

PERCEPTIONS OF INFORMED
CONSENT BY PATIENTS FROM
FOUR AREAS OF HEALTH
CARE IN BOGOTÁ, COLOMBIA

PERCEPÇÃO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO EM PACIENTES DE
QUATRO ÁREAS DIFERENTES
DE CUIDADOS DE SAÚDE EM
BOGOTÁ-COLÔMBIAO

▶ **María Teresa Escobar López****

▶ **César Alexis Carrera Celis*****

Percepción sobre consentimiento informado

en pacientes de cuatro diferentes áreas de
atención en salud en Bogotá, Colombia*

▶ Fecha de recepción: julio 24 de 2014

▶ Fecha de evaluación: septiembre 20 de 2014

▶ Fecha de aceptación: octubre 14 de 2014

* La presente investigación hace parte de la convocatoria para proyectos de investigación de la Universidad Militar Nueva Granada de 2013, dirigida por María Teresa Escobar López, Ph.D. en Bioética, desarrollado entre el 1 de febrero de 2013 y el 31 de enero de 2014. Código del Proyecto HUM 1238, de la Vicerrectoría de Investigaciones UMNG. Contó con el apoyo de Lorena Vargas Bióloga de la UMNG y el profesional asistente Cesar Carrera C.

** Investigadora principal. Ph.D. en Bioética, de la Universidad el Bosque y odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora asociada en la Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad Militar Nueva Granada. Correo electrónico: maria.escobar@unimilitar.edu.co. Bogotá, Colombia.

*** Trabajador Social de la Universidad Nacional de Colombia y estudiante de maestría en Desarrollo Humano en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Profesional asistente de la investigación. Correo electrónico: cesar.alexis.carrera@gmail.com. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

El artículo presenta los principales resultados de la investigación "Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia", realizada entre febrero de 2013 y enero de 2014. Poco se conoce sobre percepción de pacientes. Por tanto, se buscó determinar las percepciones y experiencias respecto del proceso de CI en pacientes de cuatro diferentes campos de atención en salud de Bogotá.

El estudio se realizó en dos fases 1- revisión documental y 2- percepción, mediante un estudio descriptivo transversal, incluyendo, entre las categorías de análisis; percepción de información, comunicación, beneficios, riesgos de la atención y condiciones para la toma de decisiones.

Se establece con el estudio que existen procedimientos verbales y escritos para informar y tomar consentimiento a los pacientes respecto a diferentes actividades clínicas en salud, pero los encuestados refieren problemas en el proceso en cuanto a percepción de la información, verbal y escrita, el ejercicio de la voluntad para decidir, comunicación, tiempo para llevar a cabo el proceso de relación profesional de la salud – paciente, trato diferencial de la información según procedimientos y especialidades en salud. Aunque se observa apropiación del tema por parte de los pacientes e instituciones, parece necesario seguir incorporando dinámicas institucionales y sociales para mejorar aspectos como tiempo de atención, cubrimiento, calidad y oportunidad en la atención e información-comunicación, cualificación del proceso de relación profesional paciente, incremento de la confianza, ejercicio de ciudadanía y participación en los procesos salud enfermedad.

Palabras clave

Consentimiento informado, pacientes, percepción.

15

SUMMARY

The paper presents the main results of the research: "Perception of informed consent in patients from four different areas of health care in Bogota, Colombia," conducted between February 2013 and January 2014. Therefore, we sought to determine the perceptions and experiences regarding the informed consent process in patients from four different fields of health care in the city of Bogot4.

The study was conducted in two phases 1 - literature review and 2 - perception, a descriptive cross-sectional study , including Among the categories of analysis; collection of information, communication , benefits, risks and conditions of care for decision making.

It is set that verbal and written procedures exist to inform and take permission to patients regarding different clinical activities in health, but respondents report problems in the process in terms of perception of information, verbal and written exercise the will to decide, communication, time to carry out the process of health professional relationship - patient, differential treatment of information according to procedures and health sciences. Although ownership of the subject is seen by patients and institutions, it seems necessary to continue incorporating institutional dynamics and social aspects to improve attention span , coverage , quality and timeliness of care and information - communication , process qualification professional patient relationship , increased confidence, exercise of citizenship and participation in health and disease processes.

Keywords

Informed consent, patients, perception.

RESUMO

O artigo apresenta os principais resultados da pesquisa: "Percepção do consentimento informado em pacientes a partir de quatro diferentes áreas de cuidados de saúde, em Bogotá, Colômbia", realizado entre fevereiro de 2013 e janeiro 2014 o consentimento informado (CI) é um processo. recente, lançado na década de cinquenta, principalmente por demandas judiciais de pacientes. Hoje não parece plausível deixar relação paciente profissional excluindo CI , que tem problemas na aplicação e implementação e pouco se sabe sobre a percepção dos pacientes. Assim, buscou-se determinar as percepções e experiências sobre o processo de consentimento informado em pacientes provenientes de quatro diferentes campos de cuidados de saúde na cidade de Bogotá.

O estudo foi realizado em duas fases – uma revisão de literatura e 2 - de percepção, um estudo descritivo transversal, incluindo, entre as categorias de análise; recolha de informação, comunicação, benefícios, riscos e condições de atendimento para a tomada de decisão.

