

HUMANIDADES MEDICAS

Contribución de la Comunicación de Salud a la Bioética Clínica

SANDRA M. FÁBREGAS* MA, RPh; PABLO RODRÍGUEZ DEL POZO MD†, JD; JORGE FERRER‡ SJ, STD

EXTRACTO. Con frecuencia el profesional de la salud ha contado con los ideales y valores necesarios para ser ético, pero no ha sabido cómo traducir éstos a través de un proceso de comunicación a decisiones éticas efectivas. En este artículo, se ilustra la importancia de incorporar el campo de la comunicación de salud al campo de la bioética. Mediante la revisión de literatura más reciente en ambos campos se establece un vínculo entre ambas disciplinas. Como ejemplo se señalan algunos asuntos de bioética que también se relacionan a la comunicación de salud como: el consentimiento informado, el paternalismo, derechos de los niños, el respeto a la autonomía, asuntos de justicia y autorevelación. Además de prestar una atención

especial al consentimiento informado por incorporar elementos de comunicación se destaca la importancia de las éticas de la virtud, del cuidado y la narrativa. Se concluye sobre la importancia de educar a los profesionales de la salud es destrezas de comunicación. Se proveen modelos diseñados especialmente para comunicación en el escenario de salud.

Se propone un plan de cinco fases en el cual el componente de comunicación es el eje principal y que integra la bioética clínica. Se identifican foros en Estados Unidos y Europa en los cuales se integran ambas disciplinas: comunicación y bioética. *Palabras Claves:* Comunicación de Salud, Consentimiento Informado y Bioética.

Con frecuencia el profesional de la salud ha contado con los ideales y valores necesarios para ser ético, pero no ha sabido cómo traducir éstos a través de un proceso de comunicación a decisiones éticas efectivas (1).

La relación entre el profesional de la salud y el paciente es un factor decisivo para el éxito o el fracaso de éste en el seguimiento de regímenes de tratamiento, también tiene que ver con la insatisfacción del usuario respecto del sistema de salud y con el aumento de demandas legales por impericia médica (2).

La comunicación de salud se presenta como el gran

enlace entre el conocimiento técnico del estilo de vida apropiado y las opciones de tratamientos médicos, y la necesidad personal de una participación funcional en el manejo de la salud y el bienestar individual. Esta conexión crucial entre los campos de salud y comunicación ha sido reconocida en las iniciativas recientes en salud pública, mediante el establecimiento de una oficina de Comunicación de Salud en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos, primordialmente para ayudar a integrar la comunicación de salud en programas abarcadores como medios para influenciar el comportamiento individual y reducir los riesgos a la salud (3).

Magnitud del problema. En general, las dificultades de comunicación pueden conducir a problemas de diagnóstico, a la no cooperación del paciente, o a la divulgación de información inadecuada. Los estudios han revelado que cincuenta por ciento (50%) de los problemas psicosociales y psiquiátricos resultan inadvertidos, que los médicos interrumpen un promedio de 18 segundos al paciente mientras éste le presenta su problema, que cincuenta y cuatro por ciento (54%) de los del paciente y el cuarenta y cinco por ciento (45%) de sus

* Escuela de Farmacia, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

† Departamento de Medicina y Filosofía, Universidad de Chile

‡ Facultad de Teología, Universidad Gregoriana de Roma y el Centro de Humanidades Biomédicas, Universidad Central del Caribe

Dirigir correspondencia a: Prof. Sandra M. Fábregas, Escuela de Farmacia Universidad de Puerto Rico, PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067
Tel. (787) 758-2525 Ext 5315, Fax (787) 751-5680
Email S_FABREGAS@RCMACA.UPR.CLU.EDU

Proyecto apoyado por la Organización Panamericana de la Salud y el Departamento de Salud de Puerto Rico.

preocupaciones no son descubiertos por el médico ni expuestos por el propio paciente, que pacientes y médicos no concuerdan sobre el problema principal en el cincuenta por ciento (50%) de las visitas y que los pacientes están insatisfechos con la información que les proveen los médicos.

Los estudios describen problemas de comunicación en relación con el flujo de información de paciente a médico durante el proceso de obtener el historial médico, y de médico a paciente durante la discusión del plan de manejo. Sin embargo, muchos de los estudios apuntan a la importancia del apoyo emocional como una dimensión de la comunicación. También se encuentra explícita o implícitamente, la preocupación en todos los estudios sobre la distribución de poder y control en la relación médico-paciente (4). Ya algunas organizaciones de salud reconocen la importancia de incorporar un componente de comunicación para acreditar sus programas. Por ejemplo, la acreditación profesional y los estándares de ética para la orientación genética y la genética médica reflejan el papel crítico de la comunicación (4).

