

El Consentimiento Informado en la Atención Primaria. Opinan los profesionales

Victòria Nortes*, Mercè Serrat, Mercè Tella†

*Enfermera, Master en Bioética y Derecho Universidad de Barcelona. Hospital General de Granollers,

†Enfermera, Master en Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería del Mar,

#Enfermera, Master en Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona. Región Sanitaria Costa de Ponent,

Servei Català de la Salut

Correspondencia:

Mercè Serra Galceran

Numancia 85

08029 Barcelona

Tel.: 933 226 830

E-mail: 12594@imas.imim.es

Resumen

Objetivos: *Objetivo general:* Conocer la percepción de los profesionales, que trabajan en la Atención Primaria de Salud, acerca de la naturaleza del Consentimiento Informado (CI).

Objetivos secundarios: Conocer el grado de conocimiento que sobre el CI tienen los profesionales sanitarios que trabajan en la Atención Primaria de Salud.

Identificar las variables que influyen en la utilización del CI.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal que abarca tres Sectores Sanitarios de la Región Sanitaria Costa de Ponent, mediante el diseño de una encuesta de 13 preguntas, dirigidas a los médicos y enfermeras de los centros de Atención Primaria.

Resultados: Se obtuvieron 223 encuestas.

El 96% de los profesionales de las Áreas Básicas de Salud (ABS) rurales y el 98% de los profesionales de las ABS urbanas se mostraron de acuerdo en que el CI debe ser fruto del diálogo entre el profesional y el enfermo. Asimismo, el 99% de los médicos con un tiempo de dedicación por visita entre 5 y 10 min. y el 100% de los enfermeros/as opinan que es imprescindible dedicar tiempo y espacio al CI para facilitar las aclaraciones necesarias y reducir dudas y miedos. Por otro lado, el 84,8% de médicos y el 81,3% de enfermeras creen que el paternalismo profesional es un factor que dificulta la implantación de CI. Destacar que un 36,6% de médicos y un 40% de enfermeras muestran no estar seguros que el CI sea un documento legal obligatorio. Mientras, las dos terceras partes de los encuestados se muestran de acuerdo en que el CI sea una figura ética fundamental para el reconocimiento de la autonomía del paciente.

Conclusiones: Los profesionales se muestran conocedores de la teoría Consentimiento Informado.

El paternalismo y el tiempo de atención se perciben como una dificultad para su implementación.

Palabras clave: Consentimiento Informado. Atención Primaria de Salud. Calidad Asistencial. Relación Asistencial.

Summary

Objectives: *General goal:* To know about the involvement of the sanitary professionals working in primary health care centers with the notion of informed consent.

Secondary goals: To know about the involvement of the sanitary professionals working in primary health care centers with the notion of informed consent and to identify the variables affecting it.

Methodology: Observational descriptive cross-study embracing three sectors of the sanitary area Costa de Ponent, by means of a 13-item inquiry addressed at the physicians and nurses working in primary health care centers.

Results: 223 inquiries were obtained, showing that: 45% of physicians and 17% of nurses with a mean visiting time between 5 and 10 minutes agreed that informed consent must be the result of the dialogue between the professional and the patient; 46% of inquired physicians and 15,6% of nurses believed that for informed consent to emerge and not to generate doubts or misgivings in the patient a minimum amount of time is necessary. On the other hand, 31,3% of physicians and 12% of nurses believed that professional paternalism works against the emergence of informed consent, and even though only 21,5% of physicians and 6,7% of nurses know that informed consent is now a legal obligation, 34% of physicians and 15,6% of nurses think that it is an indispensable ethical tool to grant autonomy to the patient.

Conclusions: On the whole, the sanitary professionals are involved with the notion of informed consent, and their involvement is not dependent on professional rank or mean visiting time. Paternalism is generally viewed as a difficulty.

Key words: Informed consent. Primary health care center. Assistance quality. Health care relationship.