Está definido para estudar os procedimentos verbais e escritas que tem para informar e dar permissão para pacientes sobre diferentes atividades clínicas na área da saúde , mas os entrevistados relataram problemas no proceso em termos de percepção da informação, o exercício verbal e escrita a vontade para decidir, a comunicação, o tempo para realizar o processo de relação profissional de saúde - paciente , o tratamento diferenciado de informações de acordo com os procedimentos em ciências da saúde. Embora a propriedade do sujeito é visto pelos pacientes e instituições , parece necessário continuar incorporando dinâmica institucional e aspectos sociais para melhorar a atenção , a cobertura, qualidade e oportunidade do atendimento e informação-comunicação, processo de qualificação do relacionamento profissional paciente , o aumento da confiança , o exercício da cidadania e participação nos processos de saúde e doença.

Palavras-Chave

Consentimento informado, os pacientes, percepção.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado en la clínica humana es un proceso que registra por primera vez su denominación en la jurisprudencia del caso salgo en los Estados Unidos en 1957¹, cuando aún se hablaba en los contextos asistenciales de si el paciente debía o no saber toda la verdad sobre sus condiciones de salud en sociedades liberales, democráticas, como la mayoría en Occidente, y donde ya se tenía registro de la inconformidad de los pacientes respecto al derecho a la información y autodeterminación². Es fundamental tener en cuenta que es en estos escenarios donde existe la máxima tensión de la relación profesional-paciente, las quejas ético disciplinarias y demandas donde se verifica el inconformismo de los pacientes por no ser tenidos en cuenta en las decisiones en la atención de su salud. Así, se hará cada vez más evidente el reclamo de los sujetos que solicitan atención en salud, cuya máxima expresión se da en la década del setenta, al ser significativo este tiempo en lo que tiene que ver con reivindicación de derechos en Occidente. Es verdaderamente un momento histórico para el ejercicio de la autonomía de los individuos, promovido sobre todo por las minorías, los grupos marginados por asuntos como sus creencias, convicciones y condiciones particulares: género, preferencias sexuales, raza, etc.³ A todo esto se sumaron cada vez más amplias posibilidades de diagnóstico y tratamiento debido a los avances técnicos y científicos que trajeron consigo también un aumento de costos, efectos adversos e indeseables de las prácticas clínicas en salud y la injerencia cada vez mayor del vínculo con la sociedad de mercado y la industria en un contexto en el cual se hicieron más elevados los costos de atención y más frecuentes las exigencias legales por parte de los pacientes.

Todo esto ha sido esencial para la aparición en la clínica humana de regulaciones y normatividad respecto al deber y el derecho, tanto a informar como a recibir información, respetar las decisiones de los pacientes y obtener su consentimiento. Hoy no es posible hablar de relación profesional paciente sin incluir CI. Lo paradójico es que aun cuando han sido fundamentalmente las exigencias de los pacientes las que le han dado paso al proceso como tal, a la hora de poner en teoría y práctica el CI o realizar estudios respecto a la forma como se da el consentimiento informado termina siendo poco tenida en cuenta la visión de los pacientes al respecto.⁴

La primera parte del artículo presentará las características en relación con el contexto metodológico y problemático sobre el que se llevó a cabo la investigación. Posteriormente, se mostrarán los principales hallazgos acompañados de comentarios y postulados teóricos divididos en cuatro apartados: 1) caracterización de la población encuestada; 2) anotaciones sobre la calidad y pertinencia de la información brindada en el consentimiento informado; 3) el proceso comunicativo y la afectación de este sobre la libertad y la toma de decisiones de los pacientes, y 4) el entendimiento de los pacientes sobre los riesgos y los beneficios y la comprensión del consentimiento informado por parte de la población encuestada. Se finaliza con algunas conclusiones.

PERCEPCIÓN Y PROBLEMAS

Existe una creciente e importante proliferación de referencias teóricas sobre consentimiento informado en salud⁵. En ellos, los problemas vitales en el proceso suelen ubicarse en aspectos como deficiencias en información-comunicación, comprensión y manipulación de la información; también se incluye falta de tiempo para la atención clínica en general, asunto que influye negativamente en la relación profesional-paciente y el CI, y que desafortunadamente comparten la mayoría de escenarios clínicos donde la problemática varía dependiendo de las condiciones particulares de atención. Lo que han revelado estudios anteriores y el comportamiento de los procesos ético-disciplinarios, así como las jurisprudencias, es que estos aspectos vician el proceso de CI llevando en ocasiones a coaccionar, persuadir e incurrir en error o dolo, como lo revelan también estudios de quejas ético-disciplinarias⁶.

Con todo y que los mayores problemas se han detectado y presentan por la queja de los pacientes, su percepción ha sido poco estudiada y se ha centrado en el punto de vista de los profesionales⁷. Las inquietudes por la percepción, las experiencias, el conocimiento y los puntos de vista de los pacientes en la práctica clínica es relativamente reciente. Algunos estudios empiezan a abordar el tema particularmente por los problemas presentados en la práctica y la forma como se han aumentado las quejas ético-disciplinarias, los pronunciamientos jurisprudenciales y las exigencias a nivel de los entes de control. Para el caso de Colombia, son requerimientos en los procesos de calidad del Ministerio de Protección Social y las secretarías de salud⁸.