Según criterio de la Junta Americana de genética médica, los geneticistas clínicos, los geneticistas médicos con doctorados en filosofía y cualesquiera profesionales de orientación geneticista deben saber comunicarse efectivamente. Los estándares de acreditación profesional en dichas áreas requieren combinar las altas aspiraciones, el conocimiento científico y la compasión, y claro, una comunicación caracterizada por un diálogo abierto, explicativo y empático (5).

La información en el contexto de salud se hace obligatoria. El consentimiento informado existe desde la década de los 60 y es la doctrina legal que impele a los profesionales de la salud a informar correctamente a sus pacientes a fin de éstos puedan identificar y determinar lo que se le hará; no obstante la antigüedad ha sido difícil de implantar. El consentimiento informado presupone que los profesionales de la salud deben decirle al paciente todo lo concerniente a la naturaleza de su dolencia, el tipo de tratamiento a seguir, los riesgos, los beneficios, los márgenes de éxito posible y las alternativas.

Es todavía difícil para los profesionales de la salud saber exactamente que deben revelar en un caso dado. Una serie de demandas legales en la década de los 70 apoyaba el argumento de que el consentimiento informado significa que los profesionales revelen lo que una persona razonable necesite saber (2). El consentimiento informado sigue provocando confusión y controversia en la comunidad médica, pero hay médicos que argumentan que los requerimientos comunicativos de ésta doctrina, representan una respuesta y un reconocimiento de las realidades y demandas de buen cuidado del paciente. Se

ha afirmado que médico y paciente por igual contribuyen a tomar decisiones pertinentes. El papel del médico es sopesar y balancear la observación personal, conocimiento médico, las destrezas y experiencias en contraposición con las opciones médicas disponibles y sus respectivos riesgos y beneficios. La responsabilidad del paciente es describir y evaluar síntomas, detallar el historial familiar y discutir expectativas, objetivos, preocupaciones, creencias y valores. El resultado de estas respectivas contribuciones es la toma de decisiones informada, que puede resultar en la negación de parte del paciente a acceder al consentimiento informado, o el curso médico recomendado.

Para cualquier curso de acción propuesto, aunque incluya la no-intervención, se le debe proveer al paciente el tiempo adecuado para comprender y evaluar todas las consideraciones con respecto a su tratamiento. Esto puede incluir la obligación de aconsejar sobre un tratamiento menos invasivo o peligroso. (5).

La comunicación: una competencia altamente deseable. Aunque la práctica de la medicina ha evolucionado durante el siglo pasado, la comunicación de salud como campo de estudio esta en una etapa naciente. Por una variedad de razones la medicina académica y la educación médica de pre-grado no han incorporado los cambios importantes que afectan en el presente la comunicación de salud, área de capital importancia dentro de la comunicación humana. En los últimos 25 años, los estudiosos de la comunicación han aplicado su peritaje a la promoción de la salud y a la acción preventiva.

La comunicación de salud se define como el estudio de la naturaleza, del alcance, de la función y de los medios por los cuales los asuntos relativos a la salud afectan las audiencias objetivo ("target"). Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes y estrategias de implantación. El Centro de Control de Enfermedades (C.D.C) en los E.E.U.U define la comunicación de salud como "el arte y expresión de mensajes y estrategias basados en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades" (3). Desde la perspectiva de que la buena salud debe destacar el cuidado sobre la curación así como la prevención sobre la prescripción, la comunicación de salud ha sido definida como: " el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos bajo la forma de decisiones para el cuidado de la salud humana" (3).

En el contexto académico, la comunicación de salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye: prevención de enfermedades, política de cuidado de salud, el comercio de fármacos, así como la perspectiva

de aumento en la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad (3).

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

La comunicación de salud, también define como el área de la comunicación humana que se vincula con la manera en que los individuos se enfrentan a asuntos relacionados a la salud (3). En esta comunicación, el enfoque se sitúa en transacciones y factores específicos relacionados con la salud que influyen estas transacciones. Las transacciones pueden ser verbales o no verbales, orales o escritas, personales o impersonales, orientadas a un asunto o relación, solamente para mencionar algunas características (2). En general, la comunicación de salud se interesa por un abanico de cuestiones que va desde la aplicación de los conceptos de teorías de comunicación hasta las transacciones que ocurren entre los individuos en asuntos relativos a la salud (5).