Introducción

En la actualidad, la figura del CI es una realidad ya ineludible en el marco de las relaciones sanitarias, siendo también un objetivo que deberá formar parte de la dinámica habitual de los centros de salud de Atención Primaria^{1,2}.

Su génesis se produce en el marco de la modernidad, del progreso de la biotecnología y por la fuerte influencia de la cultura anglosajona³, ello nos lleva a considerar el consentimiento informado un *derecho humano*. Nos hallamos pues ante un imperativo ético, que además en nuestro país, como en muchos otros, se ha convertido en una exigencia legal.

Hecha una revisión del significado del CI en el marco de la relación asistencial, se puede afirmar que pedir consentimiento al paciente es antes que una intervención, una conducta bioética basada en el valor de la libertad; cuyo significado ha introducido modificaciones más que considerables en el marco actual de la relación asistencial, hasta ahora tradicional y jerarquizada que va siendo cuestionada por otra menos paternalista y más participativa, donde toma protagonismo la autonomía del paciente y donde la confianza y el intercambio de información son la base de ésta quizás, más compleja relación⁴⁻⁶.

También, la bibliografía refiere el CI como un valioso procedimiento para mejorar la calidad de las relaciones asistenciales: siendo la información un medio que previene la insatisfacción, así un paciente bien informado tiene unas expectativas mucho más realistas^{7,8}. Sin embargo, dicha información, no necesariamente debe ser exigible como un acto puntual, sino más bien lo contrario, debe interpretarse como parte del proceso de la relación interpersonal que tiene como propósito la aceptación o no del paciente a someterse a un procedimiento después de haber estado informado sobre su naturaleza, los riesgos y los beneficios que le suponen, así como las posibles alternativas, siendo el documento escrito solamente un soporte de este proceso que trata de garantizar la exigencia legal⁹.

En el entorno de las consultas de la Atención Primaria, aunque son menos frecuentes las cuestiones tradicionales de bioética, encontramos a diario situaciones no exentas de contenido ético¹⁰. A menudo, los pacientes demandan información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que habitualmente solicita el propio médico, el cual sin considerar su opinión, asume lo mejor para el paciente¹¹. También se intentan modificar los hábitos de vida, y no siempre se tienen en cuenta las creencias, costumbres o preferencias, ni el nivel económico y sociocultural para adecuar las prescripciones y/o las recomendaciones terapéuticas.

Para dar verdadero contenido al CI, en el marco de la atención sanitaria, hay autores que consideran fundamental la figura de los profesionales de la Atención Primaria aduciendo que su actividad está enmarcada en la misma esencia ética del CI¹². Los equipos de salud, médicos y enfermeros, por sus características de accesibilidad, confianza y conocimiento de los pacientes, dada la larga relación que establecen, se encuentran en una situación óptima para informar, haciendo del CI un método educativo y de participación en la toma de las decisiones que afectan al cuidado de su salud.

En nuestro entorno, existen escasos estudios publicados sobre el grado de conocimiento y la actitud de los profesionales

sanitarios hacia los derechos del paciente, y en particular el derecho a consentir una vez informado¹³, siendo la bibliografía prácticamente inexistente en el ámbito de la Atención Primaria¹⁴. Para avanzar en este sentido nos hemos propuesto conocer cuál es la percepción que tienen los profesionales respecto al CI así como analizar aquellos factores que puedan condicionar su implantación en la Atención Primaria de Salud (APS)

Material y Métodos

El estudio se realizó en tres de los sectores sanitarios de la Región Sanitaria Costa de Ponent (RSCP) del Servei Català de la Salut. En concreto en 13 Áreas Básicas de Salud (ABS) de características rurales y urbanas.

La población diana la formaban 141 médicos generalistas/de familia, 58 pediatras, 17 odontólogos y 187 enfermeras de los Equipos de Atención Primaria (EAP) de las ABS referidas.