Desde esta perspectiva, la presente investigación pretendió determinar las percepciones y experiencias respecto al proceso de consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes campos de atención en salud en Bogotá, y de esta manera contribuir al conocimiento de la percepción del paciente del CI, entendida esta como el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos a través de lo que experimenta en la vida⁹. La percepción, según la Gestalt, determina la entrada de información, la formación de abstracciones, con lo cual el individuo forma juicios, categorías, conceptos (Oviedo, 2004, p. 89). Es ver la percepción no como un reflejo o representación neutral, sino instaurada en entornos socioculturales cambiantes, los cuales son construidos y reconstruidos por el grupo social, en este caso los pacientes que asisten a los servicios de atención clínica y hospitalaria en salud y se realizan tratamientos en diferentes servicios; esto incluye que deban participar en los procesos de CI incluidos y en las dinámicas de prestación de servicios de salud en general. Lo anterior implicó entender el consentimiento informado como un proceso en el que se revelan e incluyen particularidades, tensiones y necesidades que se presentan en los diferentes escenarios donde se realiza la atención en salud e influyen en la forma como estos asumen los aspectos relacionados con la asistencia en salud.

En la presente investigación, el análisis del CI se realizó desde la perspectiva de los pacientes a partir de dos grandes grupos: aquellos pacientes con intervenciones o procedimientos con tiempo de atención prolongado —es decir, dos meses o más— y pacientes con intervenciones concretas, una sola actividad y en un mismo momento y lugar. Ambos grupos estuvieron a su vez subdivididos en dos subgrupos: alto o bajo riesgo. De esta forma, se tienen en cuenta cuatro escenarios posibles: un grupo de pacientes que toma decisiones sobre tratamientos o procedimientos prolongados y de alto riesgo como quimioterapia o radioterapia para el cáncer, otro con procedimientos también prolongados pero cuya decisión es de bajo riesgo, como realizarse un tratamiento de ortodoncia, un tercer grupo de atención puntual que contemple decisiones de riesgo alto como una cirugía cardíaca u otro tipo de cirugías por su carácter invasivo. Y finalmente, pacientes con procedimientos puntuales, pero cuyo riesgo

Ha sido esencial para la aparición en la clínica humana de regulaciones y normatividad respecto al deber y el derecho, tanto a informar como a recibir información, respetar las decisiones de los pacientes y obtener su consentimiento. Hoy no es posible hablar de relación profesional paciente sin incluir Consentimiento Informado.

017

previsible es bajo; por ejemplo, aquellos que realizarse realizan una prueba diagnóstica como la endoscopia o procedimientos como citología. Se buscó diversificar el espectro de investigación sobre el cual opera el CI en el campo de salud, lo que posibilita a su vez ampliar y concretar el punto de vista de los pacientes teniendo en cuenta cruces de variables presente en el proceso, como información, comunicación, beneficios y riesgos de la atención y las condiciones para la toma de decisiones, así como aspectos relevantes en el contexto donde se realiza dicho proceso como participantes de este, tipo y momento en que se proporciona la información, respecto a tiempos de la atención de salud, riesgos o dificultades de la intervención, capacidad de apropiación y entendimiento por parte de los pacientes, utilización de formatos escritos sobre procedimientos, entre otros factores.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La metodología utilizada fue fundamentalmente cualitativa, aunque se recurrió a cuantificar y graficar algunos datos para facilitar su revisión y posterior análisis. La indagación para conocer la percepción de los pacientes se llevó a cabo en cuatro diferentes servicios de atención mediante cuestionario, tipo encuesta, de pregunta cerrada y abierta luego de realizar una revisión documental de 78 escritos. Por otro lado, se elaboró una encuesta

directamente para el estudio y se realizaron dos pruebas piloto para validar el instrumento. Se conformaron los cuatro grupos de pacientes: 1) procedimientos prolongados de alto riesgo; 2) procedimientos prolongados de bajo riesgo; 3) procedimientos puntuales de alto riesgo, y 4) procedimientos concretos de bajo riesgo.

Debido a las características y experiencias de los pacientes de cada grupo se determinó el tamaño de muestra por saturación¹⁰. También se agruparon en tres para el análisis: 1) sin grados de escolaridad hasta básica primaria completa; 2) personas que hayan iniciado bachillerato hasta quienes lo hayan completado, y 3) grupos de quienes iniciaron educación superior y más.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el proceso de análisis se emplearon las ayudas informáticas Qadcas, específicamente Atlas ti, versión 6.4. La primera fase consistió en un análisis de tipo descriptivo con variables cualitativas determinando presencia o ausencia de categorías, y análisis de contenido para detectar problemas de carencia o interpretación.

Se incluyeron y graficaron algunos datos cuantitativos que, junto al análisis cualitativo, permiten la "captura de una imagen más completa del fenómeno estudiado" (Pedersen, 1992, p. 201) y facilita un análisis holístico, con cualidades como la ampliación, la complementariedad y la verificación de la información.

