hospital of the Informed Consent model. **Materials and Methods:** During the months of July and November 2003, a self-administered survey was performed on a population that consisted on regular professionals for the following services: Internal Medicine (n=10), Surgery (n=8), Radiodiagnosis (n=2), Biochemistry (n=8), Oncology (n=2), Speech and Language Pathology (n=4). **Results:** From the total number of sur-

Correspondencia:

Dr. Alberto Arribas, (8000) Bahía Blanca. Argentina.
E-mail: betoarribas@yahoo.com.ar

Recibido: Julio de 2005
Aceptado: Agosto de 2005

veys received (n=34), 50% of the surveyed professionals (17/34) answered the 10 items correctly. The remaining 50% had the following number of correct answers: 4 out of 10 items correctly (n=3), 7 out of 10 items (n=4), 9 out of 10 items (n=8), and the remaining two professionals answered 6 and 8 items correctly each. **Conclusions:** It was expected that, in the population group being studied having the highest school degree, the percentage of correct answers should have been 100 %. However, the results obtained do not show this, since only half of the professionals surveyed answered correctly.

Key words: informed consent, self-administered survey.

INTRODUCCIÓN

Hay amplio acuerdo que el consentimiento informado (CI) se ha constituido en un aspecto muy importante en la medicina en los últimos 25 años. El cambio ha sido vertiginoso, no sólo como una visión de protección -de instituciones y profesionales- sobre litigios y problemas legales, sino dentro del campo de la bioética, como una herramienta de gran importancia para el respeto de la autonomía de los pacientes.

Ahora bien, podemos encontrar muchas limitaciones sobre el respeto de la autonomía, desde aquellas circunstancias en que la persona implicada no se encuentra en su sano juicio, pasando por muy diversas situaciones de estrés en el momento en que el paciente y su

entorno afrontan una enfermedad y llegando a otras en las cuáles se sobreestima la capacidad de comprensión para la toma de decisiones, comprometiendo seriamente su autonomía. Y aquí es menester destacar la baja capacidad que posee el sistema sanitario en detectar pacientes con comprensión limitada, pues la habilidad en la capacidad de comprensión lectora que las personas poseen no está relacionada necesariamente con el nivel educativo, ya que existe un gran porcentaje de «analfabetos funcionales» (aquellas personas que tienen algún grado de instrucción escolar pero con el tiempo y/o por diversas circunstancias han perdido la capacidad de comprensión de la lecto-escritura) (1,2). Es decir, son personas que pueden leer pero no comprenden lo que leen (3,4). La encuesta nacional de alfabetismo realizada en el año 1992 en Estados Unidos, reveló que 44 millones de adultos americanos son funcionalmente analfabetos, siendo dos tercios de éstos mayores de 65 años, y otros 50 millones tienen sólo un nivel marginal de alfabetización (5). En dicho país actualmente, el National Work Group on Literacy and Health recomienda que los médicos no confíen tanto en los materiales escritos (6) y cuando la comunicación escrita resulta esencial, como sería el caso del CI, el material debería ser escrito en un nivel de 5° grado o menos de instrucción escolar (7).

En nuestro hospital existe un modelo escrito de CI que se entrega a los pacientes o familiares como uno de los requisitos previos a la internación.

Hemos partido de la presunción de que el lenguaje empleado

en el texto del CI resulta accesible sólo para personas con alto nivel educativo. Debido a esto, y antes de saber si es comprendido por los pacientes y/o familiares, nos pareció útil conocer si los mismos profesionales de la salud -que trabajan en la institución- comprenden el texto del modelo de CI usado con los pacientes en la práctica diaria. Por ello, nuestro objetivo fue determinar el grado de comprensión de la población de profesionales del hospital sobre el modelo de CI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se construyó una encuesta de diez ítems para uso auto-administrado. Para la construcción de la misma, se utilizó el modelo de CI de uso diario. Sobre el modelo escrito se hizo una separación textual en diez oraciones (Apéndice 1). Posteriormente, de cada oración se confeccionaron cuatro opciones (oraciones alternativas) que intentan explicar el significado de la oración del texto original, pero existiendo sólo una opción válida. Las opciones falsas contienen algunos vocablos intencionalmente incoherentes (Apéndice 2). Luego de confeccionada la encuesta se efectuó un pretesteo del instrumento a 6 personas, y una prueba piloto a diez profesionales, a fin de reemplazar aquellos conceptos erróneos o ambiguos. Se modificaron ocho términos.

