



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Rol de los pacientes y su diversidad cultural en las guías de práctica clínica



Patients cultural diversity role in clinical practice guidelines

Sra. Directora:

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia científica, dirigidas a optimizar el cuidado de los pacientes, y que son informadas por una revisión sistemática de las pruebas y una evaluación de los beneficios y riesgos de las opciones de cuidado alternativas¹. Así mismo, son herramientas de la medicina basada en evidencias que resumen sus 3 pilares: experticia clínica, mejor evidencia clínica y los valores y preferencias de los pacientes. Esto último hace referencia a los objetivos, expectativas, predisposiciones y creencias que pueden influir en los pacientes; encontrándose estas decisiones estrechamente relacionadas con las características propias de cada comunidad, región o país, y específicamente con su origen étnico y diversidad cultural.

La diversidad cultural y étnica es una característica de muchos países, por ello no es de extrañar que las constituciones de varios países las reconozcan y acepten. Estas variables culturales y étnicas centradas en el respeto a la diversidad, deben ser consideradas en la implementación de políticas sanitarias con un enfoque social adecuado, inclusivo y en un marco intercultural². Actualmente el origen étnico es de gran relevancia en los servicios de salud, y la dimensión afectiva y espiritual del paciente, perteneciente en muchos casos a minorías étnicas, pueblos indígenas o hablantes de lenguas nativas y/o extranjeras, constituye un reto en la atención sanitaria. Su relevancia se evidencia en diversos contextos en los países hispanoparlantes, en los que es frecuente la presencia de barreras lingüísticas. En España, la migración procedente de África, Asia y Europa oriental se acompaña de diferencias culturales, falta de competencia cultural y diversos factores que pueden generar un alto riesgo en la atención sanitaria³. En Latinoamérica por otro lado, las barreras no se presentan por migración extranjera, si no, proviene de la diversidad cultural/lingüística en ciudades alto andinas o amazónicas. Ambas circunstancias no permiten siempre contar con intérpretes para aquellos pacientes con lengua materna nativa

no hispana, originando una inadecuada atención sanitaria de calidad.

En este marco, la Organización Mundial de la Salud reconoce el valor de la diversidad cultural en las políticas culturales y sanitarias de cada país, tanto en la atención primaria como la atención especializada, hecho que debe reflejarse en las GPC, cuya implementación se ve influenciada directamente por la diversidad cultural y étnica de la población para la cual es desarrollada. Estas condiciones pueden facilitar o dificultar el proceso de implementación y aceptación de las GPC, haciendo necesario que estas sean pertinentes cultural, étnica y lingüísticamente, hecho que solo se lograría con un equipo desarrollador competente culturalmente que ponga sobre la mesa esta realidad, desarrollando estrategias específicas para ello.

Una estrategia útil sería incluir en las indicaciones, alimentos o bebidas de uso frecuente por la población diversa culturalmente, y de esta manera lograr una adherencia al tratamiento y un apego adecuado a la GPC⁴. En los últimos años se han abordado desde diversos enfoques el rol de los pacientes en las GPC⁵, siendo escasamente abordada la relevancia del contexto y entorno cultural de los pacientes, solo considerado por el manual mexicano de GPC que plantea políticas específicas para afrontar las barreras interculturales (tabla 1).

Otra estrategia para lograr una GPC pertinente, es la inclusión de representantes de los pacientes en el equipo desarrollador. A nivel mundial solo 11 organizaciones desarrolladoras incluyen representantes de los pacientes o encargados de su cuidado⁶, y en Iberoamérica solo España cuenta con un manual específico para su inclusión (tabla 1). El origen de la participación de los pacientes se ha sustentado en la "Unidad de inclusión a los pacientes", desarrollada por el *National Institute for Health and Care Excellence* (tabla 1), con el fin de proveer una perspectiva del paciente durante el proceso de desarrollo e implementación de las GPC⁵. Esta estrategia se ha complementado, en la última década, con políticas de inclusión de pacientes y del público (*Patient and public involvement policy*); con evidencia de variada calidad científica⁷, que no incluye desenlaces relacionados con la diversidad cultural.