La comunicación en salud ocurre en muchos de los contextos de la comunicación humana. En la comunicación de masas, la comunicación de salud se refiere a áreas tales como programas nacionales y mundiales de salud, promoción de salud y planificación de la salud pública. En el área de la comunicación pública se refiere a las presentaciones y discursos preparados por individuos sobre tópicos acerca del cuidado de la salud. En el contexto organizacional, la comunicación de salud se relaciona con la administración del hospital, las relaciones con el personal y el clima de comunicación institucional. En el contexto de grupos pequeños, la comunicación de salud se refiere a áreas tales como reuniones para planificar tratamientos, informes de personal e interacciones en el equipo de salud. La comunicación en contextos interpersonales incluye las variables del proceso de la comunicación humana que afectan directamente la interacción profesional-profesional y profesional-paciente. Finalmente, la comunicación en salud en el contexto intrapersonal se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos del individuo acerca de los asuntos que influyen las conductas dirigidas a la salud. La comunicación en estos contextos tiene en común el objetivo hacia la salud, sin embargo, las aspiraciones específicas de la comunicación así como el número de personas involucradas en el proceso puede variar considerablemente (2).

En todas las facetas de las intervenciones de la comunicación en salud están enclavados asuntos de valores y de ética que con frecuencia se dejan sin examinar o se dan por sentado por los proveedores. Se ha documentado muy recientemente la necesidad de proveer un marco de

análisis que ayude a intervenir de forma sistemática tomando en consideración estos elementos éticos (6).

Los estudiosos de la comunicación en salud deben trabajar estrechamente con otros científicos sociales, profesores de medicina, de salud pública, así como profesores y expertos de mercadotecnia. Este tipo de colaboración es necesaria en los esfuerzos para intervenir en los problemas de salud de la sociedad (7).

Interdependencia: vínculo necesario. Como hemos dicho, toda la buena voluntad e intención filosófica pierde sentido si no hay comunicación con el paciente. Se ha argumentado que los profesionales de la salud no pueden actuar éticamente si no practican unas destrezas de comunicación (1).

Los expertos en comunicación de salud-que también prestan el juramento de hipocrático-deben practicar principios de otro gran maestro griego, Aristóteles, quien demandaba de sus alumnos fueran responsables, veraces y muy lógicos en sus argumentos. Hoy, esto incluye tomar decisiones éticas y apropiadas cuando se confrontan asuntos tales como el empleo de técnicas que utilizan el miedo, la confiabilidad en las encuestas de opinión pública, el racionamiento de los servicios, entre otros. La capacidad para discriminar entre los valores y ofrecer decisiones juiciosas requiere una encalladura firme en el sentido moral del pasado como requisito para trazar las avenidas aptas para aspirar a un mañana más saludable (3). Para los griegos y romanos antiguos, el médico encarnaba ideales esenciales de la polis y los requisitos del orador debían de ser las de un hombre bueno y ético. Esta relación imprescindible entre la comunicación ética, efectiva y persuasiva, y la buena salud, eran los ingredientes principales del ideal homérico de "areté" (3). La idea de "areté" no significa tanto "virtud" moral cuanto "potencial", "capacidad", y por lo mismo también capacidad física para hacer algo bien, es decir, virtuosidad técnica. La "areté" de un cirujano no consiste solamente en ser moralmente bueno (de "buen corazón"), sino en saber ser un cirujano profesionalmente virtuoso. El término bueno, no puede traducirse al sentido moral. El vocabulario, greco-romano tiene un sentido más físico que moral. Así que el médico virtuoso es el que sabe hacer bien su oficio. La virtud es una capacidad física, no moral (8).

Recientemente han surgido una serie de talleres y seminarios tanto a nivel de Europa como de E.E.U.U que integran ambas disciplinas: comunicación y ética. El taller más reciente fue: "Ética, Pedagogía y los nuevos medios en la comunicación en salud", que se celebró en la Universidad de Oxford, Inglaterra el 25 de julio de 1996. Este taller de un día se llevó a cabo como parte de las actividades del Instituto de Comunicación de Salud de

Bruselas que tuvo lugar del 1 al 22 de julio de 1996. Se celebró en asociación con la Conferencia Internacional bajo el tema de la enseñanza de las comunicaciones y medicina (9). En esa misma Universidad, pero en 1992, y bajo el nombre de Oxford Practice Skills Project, se comenzó a enseñar a los estudiantes de internado en medicina destrezas de ética, legislación y comunicación desde la perspectiva del paciente. Estas tres áreas formaban parte de un módulo denominado practice skills (10).