En la presente investigación, el análisis del CI se realizó desde la perspectiva de los pacientes a partir de dos grandes grupos: aquellos pacientes con intervenciones o procedimientos con tiempo de atención prolongado y pacientes con intervenciones concretas, una sola actividad y en un mismo momento y lugar.

En total se realizaron 114 encuestas (71 para tratamientos puntuales y 43 para prolongados) a pacientes de cuatro diferentes instituciones de salud de Bogotá. Se realizó la encuesta en las instalaciones respectivas para contar con pacientes que no tuviesen más de 15 días de realizada la actividad en salud a fin de reducir el sesgo de memoria.

HALLAZGOS

Los principales hallazgos de la investigación realizada están divididos en cuatro partes: 1) calidad y comprensión de la información brindada por los profesionales de la salud; 2) comunicación efectuada para la toma de decisiones; 3) opinión sobre los riesgos y beneficios, y 4) comprensión que tiene el paciente frente al consentimiento informado.

CALIDAD Y COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN BRINDADA

En relación con la calidad y pertinencia de la información brindada por los profesionales para pacientes con tratamientos prolongados, la tendencia mayoritaria acerca de quién dio la información sobre el tratamiento o procedimiento fue médico especialista, médico general y odontólogo. Por su parte, para aquellos pacientes con tratamientos o procedimientos puntuales, fue el médico general, seguido por personal de enfermería y el médico especialista quienes dieron la información.

Respecto a la forma como se informó acerca del tratamiento o procedimiento, para aquellos pacientes con tiempos más prolongados de atención existe una propensión mayor a recibir información verbal. Seguidamente, encontramos otros pacientes que indican que fue verbal y escrita, y en menor proporción que fue solamente por escrito. Para los pacientes que tuvieron intervenciones puntuales la tendencia cambia, ya que la mayoría refiere que le informaron por vía escrita, seguida de verbal y escrita y, en tercer lugar, verbal. En relación con la información recibida y la comprensión alcanzada sobre el tratamiento o procedimiento, la mayor parte de las personas con procedimientos prolongados están de acuerdo en que la información recibida permitió comprender bien la intervención. En los tratamientos puntuales, en cambio, hubo personas inconformes por considerar que la información fue nula o parcial.

Si bien es poca la proporción de personas en algunos de los grupos, es importante resaltar dónde se encuentran los problemas para los pacientes. Por ejemplo, para la casi totalidad de los pacientes de tratamientos o procedimientos prolongados no se presentaron problemas con la información o explicaciones por parte de los profesionales de la salud. Una proporción menor (perteneciente a pacientes de alto riesgo) señaló que los problemas de información o explicación se presentaron principalmente por:

1) confusión en la información brindada; 2) información incompleta, y 3) problemas con el lenguaje. Las respuestas de los pacientes con procedimientos o tratamientos puntuales de alto riesgo fueron muy similares: 1) la información no fue clara ni precisa; 2) el lenguaje no fue el adecuado, y 3) no informaron.

En relación con la posibilidad de diálogo e interpe-lación de los pacientes frente a los profesionales de la salud, la mayor parte de los pacientes con procedimientos prolongados (tanto de alto como de bajo riesgo) tuvieron oportunidad de indagar o formular preguntas, aunque la respuesta recibida fue considerada poca para los dos grupos, si bien más marcada para los pacientes con intervenciones de bajo riesgo. Para los pacientes con intervenciones puntuales vemos que el número de personas que tienen la posibilidad de preguntar disminuye considerablemente, sobre todo en procedimientos de alto riesgo. De igual forma, las respuestas dadas por los profesionales de la salud también son consideradas escasas en ambos grupos analizados.

COMUNICACIÓN, ASERTIVIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

Uno de los factores primordiales a la hora de analizar el impacto de la recepción de un mensaje tiene que ver con la calidad de la comunicación. No solo la cantidad y calidad en la información que los profesionales de la salud brindan a sus pacientes (Escobar, 2009) para que puedan tomar decisiones asertivas en libertad y con autonomía son importantes en el proceso comunicativo, también lo es la oportunidad, así como la persona y la forma como se proporciona la información, claro, incorporando siempre los pronunciamientos legales y jurisprudenciales sobre información detallada de riesgos beneficios, posibles complicaciones, etc.



La mayor parte de los pacientes con procedimientos prolongados (tanto de alto como de bajo riesgo) tuvieron oportunidad de indagar o formular preguntas, aunque la respuesta recibida fue considerada poca para los dos grupos, si bien más marcada para los pacientes con intervenciones de bajo riesgo.

Los factores que inciden en la comunicación en la clínica es otro de los aspectos poco estudiado. Un elemento fundamental es ver la información y comunicación diferencial que debe establecerse según la actividad. Para solo citar algunas características importantes, en tratamientos estéticos la información debe ser más prolongada en el tiempo y minuciosa, así como en pruebas diagnósticas es claro que el acento tendrá que estar en el objetivo de la intervención y los riesgos. En casos de oncología puede llegar a ser relevante el derecho a no saber, a ver a quién se debe informar, a sopesar la inclusión de la familia, los cuidadores primarios, etc.¹¹

Al indagar por la calidad de la comunicación recibida, se logró precisar que la mayor parte de los pacientes encuestados, a quienes se realizaron procedimientos prolongados, consideraron que la comunicación brindada por los profesionales de la salud fue buena: "la información brindada fue adecuada" o "la información fue detallada y relativa al procedimiento". En general, se podría decir que hubo buen diálogo con los profesionales que atendieron a los pacientes, aun cuando para una proporción pequeña de personas la información fue inadecuada debido a motivos como: "faltaron precisiones y explicaciones" "por dificultades en el uso del lenguaje" o por "falta de información".