La muestra se calculó en base a: $p = 0,50$, con una precisión del 0,05 y un nivel de confianza del 95%. El estudio se realizó entre los meses de febrero a julio de 1998.

Se utilizó un cuestionario anónimo de 13 preguntas cerradas y medidas con la escala de Likert de 5 calificativos (totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo) (Tabla 1).

La elaboración del cuestionario se basó en la Guía de recomendaciones sobre el Consentimiento Informado, publicada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya. Se analizaron las variables de edad y sexo, categoría profesional, años de ejercicio en la profesión y el tiempo de dedicación por visita.

Resultados

Se obtuvieron un total de 223 cuestionarios debidamente cumplimentados de 118 médico/as y 105 enfermero/as. Según las variables sexo y edad (Figuras 1 y 2).

El 56,1% de los profesionales encuestados trabajaban en Áreas Básicas de Salud (ABSs) urbanas y el 43,9% en ABSs rurales.

Por categoría profesional, en las ABSs rurales, el 40,8% eran enfermeras y el 59,1% médicos. (Tabla 2), mientras que en las urbanas, el 52% eran enfermeras y el 48% médicos (Tabla 3).

En la Figura 3 se muestra el análisis de la respuesta obtenida según la consideración rural o urbana de las ABS a la que pertenecen los profesionales de la muestra.

Los profesionales están mayoritariamente de acuerdo con la afirmación que el documento del CI no puede sustituir al diálogo entre el profesional y el enfermo con independencia del tipo de ABS en la que trabajan.

El profesional decide el ritmo, la cantidad y la forma de ofrecer la información teniendo en cuenta el interés, las peculiaridades y los deseos del enfermo y/o familiares (Figura 4).

En las Figuras 5 y 6 se muestran los resultados obtenidos según el indicador "tiempo de dedicación por visita"**.

*El tiempo de dedicación por visita está en relación con los criterios de la programación del propio centro y la posibilidad de autogestión que tienen los profesionales en cuanto al mismo.

Tabla 1. Cuestionario

Sexo: Hombre Mujer

Edad:

Categoría profesional: Médico Enfermera

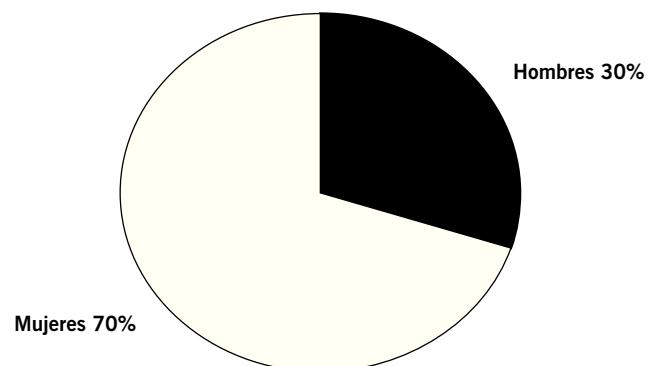
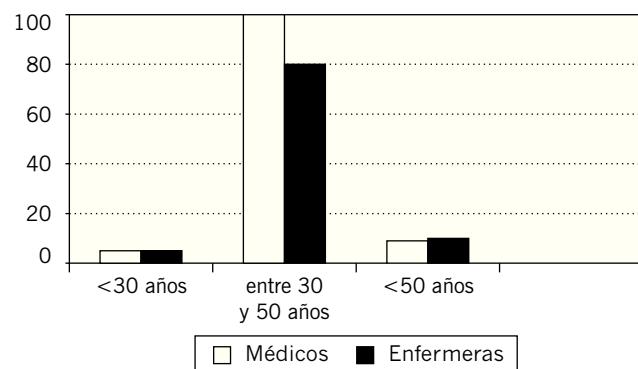
Años de ejercicio en la profesión:

Tiempo de dedicación por visita (en minutos)
entre 5-10min. >10 min.