En el otoño de 1995 se sirvió un curso sobre Controversias de ética en comunicación de salud, en el marco del Programa de Comunicación de Salud, de consorcio con las Universidades bostonianas de Emerson y Tuft. Este curso explora controversias éticas de comunicación en salud en la actualidad con expertos en el área (11).

La comunicación como ciencia. El teórico de la comunicación David Berlo propuso para la década de los 50 un modelo de la comunicación humana que armoniza con las teorías y las investigaciones actuales de las ciencias de la conducta. Este modelo está basado en uno de comunicación electrónica que había sido desarrollado por el matemático Claude Shannon y el ingeniero Warren Weaver en 1947, el cual era muy compatible con la teoría de Aristóteles. En su Retórica Aristóteles ha expresado que hay que considerar tres componentes de la comunicación: el orador, el discurso y el auditorio. Por otro lado, Berlo ha identificado como componentes del proceso de la comunicación humana como: (1) la fuente de comunicación, (2) el codificador, (3) el mensaje, (4) el canal, (5) el decodificador y el (6) receptor de la comunicación (12). (Ver Figura 1).

La fortaleza del modelo de Berlo estriba en la manera en que representa la complejidad de la comunicación y la trata como proceso, no como un evento estático. El modelo, sin embargo, es limitado ya que omite el componente de retroalimentación y si se aplicara a los

escenarios de salud, permitiría ver los muchos factores que influyen la comunicación con el paciente, como por ejemplo, sus actitudes y su trasfondo sociocultural. De forma parecida, este modelo ayuda a explicar como la experiencia y la educación afectan la comunicación profesional-profesional, pero es menos útil en ilustrar como la retroalimentación influencia los diálogos que se llevan a cabo (2).

Teorías éticas que se vinculan a la comunicación de salud. Las éticas teleológicas o éticas de la responsabilidad parecen haber abierto la puerta para integrar elementos importantes de la comunicación de salud. Algunas de éstas éticas son: la de la virtud, (2) la del cuidado y la (3) la narrativa. Llama poderosamente la atención que James F. Drane, uno de los expositores principales de la ética de la virtud se refiera a la dimensión espiritual como una de comunicación verbal entre el médico y el paciente, y asocia la virtud de la veracidad (13). Con este vínculo Drane abre una puerta a la Comunicación de Salud y a colocarlo a su vez en un enfoque moral.

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

Son centrales para la concepción de habilidad moral en la ética del cuidado, aquellas aptitudes que nos permitan estar junto a los demás, expresarnos efectivamente y escucharlos, interpretar lo que otros dicen o hacen con sensibilidad e introspección, y estar abiertos a cambiar nuestros conceptos sobre los asuntos y bienes prioritarios para otros. Esta ética llama a descubrir y desarrollar cualidades imaginativas, emocionales y expresivas que son indispensables en una buena comunicación (14).

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

Figura 1. El Modelo de Berlo (SMCR)

Fuente	Mensaje	Canal	Receptor
Destrezas de Comunicación	Elementos	Mirar	Destrezas de Comunicación
Actitudes	Estructura	Escuchar	Actitudes
Conocimiento	Contenido	Tocar	Conocimiento
Sistema Social	Tratamiento	Oler	Sistema Social
Cultura	Código	Probar	Cultura

preventiva y la segunda, curativa. En la medicina curativa las cuestiones morales que se plantean tienen que ver casi siempre con la toma urgente de decisiones diagnósticas o terapéuticas. Por esta razón, en este ámbito, el enfoque es principalmente decisional. En la medicina de comunidad, por el contrario, las cuestiones éticas que se plantean tienen un carácter mucho más cotidiano, lo que las hace perder en dramatismo y urgencia, pero ganar en profundidad. En este campo, los procedimientos médicos no tienen que ser decisivos, sino relacionales. Este enfoque narrativo, ha de atender el contexto mucho más que el puramente decisional. En el despacho de un médico de comunidad será más importante atender la relación que se establece con el paciente que la toma de decisiones (13).

El ámbito de mayor necesidad de integración: profesional de la salud-paciente. Al presente, en el sistema de cuidado de salud, los roles tradicionales del médico, la enfermera y el paciente, por ejemplo, han sido retados y están atravesando un cambio significativo. Como resultado, las reglas estereotipadas que gobernaban previamente estas funciones y relaciones, ya no son tan válidas. Los papeles cambiantes de las profesiones de la salud han aumentado la ambigüedad, el estrés en las relaciones y dificultades de comunicación (2).