Tanto en tratamiento puntuales como prolongados, un buen grupo de pacientes señala que la comunicación con los profesionales de la salud se da en buenos términos, teniendo en cuenta expresiones como: "hubo amabilidad

en la comunicación", "la comunicación fue adecuada y precisa", "atendieron a los llamados y respondieron las preguntas realizadas"; pero es importante destacar que, aun cuando ocurre en menor proporción, se presenta malestar al respecto por causa del lenguaje confuso, ya que los pacientes resaltan la presencia de dudas.

Respecto a acceder al tratamiento o procedimiento realizado, las principales justificaciones fueron las siguientes: el tratamiento era "necesario", se justifica basado en el criterio de necesidad y para mejorar su estado de salud, o por el entendido de que la acción "era urgente": Para otros pacientes, la justificación está relacionada con que "el médico es el que sabe". También se esgrimen argumentos como "mejora el estado de salud", "por prevención en general y por evitar futuros perjuicios para la salud y el bienestar". En procedimientos puntuales los pacientes refirieron sentirse en libertad de tomar decisiones propias frente al procedimiento o tratamiento en una mayor proporción que los pacientes con procedimientos prolongados.

¿QUÉ LE PREOCUPA AL PACIENTE?: LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS

Un aspecto de especial importancia son los riesgos y beneficios. En cuanto a los beneficios, se establece una clara diferencia entre quienes reciben tratamientos prolongados de alto y bajo riesgo, mientras que las personas sometidas a procedimientos prolongados, en su mayoría,

aseguran que fueron informados; para los pacientes de bajo riesgo, no se brindó información al respecto. En los procedimientos puntuales, la mayoría tiene la percepción de ser informados en cuanto a beneficios. En relación con los riesgos, la mayor parte de los pacientes de los cuatro grupos señalan que si fueron informados sobre posibles riesgos de la intervención.

Las alternativas de tratamiento representan un punto problemático, por cuanto los pacientes en general refieren no haber recibido información al respecto; incluso se registran expresiones como “era la única salida posible”, tanto en pacientes de tratamientos de alto riesgo como sometidos a tratamientos prolongados.

Frente a la posibilidad de disentir, las opiniones son divididas en el grupo de intervenciones prolongadas. En procedimientos puntuales, la mayor parte menciona que los profesionales de la salud no les dieron la opción de rechazar el tratamiento. En lo relacionado con alternativas de tratamiento los cuatro grupos refieren escasa o nula información al respecto.

Algunas circunstancias parecen estar relacionadas; por ejemplo: mayor tiempo de contacto con los profesionales en los pacientes con tratamientos prolongados pues sus mismas condiciones de salud llevan a dialogar con más frecuencia con los profesionales de la salud y, de esta manera, estar más informados sobre riesgos, complicaciones, etc. Llama la atención que menos de la mitad de los encuestados refieren que les explicaron

riesgos o complicaciones y pocos las mencionan, sobre todo haciendo referencia a frases que les impactan especialmente por las implicaciones: “que no iba a quedar parálítico ni nada de esa vaina”, “así como al órgano malo, también daña otros órganos” o “que podría quedar en silla de ruedas, perder la fuerza de los miembros superiores e inferiores”.

Los problemas más grandes en el proceso de consentimiento informado están alrededor de la información sobre alternativas de tratamientos, riesgos del tratamiento o problemas derivados y escasa información sobre la posibilidad de disentir. Es de especial interés citar que dos personas refieren no estar de acuerdo con lo que les hicieron, sin llegar a dar una respuesta clara del porqué.

Aun cuando es pequeño el grupo, es relevante resaltar las inconformidades presentadas por pacientes sometidos a procedimientos prolongados de alto riesgo, por los mismos riesgos y las consecuencias a que se enfrentan y la forma como los impacta el firmar un documento de autorización, solo porque no ven otra opción y no por convicción real de estar decidiendo bajo sus conocimientos y deseos.



COMPRENSIÓN

Entre los posibles factores que pueden influir en la comprensión de la información y capacidad para decidir están los grados de escolaridad (figura 1).