La Población estudiada fue el personal estable de los Servicios de: Clínica médica (10 profesionales); Cirugía (8 profesionales); Radiodiagnóstico (2 profesionales); Bioquímicos (8 profesionales); Oncología (2 profesionales);

Fonoaudiología (4 profesionales).

El período en estudio comprendió de Julio a Noviembre de 2003. La encuesta fue de uso auto-administrada, aunque bajo vigilancia de los investigadores para evitar el sesgo de contaminación con otros colegas. En total se recolectaron 34 encuestas para su análisis.

RESULTADOS

Se recibieron 34 encuestas de las cuales contestaron correctamente los diez ítems el 50% de los profesionales (n=17). De los restantes: el 8.82% (n=3) contestó correctamente 4 de los 10 ítems, el 11,76% (n=4) 7 de los ítems, 23.52% (n=8) 9 de los ítems y los dos restantes respondieron 6 y 8 ítems respectivamente (Figura 1, Tabla 1). En la Figura 2 se muestra el porcentaje de aciertos por pregunta realizada. Los profesionales encuestados agrupados por grupo etareo se muestran en la Figura 3.

DISCUSION

Si en la actualidad no quedan dudas sobre el uso del CI como un comportamiento ético fundamental, deberíamos reflexionar si informamos al paciente todo lo necesario (lo que una persona razonable desearía saber) a fin de que pueda tomar decisiones con libertad (8).

Analizando, los componentes del CI, según diferentes autores, podemos mencionar que todo consentimiento debe reunir tres requisitos básicos (9): a) Adecuada información; b) No-utilización de coacción; c) Total competencia del paciente para consentir o rechazar.

Ahora bien, a la luz de los

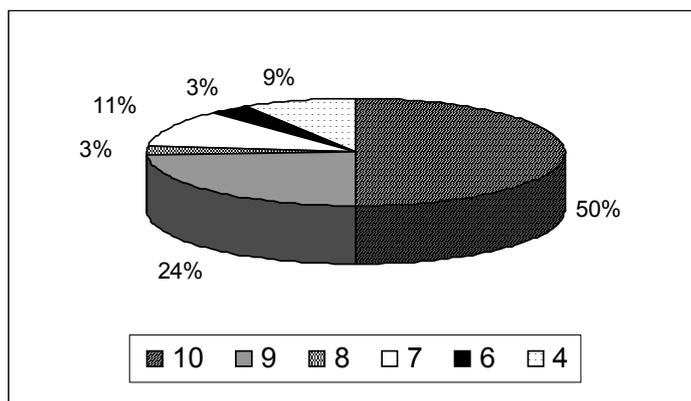


Figura 1. Personas Encuestadas con Respuestas Correctas. Número de respuestas válidas de las 34 personas encuestadas, expresado en porcentaje.

Válidas	Frecuencia	%	% Acumulado
4	3	8.8	8.8
6	1	2.9	11.8
7	4	11.8	23.5
8	1	2.9	26.5
9	8	23.5	50.0
10	17	50.0	100.0
Total	34	100.0	

Tabla 1. Número de respuestas válidas de las 34 personas encuestadas.

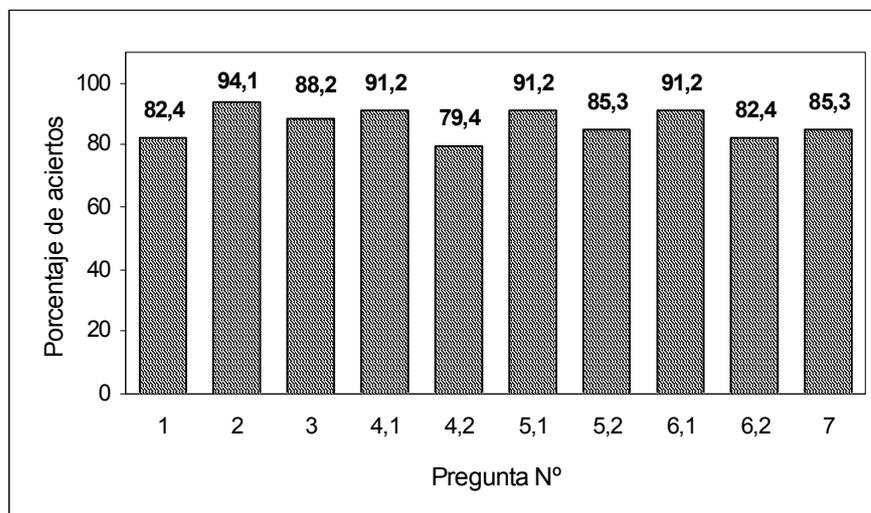


Figura 2. Aciertos por pregunta, expresados en porcentaje.