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

La comunicación le da al profesional de la salud una buena oportunidad para reducir la incertidumbre en sus pacientes y al mismo tiempo capacitarlos para que actúen en beneficio de ellos mismos; en suma: fortalecer la relación. Por otro lado, una información que sea comunicada deficientemente puede aumentar la incertidumbre, paralizar la acción y destruir la relación.

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

comunicación efectiva en el profesional de la salud.

Antecedentes. En 1929, un comentario legal en la revista *New England Journal of Medicine* difundió que aproximadamente una vez cada cuatro días algún paciente hacía algún reclamo en contra de un médico y buscaba reparación legal por alegada malpráctica (negligencia profesional). Este dato comenzó la primera onda u ola de "crisis de malpráctica" que llegaría a culminar en la década de los 70.

Para la década de los 30 ya se animaba a los médicos a asegurar un consentimiento de parte del paciente, especialmente si se trataba de una cirugía (15).

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

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

Después de los 70, se desarrolló una explosión de información en la literatura médica. Los comentarios en torno al consentimiento informado en la literatura médica eran más negativos que positivos. Los médicos veían las demandas del consentimiento informado como imposibles de cumplir, al menos en algunos casos, también como incongruente con el buen cuidado del paciente. En muchos de los comentarios no se reconocían las dimensiones morales del cuestionamiento legal (15).

No es hasta 1981 que la principal organización médica norteamericana, American Medical Association (A.M.A) asume como postulado ético profesional el respeto al consentimiento informado (16).

Elementos de importancia en el consentimiento informado. Los elementos esenciales que debe incluir el consentimiento informado incluyen: (1) explicación del padecimiento, (2) explicación inteligible del procedimiento que va a utilizarse y de sus consecuencias, (3) descripción de tratamientos o procedimientos alternativos, (4) descripción de los beneficios que se pueden esperar, (5) aclarar dudas al paciente y (6) ausencia de coerción, persuasión injusta y presión.

Para asumir el consentimiento informado el paciente debe reunir las siguientes condiciones: (1) Disponer de una información suficiente, (2) Comprender la información adecuadamente, (3) Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores, (4) Ser competente para

tomar la decisión en cuestión. Todo esto debe tender en el seno de una auténtica comunicación con el enfermo. El Consentimiento Informado solo se logra como parte de un proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y valores del paciente. Es “ un derecho a la petición y al rechazo informado de tratamientos” (17)

El consentimiento informado en la práctica. Las interacciones de los médicos y los pacientes se conceptualiza de dos maneras. La toma de decisiones se puede ver como un evento aislado que ocurre en un punto en el tiempo: un modelo puntual (event model) o como un elemento continuo en la relación entre pacientes y sus profesionales de la salud-modelo progresivo “process model” (18).

Las implicaciones de estas maneras diferentes de conceptualizar las decisiones acerca del tratamiento son bastante profundas, ya que están enraizadas en visiones diferentes acerca de la relación entre médicos y pacientes. El modelo puntual pone énfasis en la provisión de información completa y precisa al paciente en el momento de toma de decisiones. Se puede decir que el documento de consentimiento informado es el símbolo central del modelo puntual. Una vez que la información ha sido ofrecida, los pacientes eligen alternativas integra de tratamiento. En esencia, este modelo estimula la educación a los pacientes en una ocasión, con poca oportunidad para la reflexión e integración de la información en el esquema subyacente de valores del paciente. Estas consideraciones generales llevan a sugerir un modelo de toma de decisiones médicas así como necesidades pedagógicas del paciente. Este acercamiento se puede encontrar en el modelo progresivo de toma de decisiones y consentimiento. En contraste con el modelo puntual, el progresivo esta basado en la suposición de que la toma de decisiones médicas es un proceso continuo, y que el intercambio de información tiene que ocurrir a través del curso de la relación médico-paciente. El intercambio de información se refiere a un proceso en dos direcciones. Para facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones, los médicos necesitan revelar información a los pacientes sobre los diferentes acercamientos diagnósticos y terapéuticos, tanto recomendados como alternativos.

Así como hay ventajas, existen también desventajas. Los médicos no están acostumbrados a discutir sus pensamientos e información con los pacientes, excepto cuando se necesita tomar una decisión del tipo del modelo puntual. Un readiestramiento sustancial puede requerirse antes de que muchos médicos puedan funcionar cómodamente en el modelo progresivo. De igual forma, los pacientes que están acostumbrados a funcionar

pasivamente en la relación tendrán que ser reeducados acerca de su nuevo rol (18).