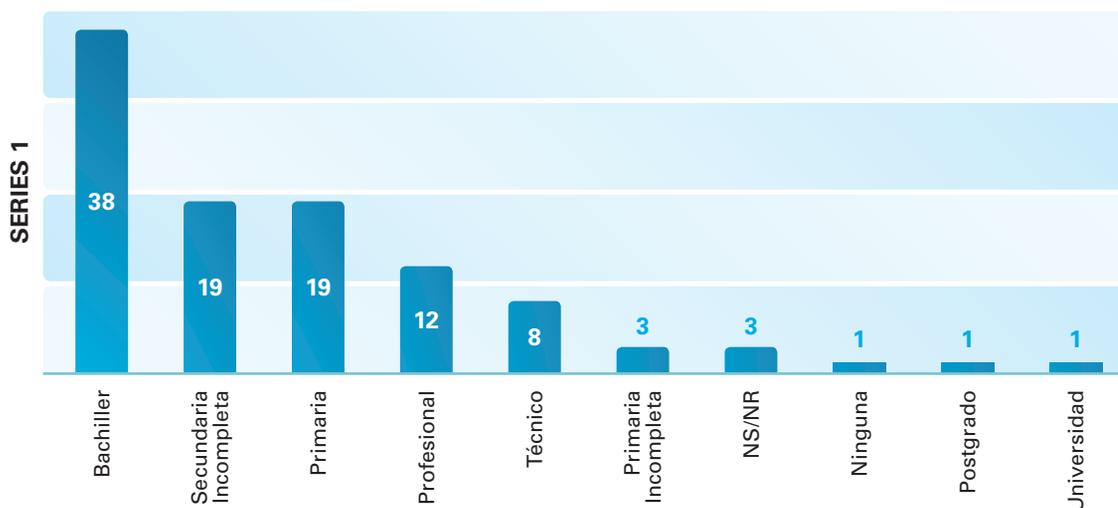


Figura 1. Nivel educativo de las personas encuestadas. Fuente: elaboración propia.

La gráfica señala el nivel educativo que tienen las personas encuestadas. Esto nos indica que el mayor porcentaje (39 %) de las personas terminaron sus estudios secundarios, mientras que con secundaria incompleta y primera completa hay un 19 %. En una menor proporción están aquellas personas que son profesionales con el 12 % y técnicos con el 8 %. Las personas que tienen primaria incompleta se ubican posteriormente con un 3 %, al igual que las personas que no tienen ningún tipo de educación escolarizada y quienes no contestaron al interrogante sobre su educación. Finalmente, con un 1 %, están aquellas personas que tienen estudios de postgrado y de universidad incompleta.

En los tres grupos, según nivel de escolaridad, las respuestas son muy diversas, pero presentan unas particularidades importantes por la incidencia que tienen en la forma de concebir el CI según la escolaridad. En el primer grupo se destacan las diversas formas de definirlo: algunas personas consideran que el CI se remite particularmente a la firma de un documento, que el CI es la información recibida por un profesional de la salud. También se registran personas que no saben qué es el CI, mientras que para otras el CI hace parte de estar o no de acuerdo con un procedimiento o tratamiento; en la misma proporción están aquellas que afirman que es “determinada forma con la cual se explica un tratamiento”. En menor proporción están quienes opinan que el CI es: 1) una explicación de beneficios y riesgos; 2) una forma de ser consciente de la información recibida, y 3) la forma de autorización o aceptación de un procedimiento.

En el segundo grupo, donde encontramos las personas con grados medios de educación, se puede ver que la mayoría señala no saber qué es o de qué se trata el CI; un número importante de personas dice que el CI se relaciona con la información que recibió por parte de un profesional de la salud respecto al tratamiento o procedimiento específico. En seguida están aquellos pacientes que mencionan que el CI es la forma de asentir o estar de acuerdo respecto al procedimiento realizado. Para otros, se trata de un documento que está mediado por la firma del paciente y permite la realización del procedimiento; también se refieren a él como un tipo de autorización o permiso, y un número menor de personas considera que el CI es un tipo de explicación (en algunos caso escrita) sobre el tratamiento o procedimiento.

Las respuestas menos frecuentes estuvieron relacionadas con: 1) el grado de consciencia de los riesgos a los que están expuestos; 2) un tipo de informe que se genera para emprender un tratamiento o procedimiento, y 3) el poder de decisión que tiene el paciente para aceptar o no un tratamiento. Cabe indicar que solo dos personas no respondieron la pregunta.

Entre quienes habían alcanzado nivel universitario, vemos que para la tercera parte de personas el CI es un tipo de autorización. Se menciona frecuentemente la forma escrita, se hace referencia a estar de acuerdo y asentir un procedimiento. Le sigue un grupo de personas que consideran el CI como la información que recibe un paciente en relación con los riesgos, que a veces pasa por la formalidad del documento escrito. Se indica que el momento explicativo del consentimiento trasciende lo informativo y descriptivo, “tener consciencia de la información recibida”. Se hace referencia incluso a “toma de decisiones con responsabilidad frente a un procedimiento”. Un pequeño grupo habla del CI como parte importante de un tratamiento o procedimiento porque en él se juega la autonomía, la libertad y el permiso del paciente para decidir si quiere o no realizarse dicho tratamiento o procedimiento.

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES FINALES

Se logra establecer que, en general, en la práctica clínica de las instituciones a las que asistieron los pacientes encuestados se incluye el consentimiento informado de manera verbal y escrita, y se busca cumplir con la normatividad vigente y las exigencias de los entes reguladores, pero que existe una proporción de pacientes que refieren tensiones, problemas y malestar frente a diversos asuntos, como la diversidad de formas de aplicación y concepción sobre el consentimiento informado en las instituciones de atención en salud donde los pacientes que contestaron la encuesta fueron tratados. Se logra establecer que se realiza la aplicación sistemática de gran cantidad de formatos de consentimiento informado, en la mayoría de actividades de atención en salud, pero esto depende de cada servicio. En procedimientos de mayor complejidad los pacientes suelen referir haber sido informados verbalmente, pero no en todos los casos; por ejemplo, se refirieron cosas como: “Aún no sé bien qué cirugía me van a realizar”; también dicen no haber firmado documentos escritos en una proporción considerable de pacientes.