1. El Consentimiento Informado (CI) ha de ser un proceso de toma de decisiones, fruto del diálogo entre el profesional y el enfermo.
2. El documento del CI no ha de sustituir el diálogo entre el profesional y el paciente, y tiene que favorecer la comprensión del procedimiento y el conocimiento de los riesgos específicos y personalizados.
3. Hace falta un marco flexible de actuación para adecuar la cantidad, la forma y el ritmo de la información y los requisitos de la firma del documento a las necesidades de cada enfermo.
4. El profesional decide el ritmo, la cantidad y la forma de ofrecer la información teniendo en cuenta el interés, las peculiaridades y los deseos del enfermo y/o familiares.
5. La información ha de ser simple, aproximativa, inteligible y leal. Se ha de intentar evitar que el hermetismo de los términos médicos enmascaren la verdadera comunicación.
6. Reconocer la autonomía del enfermo no significa que deba hacerse cargo de toda la información disponible (diagnóstico, pronóstico, etc.), salvo que así lo manifieste. Se trata de que el enfermo tenga la información a su disposición sin ocultismos ni imposiciones.
7. El CI requiere del esfuerzo comunicativo para hacer que la información sea simple, inteligible y aproximativa.
8. Es imprescindible dedicar tiempo y espacio al CI para facilitar las aclaraciones necesarias y reducir dudas y miedos.
9. En buena parte de las situaciones, el enfermo delega la decisión a la competencia del profesional.
10. El paternalismo profesional es un factor que dificulta la implantación del CI.
11. El CI es un documento legal obligatorio.
12. El CI es para vosotros una figura ética fundamental en el reconocimiento de la autonomía del enfermo.
13. El CI es para vosotros un documento que es necesario formalizar porqué consta en los protocolos del centro.

Gracias por vuestra colaboración.

Una vez cumplimentado el cuestionario, depositar en el sobre adjunto.

Figura 1. Análisis de la muestra según la variable sexo**Figura 2. Análisis de la muestra según la variable edad****Tabla 2. Análisis del número de respuestas obtenidas en las ABS de ámbito rural**

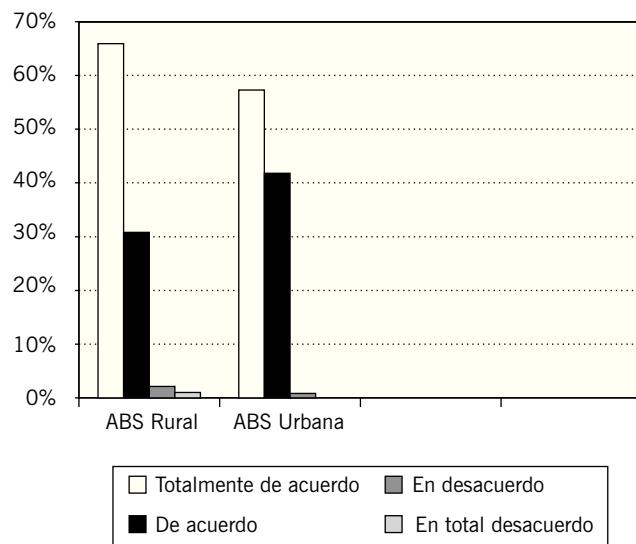
ABS	Enfermeras	Médicos	Total
Vilafranca Urbana	13	16	29
Vilanova-1	10	09	19
Garraf Rural	12	15	27
Penedès Rural	05	18	23
Total	40	58	98

Tabla 3. Análisis del número de respuestas obtenidas en las ABS de ámbito urbano

ABS	Enfermeras	Médicos	Total
Sant Cosme i Sant Damià	16	10	26
Castelldefels	13	10	23
Gavà-2	05	09	14
Gavà-1	07	06	13
Pujol i Capsada	05	02	07
Camps Blancs	07	06	13
Sant Vicenç dels Horts	06	07	13
Viladecans	05	03	08
Molí Nou	01	07	08
Total	65	60	125