Aproximaciones para mejorar la comprensión del consentimiento informado. Basado en la revisión de varios estudios sobre consentimiento informado, los investigadores Silva y Sorrel han sugerido varias aproximaciones que pueden aumentar la comprensión de los pacientes: (1) El documento de consentimiento debe escribirse en un estilo claro, corto y directo, (2) La cantidad de información debe ser la adecuada, (3) Se les debe dar suficiente tiempo a los sujetos para procesar información acerca del consentimiento informado (podría ser un día o más). (4) Se les debe proveer una asistencia especial a los individuos con un nivel educativo o lingüístico más bajo que ayude a comprender mejor la información y (5) Una ayuda adicional para comprender la información se les debe proveer a los individuos que se están ajustando a situaciones violentas (18).

La clave para una comunicación efectiva parece ser invitar a una participación activa a los pacientes en un contexto de intercambio de información. Normalmente, el profesional que busca consentimiento tiene una ventana muy estrecha desde la cual ver los valores y las necesidades de información de los demás. Los profesionales harían bien en terminar con su preocupación tradicional con la revelación de información y en su lugar hacer preguntas, extraer las preocupaciones e intereses del paciente para que haga preguntas, en fin, ganarse la confianza del paciente (15).

Desde el punto de vista ético, el consentimiento informado es un proceso compartido de toma de decisiones que está basado en el respeto mutuo y la participación, y no es un mero ritual que es obligatorio. La toma de decisiones compartidas basadas en el respeto mutuo es en última instancia la responsabilidad del profesional de la salud en su carácter individual y no de los sistemas. (19).

El proceso de comunicación como parte del consentimiento informado y la bioética. Justificación para incorporar elementos de comunicación. Un informe altamente respetado en los EEUU identificó de forma clara y precisa los siguientes puntos relevantes relacionados a la comunicación: (1) Aunque el consentimiento informado está sustanciado en las leyes, es esencialmente un imperativo ético; (2) Un consentimiento éticamente válido es un proceso de toma de decisiones compartida basado en el respeto mutuo y la participación, no es un ritual; (3) El consentimiento informado es importante para las personas en todas las culturas. Se debe requerir para todos los profesionales de la salud en todas sus relaciones con todos sus pacientes. No debe ser un lujo destinado a algunos individuos bien informados o educados; (4) Los profesionales de la salud no deben de

esconder información desagradable simplemente porque es desagradable. Muchos informes sobre el consentimiento informado dan cuenta que la gente no desea que se le retengan las malas noticias; (5) La toma de decisiones basada en el respeto mutuo es en última instancia la responsabilidad individual de los profesionales de la salud y no de los sistemas que fragmentan la responsabilidad; (6) Los pacientes deben tener acceso a la información que los ayude a entender sus condiciones y que les permitan tomar decisiones sobre sus tratamientos; (7) Se deben explorar técnicas que permitan al paciente expresa en forma oral o escrita o ambas, su comprensión de los tratamientos, (8) Los educadores deben preparar a los médicos y a las enfermeras para llevar a cabo su obligación de practicar el consentimiento informado; (9) Los miembros de la familia se deben incluirlos en el consentimiento informado cuando el paciente elige incluirlos en el proceso o cuando necesitan representar los intereses del paciente que son incapaces de comunicar sus propias necesidades; (10) Mientras la toma de decisiones entre el consumidor y el profesional de la salud es el ideal, los grupos organizados para dichos procesos, como los comités de ética, deben utilizarse cada vez que sea apropiado. Ellos pueden expresar un "continuum" de puntos de vista en cuestiones morales; y (11) Se deben poner límites a la gama de decisiones aceptables que los abogados o representantes pueden tomar más allá de los límites que se establezcan cuando la persona toma sus propias decisiones (19).

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

Modelos del campo de la salud que incorporan la comunicación. Aunque el Modelo Progresivo del Consentimiento Informado tiene como objetivo principal promover una mayor participación del paciente, en la

práctica es difícil alcanzarlo. De la misma forma que este Modelo pretende lograr ese objetivo, así también existen varios modelos del campo de la salud que enfatizan dicha participación como: (1) Modelo Terapéutico (1951), (2) Modelo de Creencias de Salud (1974) y (3) Modelo de Interacción de King (1981). Estos tres modelos introducen una mayor atención a la comunicación humana. (Ver figuras 2, 3 y 4).