Respecto a por qué están de acuerdo, los pacientes asumen que es necesario, que es un bien para su salud pero también porque era urgente solucionar el problema de salud (esto en los momentos apremiantes). Cabe resaltar la referencia a "el médico es el que sabe", lo cual se menciona también en estudios realizado a profesionales¹² y revisados en el contexto de este estudio. La proporción de pacientes que comprendió bien supera escasamente la mitad de aquellos sometidos a tratamientos prologados, lo que muestra la dificultad en una verdadera comunicación y que no están satisfechos con la información recibida. Lo anterior resulta paradójico, pues al preguntarles por lo que creen que faltó informar en su mayoría no saben qué quisieran saber, no mencionan por ejemplo aspectos como riesgos o secuelas. Queda entonces el interrogante sobre si se logra una comprensión a fondo de la situación que no les alcanza para generar interrogantes al respecto.

Los encuestados inconformes con la información recibida señalaron que el principal problema se centró en la falta de comprensión de lo dicho, igual se quejan de la precisión y asertividad en el lenguaje de parte del profesional de salud. Al respecto cabe resaltar frases como: "muchas cosas que realmente no entendí", "ser un poco más explícitos y hablar en un lenguaje que entienda el paciente", "ser más asertivo en el lenguaje", "algo más de precisión y más confianza en los que le están haciendo", "que el doctor me hable bien, entran y hablan entre ellos y a uno no le dicen sino que lo van a operar y que lo necesita, y no más". Esta información fue corroborada más adelante en la encuesta al preguntar acerca de cosas de difícil comprensión, a lo cual los pacientes dieron respuestas como: "Que tenía la anemia muy bajita", "no entendí qué era un drenaje hasta que lo aprendí en carne viva", "El nombre de una bacteria, no lo recuerdo bien", "fístula, colostomía, realmente no entendí qué era".

La información recibida por una proporción muy alta de pacientes bajo tratamientos prolongados y decisiones de alto riesgo es considerada adecuada, pero para quienes no están conformes con la información recibida se pueden evidenciar los problemas en tres grupos: quienes creen que la información brindada es confusa o que la información no fue completa: "sí, porque no me explicaron todo, solo a medias" y también existen problemas en el lenguaje: "algunas palabras que no entendía, pero luego no me explicaban bien".

23

Los problemas más grandes en el proceso de consentimiento informado están alrededor de la información sobre alternativas de tratamientos, riesgos del tratamiento o problemas derivados y escasa información sobre la posibilidad de disentir.

Los encuestados inconformes con la información recibida señalaron que el principal problema se centró en la falta de comprensión de lo dicho, igual se quejan de la precisión y asertividad en el lenguaje de parte del profesional de salud.

En la mayoría de los casos los pacientes aseguran que pudieron preguntar y que les resolvieron sus preguntas, pero un grupo pequeño refiere que no les resolvieron las preguntas y, más problemático aun, hay quienes afirman que no tuvieron libertad para tomar las decisiones.

Al preguntar sobre si la información fue adecuada, los pacientes —aunque pocos— ratifican que la información es inadecuada, pues carecen de las precisiones que ellos quisieran y tiene problemas en el lenguaje.

A la solicitud de definir CI, en su mayoría, los pacientes consideran que es una explicación de lo que se va a hacer, un documento de permiso. Cabe resaltar que el grupo de estudios universitarios expresa con más precisión o detalle lo que es en esencia el proceso de CI, mientras que quienes accedieron a educación media dicen no saber qué es. Quienes menos escolaridad tienen hablan de formatos y firmas, lo cual deja en el aire una pregunta: ¿a menor nivel de educación se torna más importante dedicar mayor tiempo al proceso de comunicación e información y no se está haciendo? o ¿en personas con menor educación las carencias en salud se incrementan? Un asunto que causa especial preocupación es que la mitad de encuestados refiere no saber que tienen posibilidad de rechazar la autorización.

En general, cuando se insta a agregar comentarios las personas se declaran agradecidas por ser atendidas, bien tratadas y porque el personal de salud es amable y

dispuesto. Sin embargo, algunos pacientes hicieron comentarios como el siguiente: “la atención es muy buena, pero no me explicaron el procedimiento”.

Vemos en las encuestas que si bien se puede hablar de que existe apropiación respecto a algunos temas importantes del proceso, existen carencias que aún muestran un camino importante por recorrer en lo que tiene que ver con problemas con las barreras que continúan existiendo especialmente en comunicación por el uso del lenguaje, la limitación de tiempo en la relación profesional-paciente y esto, a su vez, relacionado con recursos escasos para la atención en salud. Se percibe, además, la necesidad de seguir trabajando en entender la injerencia que tienen en la comprensión de los proceso de consentimiento informado los aspectos significativos a nivel social como los grados de escolaridad, las diferencias culturales, las diferencias que se establecen según las dinámicas de atención, la dificultad que se presenta por no darle especificidad y entender la diferencia del CI según los tratamientos o procedimientos, puesto que es claro que algunos requieran un acompañamiento más cercano en patologías más complejas, o comunidades más desprotegidas, incluso por el periodo de la vida en que se requiere la atención en salud. El estudio muestra la necesidad de realizar investigaciones más detalladas sobre la función, estructura y cumplimiento de los formatos escritos, incluyendo el lenguaje utilizado.