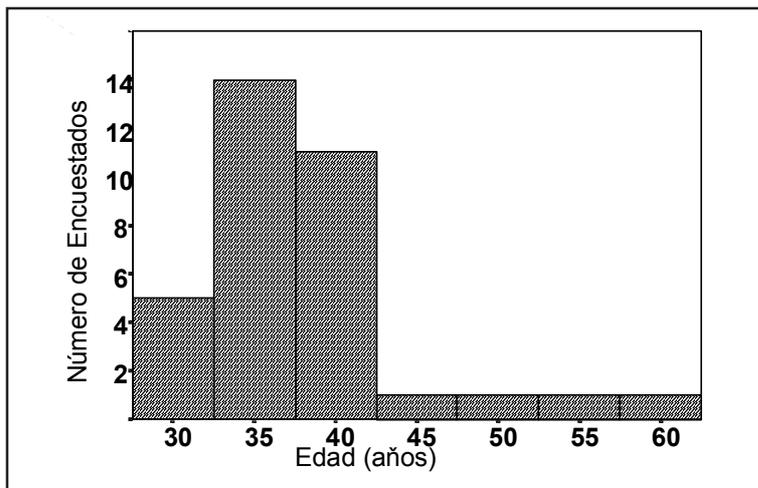


Figura 3. Profesionales encuestados clasificados por grupo etáreo (n=34).

resultados arrojados, podemos darnos cuenta que ninguno de los tres requisitos se cumple. En primer lugar, la información no resulta adecuada, pues el texto está redactado en un «lenguaje universitario» (se necesita un alto grado de instrucción escolar) y no explora las necesidades y preocupaciones del paciente ni su cultura; en segundo lugar, cuando se ofrece información poco clara, no sólo se actúa sobre la comprensión del paciente, sino también en mayor o menor medida y dependiendo del contexto, sobre su esfera psicológica, manipulando –coaccionando– intencional o no intencionalmente al paciente; y por último, la competencia del paciente para decidir qué hacer está amenazada básicamente cuando no comprende lo que lee.

Cabría suponer que en la población estudiada, con el grado máximo de instrucción escolar, el porcentaje de aciertos correctos debiera haber sido de un 100%. Sin embargo, los resultados obtenidos no lo demuestran. Sólo la mitad de los profesionales es-

tudiados acertaron correctamente la encuesta.

Si bien se trabajó con las poblaciones de algunos servicios, una de las limitaciones al trabajo podría ser no haber encuestado a todo el personal del hospital.

Merece destacarse que los profesionales estudiados, por cuestiones obvias, –como, por ejemplo, no tener el rol de pacientes en ese momento–, pudieron contestar la encuesta con serenidad y sin las presiones típicas a que son sometidos los pacientes y/o familiares en momentos tan difíciles como lo es una internación. Pese a ello, el 50% de los profesionales no contestó adecuadamente la encuesta.

De lo anterior, se desprende que la autonomía de los pacientes puede estar seriamente comprometida. ¿Estaremos respetando los derechos del paciente o simplemente cumpliendo una norma?.

BIBLIOGRAFÍA

1. Report of the National Work

Group on Literacy and Health. Communicating with patients who have limited literacy skills. *J Fam Pract* 1998;46:168-76.

2. Kefalides PT. Illiteracy: the silent barrier to health care. *Ann Intern Med* 1999;130:333-6.
3. Quirk P. Screening for Literacy and Readability: Implications for the Advanced Practice Nurse. *Clin Nurse Spec* 2000; 14: 26-32.
4. The National Work Group on Literacy and Health. Communicating with patients Who Have Limited Literacy Skills: Report of the National Work Group on Literacy and Health. *J Fam Pract.* 1998; 46: 168-76.
5. Baker DW, Parker RM, Williams MV et al. The Health Care Experience of Patients with Low Literacy. *Arch Fam Med* 1996; 5: 329-334.
6. Brez S, Taylor M. Assessing literacy for patient teaching: perspectives of adults with low literacy skills. *J Adv Nurs* 1997;25:1040-7.
7. Sibbald B. Can your patients understand you? *CMAJ* 2000;163:1039.
8. Mainetti J.A. Compendio Bioético. La Plata, Editorial Quirón, 2000.
9. Cragno NO. Consentimiento Informado. *Revista Nexo del Hospital Italiano Buenos Aires* 1997;pág1-5. <http://camejal.jalisco.gob.mx/pdf/cbi/8-NorbertoOscaldo.pdf>

Apéndice 1. Consentimiento Informado de uso diario, separado en diez oraciones:

1) Se me ha informado en forma general y particular acerca de la naturaleza y el objetivo buscado durante la internación, conociendo y comprendiendo los beneficios y riesgos que ello implica.