Existe también el Modelo de Comunicación de Salud

Figura 2. Modelo Terapéutico

<u>Condiciones Necesarias</u>	<u>Resultados del Paciente</u>
<u>Comunicación</u> <u>Enfermera - Paciente</u>	
Empatía	Se siente comprendido
Congruencia	Se ajusta mas efectivamente
Respeto	

(1992) que considera una visión de sistema de comunicación más amplia. Enfatiza la forma en que una serie de factores pueden impactar las interacciones en los escenarios de salud. Los componentes principales del proceso de comunicación de salud son: 1 relaciones, 2 transacciones y 3 contextos. Las relaciones son las que se establecen de forma interpersonal, ya sea con otros profesionales de la salud o con el paciente. A ésta se

Figura 3. Modelo Sobre Creencias de Salud

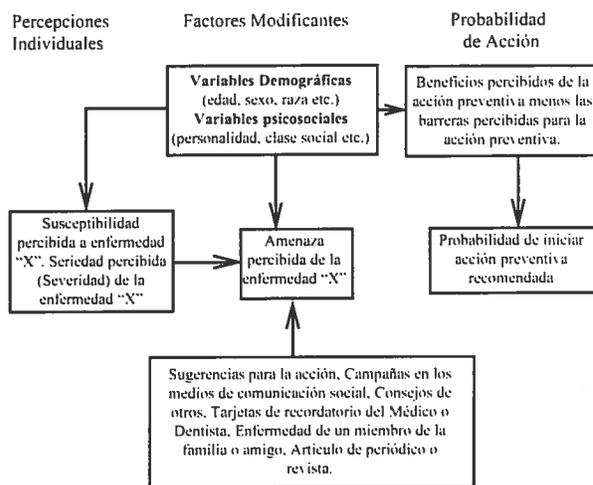
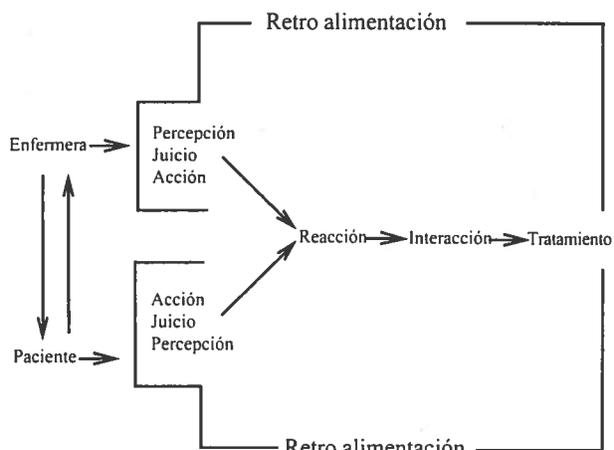
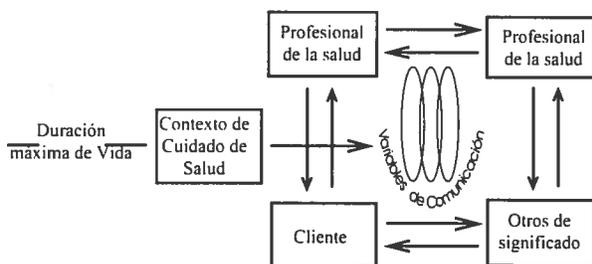


Figura 4. El Modelo de Interacción de King



aportan características únicas, creencias y valores y percepciones. Las transacciones se refieren a cualquier interacción entre individuos acerca de información relacionada con la salud. Incluye tanto el comportamiento verbal como el no verbal, así como una dimensión tanto de contenido como relacional. Los contextos son los escenarios en los cuales la comunicación de salud toma lugar, y las propiedades sistémicas de estos escenarios. Se ha encontrado que la empatía es la variable de comunicación que más puede aportar a mejorar las transacciones. Incluye componentes afectivos, cognitivos y comunicativos. Puede contribuir a transacciones benéficas. Además, fomenta la autonomía del paciente mediante un comportamiento del profesional que: (1) reconozca la capacidad del paciente de manejar información médica, (2) ayude al paciente en su evaluación y jerarquización de sus respuestas alternativas, diagnósticas y terapéuticas para su condición e (3) instrumente las preferencias del paciente basada en

Figura 5. Modelo de Comunicación de Salud

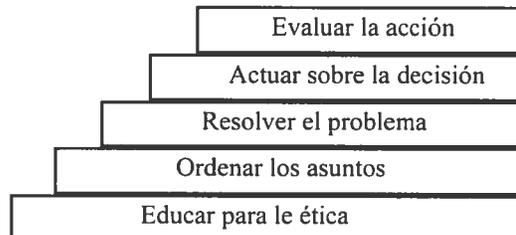


valores. También la empatía incide de forma significativa en las cualidades de afectividad y comprensión de la ética del cuidado. En términos generales, la comunicación efectiva se dará principalmente por la exhibición de conductas empáticas del profesional de la salud.