ABS: Área Básica de Salud

Figura 3. El consentimiento informado ha de ser un proceso de toma de decisiones, fruto de un diálogo entre el paciente y el profesional



El 99% de los médicos con un tiempo de dedicación por visita entre 5 y 10 min. y el 100% de los enfermeros/as, opinan que es imprescindible dedicar tiempo y espacio al CI, mientras que el 9% de los médicos con un tiempo de dedicación por visita >10 minutos dicen estar en desacuerdo con la afirmación.

Los profesionales de las ABSs rurales están más de acuerdo, que los de las ABSs urbanas, con la apreciación que el paciente delega en el profesional la toma de decisiones en la relación médico-paciente.

Por otra parte, los resultados apuntan que la mayoría de profesionales son de la opinión que el paternalismo profesional es uno de los factores que dificulta la implantación del CI (Figura 7).

Figura 4. El profesional decide el ritmo, la cantidad y la forma de ofrecer la información teniendo en cuenta el interés, las peculiaridades y los deseos del enfermo y/o familiares

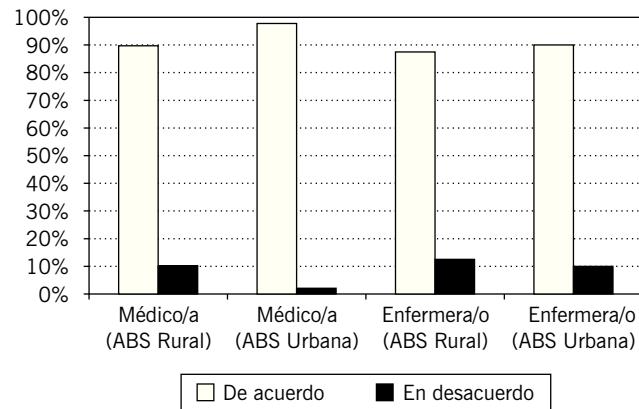
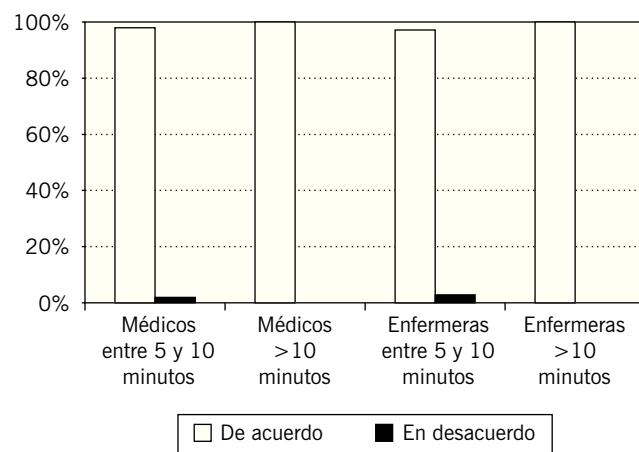


Figura 5. La información ha de ser simple, aproximativa, intelígible y leal. Se ha de intentar evitar que el hermetismo de los términos médicos enmascaren la verdadera comunicación



El 47% de los profesionales consideran el CI un documento legal obligatorio. A destacar el resultado de un 38% que manifiestan no estar seguros de ello (Figura 8).

El 70,8% de los médicos/as y el 73,5% de las enfermeras/os están de acuerdo con la afirmación que el CI es una figura ética fundamental en el reconocimiento de la autonomía del paciente. No apreciándose diferencias relacionadas con los resultados obtenidos según el tipo de ABS (rurales y urbanas) ni por la edad de los profesionales.

El 88,8% de los médicos/as con edad superior a 50 años están de acuerdo con la afirmación que el CI es un documento a formalizar porque consta en los protocolos del centro, mientras que el 60% de las enfermeras/os de menos de 30 años dicen no estar seguros de dicha afirmación.