NOTAS

- 1 Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees manifiesta que existe: "obligación de indemnizar cuando se traspasaban los límites del consentimiento otorgado por el paciente o bien se ocultaba una prohibición suya" (ver <http://www.institutodebioetica.org/casosbioetica>).
- 2 Son varias las demandas de pacientes que dieron paso a lo que posteriormente sería el proceso de consentimiento informado, cifrados en la exigencia a la información y autodeterminación (ver Escobar, M. (2009). *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá: Impresora Feriva. Los hechos y casos más significativos para el nacimiento del CI).
- 3 Un completo desarrollo del tema especialmente en el capítulo 1. Historia del consentimiento informado en (Simón Lorda, 2002).
- 4 La primera parte de este estudio se hizo revisando la literatura existente. Se revisó literatura científica del período comprendido entre 1995 y 2013. Se obtuvieron 78 documentos que incluían percepción y consentimiento informado, solo cinco de ellos tratan directamente la percepción del paciente. Los resultados constituyen un informe documental adicional: Percepción sobre consentimiento informado en pacientes. Consentimiento informado. Percepción de pacientes. revisión documental 1995-2013.
- 5 Nótese cómo la bioética clínica presenta una abundante literatura en consentimiento informado, y se convierte en tema obligado una vez se hable de principialismo, generalidades, dilemas, métodos, etc. Solamente en búsqueda libre en Internet aparecen alrededor de dos millones de referencias (ver enciclopedias compendios, etc.).
- 6 Desde muy temprano en su aparición en la clínica el CI ha mostrado este tipo de problemas en su aplicación e implementación. Para una ampliación del asunto ver Simón Lorda, 2002; Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud (2005). Bogotá: Fepasde, Comportamiento de los procesos éticos en odontología. Hace referencia a que el CI ocupa el segundo lugar como falla en debilidades probatorias.
- 7 Ver revisión de literatura 1995-2012 ya citada.
- 8 *Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud*. Ver publicación por parte del ministerio de protección social de "Paquetes instruccionales en el que se anexa en el 2009 el documento "Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado" y resolución 1441 de 2013 Numeral 3.2 verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. vi. Historia clínica y registros. Consentimiento informado.
- 9 Ver una visión más completa en Vargas, L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades [Serie en Internet] 1994*. [Citado 24 de Nov. 2013] pp. 47-53 www.redalyc.org
- 10 Mínimo treinta máximo 100 como se sugiere en investigación cualitativa en bioética ver, JOCOBY, Liva; SIMONOFF, Laura. *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier JAI Press. *Advances in Bioethics*, Vol. II, 2008, p.127.
- 11 Para una mayor comprensión del asunto ver información y comunicación, en Escobar María. Investigación sobre consentimiento informado en odontología. Estudio histórico interpretativo 1995 2013. Mención Magna Cum Laude. En Imprenta Universidad el Bosque.
- 12 Ver resultado de la revisión de 78 documentos en la primera fase, documento ya citado.

REFERENCIAS

- Durand, G. (1999). *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, conceptsetoutils*. Quebec: Editions Fides.
- Escobar, M. (2009). *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá D.C.: Impresora Feriva.
- Jara, S. y Bravo, N. (2005). *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria* (Tesis de grado). Universidad El Bosque, Bogotá.
- Jocoby, L. y Simonoff, L. (2008). *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. Elsevier JAI Press. *Advances in Bioethics*, II, 127.
- Guzmán, J. (2005). Responsabilidad Profesional en Odontología. En: J. Manrique J. I Comportamiento de los procesos éticos en odontología y casuística del Fepasde. *Rev. Médico Legal Volumen XI, No.4*.
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 18. 89-96
- Pedersen, D. (1992). El dilema de lo cuantitativo y cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de la investigación en salud. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati y C. Trejo. (col.), *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas* (pp. 201-211). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Requero Ibañez, J. (s.f.). El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. Recuperado de Pdf www.institutodebioetica.org/casosbioetic/formacioncontinuada/pdf
- Simón Lorda, P. (2000). *Historia del consentimiento informado Historia, teoría y práctica*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Simón Lorda, P. (2002). El consentimiento informado. Abriendo nuevas brechas. En Jesús i María (comp.), *Problemas prácticos del Consentimiento Informado* (pp. 11-63). Barcelona: Fundación Víctor Grífols I Lucas.
- Oviedo, G. (2004, agosto). La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 18. 89-96
- Paquetes Instruccionales (2009). *Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud*. Ministerio de Protección social. Funcionalidad del consentimiento informado.
- Unesco. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Unesco.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades Serie en Internet*. Recuperado de www.redalyc.org/