Un plan para incorporar la comunicación en salud en la práctica de bioética clínica. Al primer paso del plan se le ha llamado: educar para la ética. Esto presupone que para la toma de decisiones morales, es necesario al menos una comprensión elemental de la bioética. En esta etapa se le debe dar énfasis a las relaciones de cuidado, que se enfoque en una comunicación efectiva como elemento crucial para expresar éstas. En esencia, el escenario para educar sobre la toma efectiva de decisiones consiste en: 1 el logro de un trasfondo ético, 2 desarrollar una atmósfera en que se puedan tomar decisiones efectivas, 3 identificar a los que toman las decisiones y 4 desarrollar una conciencia acerca de los factores culturales, tales como preferencias y prejuicios que puedan tomar la toma de decisiones (19). (Ver figura 6).

En el segundo paso del plan se propone ordenar, separar

Figura 6. Método ESSA para la toma de decisiones Éticas



y categorizar los asuntos en posible conflicto. En esta etapa es muy importante saber escuchar, que es una destreza capital en la comunicación, ya que es la que permite percibir la información, su valor, entre otros. En la separación y ordenamiento de los asuntos, también se consideran los conocimientos de las leyes y la psicología. Es importante también la virtuosidad que implica ser veraz, honesto y justo.

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

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

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

La comunicación de salud como eje principal del plan. En un sistema de salud que muchas veces se caracteriza por su impersonalidad e insensibilidad en la "ética del cuidado", se hace inminente introducir elementos de las ciencias de la comunicación en salud. Aunque concretamente se han hecho pocos intentos para alcanzar los objetivos de comunicación efectiva en la relación profesional de la salud- paciente, algunos autores proponen que las destrezas claves en materia de comunicación deben ser: (1) escuchar de forma reflexiva, (2) responder de forma afirmativa y (3) individualizar la información. Con estas destrezas se puede crear un clima de apoyo y empatía (20).

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

Agradecimiento

Agradecimiento especial al Centro de Humanidades Médicas del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y Federación Puertorriqueña de Bioética

Bibliografía

1. Kreps G, Thornton B. Health Communication. New York, University of Nevada, Longman Inc., 1984.
2. Northouse P, Northouse L. Health Communication Strategies for Health Professionals. (2nd ed.) Connecticut, Appleton & Lange, 1992.
3. Ratzan S. (Ed). Health communication challenges for the 21st century. Behav Scientist 1994;38:197-380.
4. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J 1995; 152 : 1423-1433.
5. Sharpe N. Informed consent and Huntington disease: A model for communication. Am J Med Genet 1994;50:239-240.
6. Guttman N. Values and justifications in health communication interventions: an analytic framework. J Health Commun 1996; 1:365-368.
7. Rogers E. The field of health communication today. Behav Scientist 1994; 38: 208-214.
8. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid, Eudema, 1989.
9. Schmitz A, Yoho A, (Eds). Health communication in Europe, Health Communication Today Boston, Division of Communication Studies, Spring 1996.
10. Hope T, Fulford K. The Oxford Practice Skills Project: teaching ethics, law and communication skills to clinical medical students. J Med Ethics 1994; 20: 229-234.
11. Ovaska S. Considering Ethics. Health Communication Today, Boston, Division of Communication, Spring 1996.
12. Berlo D. El Proceso de la Comunicación: Introducción a la Teoría y Práctica (9na. ed.), Argentina, Talleres Gráficos, 1978
13. Gracia D. Fundamentos de Decisión de Ética Clínica. Madrid, Eudema, 1991.
14. Carse A. Particularismo calificado y virtud asociativa: énfasis de una tendencia reciente en bioética. Rev Med Chil 1995; 123: 241-249.
15. Faden R, Beauchamp T. A History of Informed Consent. New York, Oxford Press, 1986.
16. Simon P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Medifam 1995; 5:264-271.
17. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1996; 2:77-92.
18. Applebaum P, Lidz C, Meisel A. Informed consent: Legal Theory and Clinical Practice. New York, Oxford University Press, 1987.
19. Kreps G, Thornton B. Health Communication: Theory and Practice. (2nd Ed.) Illinois, Waveland Press, Inc. 1992.
20. Ruben D, Guttman B. (Ed.). Caregiver-patient communication readings. Iowa, Kendall/Hunt Publishing Company, 1993.