Discusión

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que la mayoría de los profesionales consideran el CI como un procedimiento a seguir que permite la toma de decisiones mediante el diálogo entre el paciente y el profesional. Esta opinión concuerda con uno de los elementos básicos de la teoría del CI “un proceso de encuentro y diálogo entre el sanitario y el paciente”^{5,17}.

Referente a los factores que pueden condicionar el nivel de aceptación y utilización del CI destaca que “el tiempo” es una exigencia del proceso informativo en el que adquieren especial importancia las habilidades comunicativas del profesional. Dichos resultados coinciden con otros estudios realizados en el ámbito hospitalario^{15,16}.

Los profesionales de las ABS rurales están más de acuerdo que los de las ABS urbanas con la apreciación que el paciente delega al profesional la toma de decisiones en la relación médico-paciente, hecho que puede relacionarse con la actitud más paternalista por parte de los profesionales de las ABS rurales. A pesar de ello, llama la atención, que el paternalismo se perciba como un factor importante que dificulta la implementación del CI, hecho que coincide con el contenido filosófico del mismo. Así, la dependencia que los pacientes tienen del profesional se percibe como una dificultad para la implantación del CI lo que sugiere la necesidad de potenciar la corresponsabilidad del paciente en la toma de decisiones que afectan a su salud.

Si bien la mayoría de profesionales se muestran de acuerdo en la importancia del CI como reconocimiento de la autonomía del enfermo, observamos que todavía existe un alto porcentaje de profesionales que ven al Consentimiento Informado como un documento esencialmente obligatorio por su carácter legal, siendo los profesionales mayores de 50 años los que se muestran más de acuerdo con el carácter de protocolo que tiene el documento y los enfermeros/as con menos de 30 años los que se muestran más dubitativos. Resultados que coinciden con otros estudios y cuya percepción puede estar relacionada con la práctica defensiva de la medicina^{16,17}. Sin embargo, destaca también un alto porcentaje de profesionales tanto médicos/as como enfermeros/as que muestran no estar seguros con la afirmación que el CI sea esencialmente un requisito legal. Afirmación coherente con la percepción mayoritaria de la muestra sobre el contenido del CI y podría atribuirse a los cambios curriculares que se han producido en los contenidos de las ciencias de la salud, que introducen, entre otros, el tema del Consentimiento Informado¹⁸.

Los profesionales se muestran de acuerdo con el contenido esencial del Consentimiento Informado.

La edad y la categoría profesional se perfilan como variables que afectan a la percepción del carácter obligatorio del documento.

Las actitudes paternalistas y el tiempo disponible de atención son factores que se perciben como inconvenientes para su implementación.

Creemos imprescindible avanzar en la materialización de los derechos de los pacientes y, en particular, el derecho a la información completa, veraz y comprensible. Un primer paso

Figura 6. El Consentimiento Informado necesita de tiempo para no generar dudas o miedos y para facilitar las aclaraciones necesarias

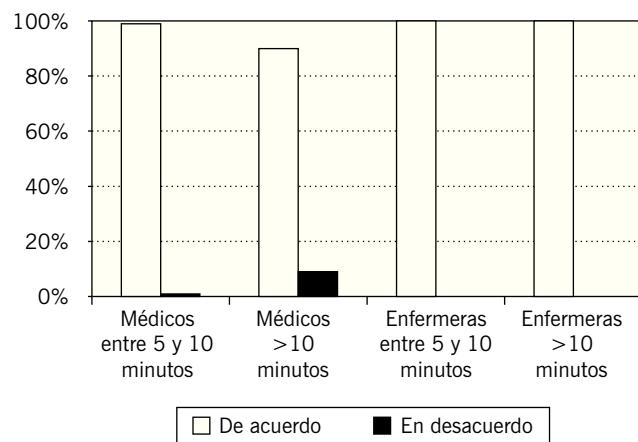


Figura 7. El paternalismo profesional es un factor que dificulta la implantación del CI