En resumen, lograr una implementación y aceptación adecuada de las GPC, requiere considerar el contexto cultural de cada país, brindando un cuidado de salud centrado en la familia y en la comunidad, reconociendo la importancia de su entorno cultural, étnico y lingüístico^{8,9}. En los países desarrollados y especialmente en los países en

Tabla 1 Rol de los pacientes y su diversidad cultural en las instituciones desarrolladoras de GPC

País (organización desarrolladora)	Manuales (año)	
	Desarrollo de GPC/Implementación (incluye o manual propio)	Inclusión de pacientes
Reino Unido (NICE)	<i>Developing NICE guidelines: the manual</i> (2014) ^{a,b} / Sí	Sí: PIP (2009) y Manual (2015) ^{b,c}
España (MSSSI)	Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (2016) ^{a,b} / Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (2009) ^b	Implicación de pacientes en el desarrollo de guías de práctica clínica (2013) ^b
México (IMSS)	Medicina Basada en Evidencia y Guías de Práctica Clínica (2014) ^b / Sí incluye	No disponible
Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social)	Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (2009) ^{a,b} / Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia (2014) ^b	No disponible
Chile (MINSAL)	Manual metodológico de guías de práctica clínica (2014) ^b / No	No disponible
Perú (MINSAL)	Documento Técnico: «Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica» (2015) / No incluye	No disponible

GPC: Guías de Práctica Clínica; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; MINSAL: Ministerio de Salud; MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; PIP: The Patient and Public Involvement Programme.

^a Describe la inclusión de pacientes en el grupo desarrollador.

^b Incluye aspectos relacionados con diversidad étnica y cultural.

^c NICE's approach to public involvement in guidance and standards: A practical guide.

Fuente: Ministerios de Salud.

vías de desarrollo, la diversidad cultural se suele acompañar de disparidad en el acceso y calidad de la atención de salud, situación que afecta principalmente a las poblaciones minoritarias, racial y étnicamente, para las que usualmente no se cuenta con políticas específicas⁸. Estos aspectos dificultan la implementación de las GPC, pues el personal sanitario muchas veces no se identifica culturalmente (con frecuencia proveniente de otros entornos culturales), ni étnica ni lingüísticamente (desconoce las lenguas predominantes en su lugar de trabajo) con la población a la que debe brindar esta atención sanitaria. Por tal motivo es importante incluir en las GPC el contexto cultural, la diversidad cultural, étnica y el multilingüismo de los pacientes; esto solo es posible si el equipo desarrollador tiene la competencia cultural y lingüística necesaria.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: The National Academies Press; 2011.
2. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil.* 2003;131:1061–5.
3. Sandín-Vázquez M, Río Sánchez I, Larraz-Antón R. Salud e inmigración: creación de un catálogo de recursos para la mejora de la comunicación. *Rev Calid Asist.* 2012;27:240–1.
4. Olortegui-Mariño R, Galvez-Olortegui J, Paredes-Ayrac D, Villafan-Broncano M. Alternative, traditional, or complementary medicine: A perspective of intercultural therapeutic adherence. *Medwave.* 2017;17:e6976 [Article in English, Spanish].
5. Hermosilla T, Vidal S, Briones E, Antonio Guerra J, Navarro A, López R. Los pacientes en las guías de práctica clínica. *Rev Calid Asist.* 2008;23:136–41.
6. Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Heal Care.* 2003;15:31–45.
7. Conklin A, Morris Z, Nolte E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: Results of a systematic scoping review. *Health Expect.* 2015;18:153–65.
8. Goode TD, Haywood SH, Wells N, Rhee K. Family-centered, culturally, and linguistically competent care: Essential components of the medical home. *Pediatr Ann.* 2009;38:505–12.
9. Denier Y, Gastmans C. Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: An ethical guideline for health-care organizations in Flanders. Belgium. *Soc Sci Med.* 2013;93:38–46.

J. Galvez-Olortegui^{a,b,*}, R. Olortegui-Mariño^{c,d},
D. Paredes-Ayrac^{c,d} y M. Villafan-Broncano^{c,d}

^a *Unidad Generadora de Evidencias y Vigilancia Epidemiológica, Scientia Clinical and Epidemiological Research Institute, Trujillo, Perú*

^b *Escuela de Posgrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú*

^c *Instituto Peruano de Estudios Andinos Naanintsik (IPEAN), Huaraz, Perú*

^d *Facultad de Ciencias Sociales, Educación y de la Comunicación, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgalvezo@scientiaceri.com
(J. Galvez-Olortegui).