2) Entiendo que el resultado del tratamiento y/o cirugía no se puede garantizar y asumo los riesgos para la salud y para la vida que puedan producirse.

3) He comprendido las explicaciones dadas, como así también las aclaraciones por mí solicitadas.

4.1) Asimismo, autorizo la administración del tipo de anestesia (local/regional/general) con la técnica y anestésico que se considere necesario para la operación/práctica arriba mencionada...

4.2) ...y reconozco que se me explicaron los tipos y alternativas de anestesia que puedan utilizarse para la misma y que siempre hay riesgo para la vida y la salud asociado a la anestesia.

5.1) Amplío mi consentimiento a la realización de procedimientos, tratamiento e intervenciones adicionales y acepto la posibilidad de asistencia por otros profesionales médicos y paramédicos del Hospital de la Asociación Médica, permitiéndoles ordenar y realizar lo requerido para cumplir con los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos ordenados por el profesional médico responsable...

5.2) ...incluyendo la administración y mantenimiento de la anestesia, administración de sangre y productos sanguíneos y medicamentos, estudios radiológicos y patológicos, o alternativas que por dictamen médico deban ser realizadas con carácter de urgencia, y que me serán explicadas oportunamente.

6.1) Con el propósito de promover el conocimiento y la educación médica, consiento la fotografía y/o filmación de la operación y/o práctica a realizarse, a condición de que mi identidad no sea revelada.

6.2) También doy consentimiento a la admisión de observadores en la sala de operaciones/tratamiento.

7) Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente expuesto y expreso mi CONSENTIMIENTO.

Apéndice 2. Ejemplo extractado del modelo de encuesta utilizado. El subrayado aquí es intencional a fin de resaltar las incoherencias de las proposiciones incorrectas:

2) *Entiendo que el resultado del tratamiento y/o cirugía no se puede garantizar y asumo los riesgos para la salud y para la vida que puedan producirse.*

- a- Entiendo que el resultado del tratamiento y/o cirugía no se puede ocasionar y valoro los riesgos que para la salud y para la vida puedan producirse.
- b- Entiendo que no se puede saber con certeza cómo se garantizará un tratamiento y/o cirugía dada, pero resumo los riesgos para la salud y para la vida que puedan producirse.
- c- Entiendo que no se puede saber con certeza cómo resultará un tratamiento o cirugía dada, y acepto los riesgos que para la salud y para la vida puedan ocurrir.
- d- Entiendo que no se puede esperar cómo garantizará un tratamiento y/o cirugía dada, pero valoro los riesgos que para la salud y para la vida puedan producirse.

6.2) *También doy consentimiento a la admisión de observadores en la sala de operaciones/tratamiento.*

- a- También autorizo a que otras personas ingresen en la sala de operaciones/tratamiento para que observen.
- b- También doy consentimiento a la dimisión de observadores en la sala de operaciones/tratamiento.
- c- También autorizo a que otras personas observen la sala de operaciones/tratamiento.
- d- También doy consentimiento a que otras personas autoricen el ingreso a observadores en la sala de operaciones/tratamiento.

4.2) *...y reconozco que se me explicaron los tipos y alternativas de anestesia que puedan utilizarse para la misma y que siempre hay riesgo para la vida y la salud asociado a la anestesia.*

- a- ...y reconozco que se me explicaron los diferentes tipos y alternativas de anestesia que se pueden usar para la operación/práctica, y sé que siempre hay riesgo para la vida y la salud relacionado a la anestesia.
- b- ...y reconozco que se me explicaron los tipos y alternativas de operación/práctica disponible para la anestesia dada, y sé que hay riesgo para la vida y la salud asociado a la anestesia.
- c- ...y reconozco que se me explicaron los diferentes tipos y alternativas de anestesia que se puedan utilizar para la misma y que siempre hay riesgo para la vida y la salud disociado a la anestesia.
- d- ...y reconozco que se me explicaron los diferentes tipos y alternativas de anestesia que se puedan usar para la operación/práctica, y considero que el riesgo de vida y salud que siempre hay es debido a la anestesia.