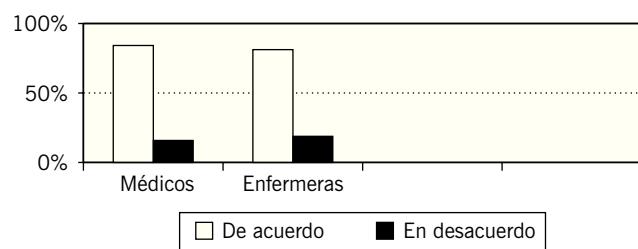
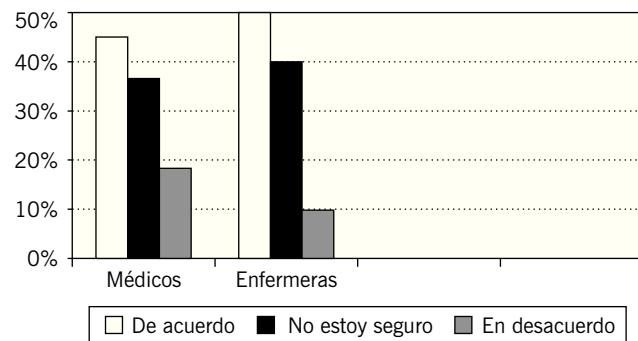


Figura 8. El consentimiento informado es esencialmente un documento legal obligatorio



en esta dirección es hacer extensivo, a las diferentes instituciones, que el CI es un factor importante para lograr una atención sanitaria más humanizada, pero a la vez se necesitan estrategias que eviten la excesiva burocratización en su implantación. Al mismo tiempo, es necesario la puesta en marcha de programas de formación que ayuden y amplíen las posibilidades de los profesionales para mejorar las técnicas de comunicación interpersonal a fin de hacer más fácil y eficaz la compleja actividad de la información al paciente.

Bibliografía

1. *Pla de Salut de Catalunya 1996-98*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1997.
2. *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1997.
3. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and a theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986;238.
4. Beaucamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical ethics*. 4^a ed. New York: Oxford Univ Press, 1994.
5. Broggi MA. La relación Médico-Enfermo: Fundamentos y Cambios. *Quadern Caps* 1993;19:27-30.
6. Gracia-Guillen D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema Universidad, 1989.
7. Quintana O. Bioética y Consentimiento Informado. En: Casado M. *Materiales de Bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs, 1996;157-70.
8. Broggi MA. La informació clínica y el Consentimiento Informado. *Med Clín* 1995;104:218-20.
9. Sainz A, Quintana O, Sánchez-Caro J. La información médica: el Consentimiento Informado. Fundamentos éticos y legales. *Rev Calidad Asistencial* 1994;2:68-71.
10. Orgando B. Ética en la práctica de la medicina legal: una asignatura pendiente. *Atención primaria* 1994;14:848-51.
11. Soringer FJ. Cuando el médico decide por el paciente. *Med Clín* 1993;101:340-3.
12. Searight HR, Barbarash RA. Informed Consent: Clinical and Legal issues in family practice. *Fam-med* 1994;26,4:244-9.
13. Simón P, Concheiro L. El Consentimiento Informado (I). *Med Clín* 1993;100:659-63.
14. Altisent R. Bases de Bioética en Medicina Familiar i Comunitaria. *Centro de Salud* 1995;(sept):497-501.
15. Pañella D, Padrós J. El Consentimiento Informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14(2):110-3.
16. Cabello L, Ruiz P. El Consentimiento Informado en un hospital terciario. Opinión de los profesionales y percepción de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14(2):145-50.
17. Simón P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam* 1995;5(5):264-71.
18. *Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre*. (BOE, 20 de noviembre 1990).