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.002>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Del papel a las nuevas tecnologías en la comunicación con nuestros pacientes



From paper to new technologies in communication with our patients

Sra. Directora:

He leído con gran interés el artículo publicado por Mariscal-Crespo et al.¹ sobre la legibilidad de los documentos de consentimiento informado escritos en España.

Los resultados de su estudio evidencian una gran diversidad entre comunidades autónomas, ausencia de organismos coordinadores que se encarguen de su revisión y, lo que es más preocupante, que en más de un 75% se considera «algo difícil» o «muy difícil» su legibilidad. Coincido con sus conclusiones, en las que demandan una actualización y mejora en este ámbito; sin embargo, no creo que el camino sea mejorar la legibilidad, sino más bien adoptar medidas encaminadas a procesos bien diferentes, como la promoción de novedosos modelos de consentimiento informado frente a la forma clásica de documento escrito. La Ley 41/2002 de autonomía del paciente² obliga a recabar el consentimiento informado escrito en procedimientos invasivos; probablemente este imperativo legal ha conducido a parte de los profesionales sanitarios a confundir el papel con un proceso mucho más complejo e integrador. La mayoría de los consentimientos informados son verbales en la práctica clínica, la teoría del consentimiento informado se fundamenta en el principio de autonomía del paciente, son requisitos indispensables para su obtención: voluntariedad, capacidad e información³; esta última ha de ser de calidad, administrada de acuerdo con la capacidad de comprensión y ofreciendo otros cursos de acción alternativos para que el paciente elija libremente entre las opciones disponibles.

Se ha documentado que parte de los pacientes que firmaron su consentimiento lo hicieron sin conocer realmente lo que estaban haciendo⁴ y es una realidad que los clínicos hemos presenciado escenarios en los que los pacientes no se han leído la documentación aportada, dirigiéndose directamente a la firma del mismo. ¿No es eso paternalismo médico con firma de consentimiento informado? En la era de las nuevas tecnologías parece difícil de comprender el retraso que en este procedimiento estamos teniendo los profesiona-

les sanitarios en su incorporación; es cierto que la legislación actual puede suponer un obstáculo más a este tipo de innovaciones, pero no podemos refugiarnos en este argumento para no mejorar el proceso de consentimiento informado. Poblaciones vulnerables, como por ejemplo aquellos con un menor nivel cultural, están expuestas a procedimientos subóptimos de consentimiento informado con el modelo actual. Parece indiscutible que una imagen vale mal que mil palabras, la utilización de vídeos explicativos de consentimiento informado son de fácil acceso a través de teléfonos móviles, tablets y otros dispositivos. Su diseño ha de ser realizado con la participación de los profesionales a través de sus sociedades científicas, pero también de los ciudadanos y las asociaciones de pacientes con la intención de acercarnos a la realidad de nuestros enfermos y las necesidades de información que se plantean ante los diferentes procedimientos. Hemos presenciado recientemente experiencias en ámbitos ajenos a las Ciencias de la Salud, como el sector financiero, en los que se ha demostrado que la firma de un documento escrito no representa que el firmante hubiera recibido la información adecuada. Hubo un tiempo en que un apretón de manos refrendaba un acuerdo; actualmente hemos de recurrir a la firma y en un futuro no muy lejano habrá que plantear otros mecanismos, como por ejemplo el video-consentimiento informado o a través de direcciones web⁵. La validación de estas formas de comunicación con nuestros pacientes no será tarea fácil, pero parece más lógica que la situación actual en la que prepondera la burocratización de una medicina alejada de las verdaderas necesidades de nuestros pacientes; no se trata de mejorar el tamaño de la letra o disminuir el número de páginas de los documentos de consentimiento informado, sino de ofrecer verdaderas herramientas útiles fundamentadas en la esencia del consentimiento informado, que no es más que la promoción de la libertad de nuestros pacientes para elegir estando bien informados. La caída del paternalismo médico fue esencial en la bioética moderna de finales del siglo xx, dando paso a la era de la autonomía del paciente, que el consentimiento informado sea concebido más allá de un documento médico legal es una obligación ética que hemos de transmitir a nuestros pacientes y sobre todo a los profesionales sanitarios. Ese esfuerzo precisa de un compromiso de la administración sanitaria que ha de reconocer que la diversidad actual documentada en el estudio de Mariscal-Crespo et al.¹ es inaceptable desde un punto de vista ético, siendo difícil de explicar por qué los pacientes de una comunidad autónoma reciben una mejor