

La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial

Communication in health from the ethical, educational, managerial and assistance perspectives

Dr.C. José Arturo de Dios Lorente ¹ y Lic. María Elena Jiménez Arias ²

Resumen

Las habilidades comunicativas en la relación médico(a)/paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios. En el artículo se describen los 3 aspectos ligados indisolublemente a la comunicación: comunicativo, interactivo y perceptivo, así como las 3 funciones fundamentales de esta: informativa, afectivo-valorativa y reguladora. Igualmente se comentan, entre otros aspectos de interés, los relacionados con las barreras comunicativas, la comunicación satisfactoria y efectiva entre pacientes – familiares y personal de la salud, así como también durante la práctica asistencial y docente.

Descriptores: COMUNICACIÓN; COMUNICACIÓN EN SALUD; BARRERAS DE COMUNICACIÓN; RELACIONES MÉDICO-PACIENTE/ética; ÉTICA MÉDICA; RELACIONES INTERPROFESIONALES/ética

Límites: HUMANO

Abstract

The communication skills in the relationship doctor/patient influence in the achievement of better results in the physical, mental, functional and subjective health of both parts, in the satisfaction level of patients and relatives, in the implementation of the therapeutic plan, in the clinical efficiency and in the decrease of the number of complementary tests. Three qualities indissolubly linked to the communication are described in the work : communicative, interactive and perceptive qualities , as well as the 3 fundamental functions of communication: informative, affective-evaluative and regulator functions. Other aspects of interest are equally commented, those related to the communicative barriers, the satisfactory and effective communication between patient - relatives and health staff, as well as during the assistance and educational practice.

Subject heading: COMMUNICATION; HEALTH COMMUNICATION; COMMUNICATION BARRIERS; PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS/ethics; ETHICS, MEDICAL; INTERPROFESSIONAL RELATIONS/ethics

Limits: HUMAN

El ser humano se define por su condición de sociabilidad; y ello hace que pueda intercambiar de una parte sus ideas y sentimientos y de otra sus obras y destrezas. A estos procesos se deben sus mejores y mayores logros. "Al comunicarse con pensamientos y emociones las personas viven y se expresan, y cuando el objeto de comunicación son sus creaciones y experiencias, tanto los individuos como los grupos progresan y se enriquecen culturalmente." ¹

La comunicación deviene un requisito indispensable para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes en su progreso social. Casales² plantea que al ser uno de los aspectos medulares de cualquier tipo de actividad humana, así como condición para el desarrollo de la individualidad, la comunicación refleja la necesidad objetiva de asociación y cooperación mutuas entre las personas; razón por la cual su estudio como proceso ha suscitado el interés de muchos investigadores: Andreeva (1984), Watzlawick (1987), Lomov (1989) y Vigotsky (1987); y más recientemente de figuras como Silvestein (1994), González Rey (1995), Morales y Cortés (1995); Paoli (1997), Calviño (1998), Borrel (2000) y Piedra (2002).¹⁻⁶

Durante el proceso de comunicación, los sujetos involucrados se influyen mutuamente, es decir, interactúan sus subjetividades a través de los procesos de externalización e internalización. Unido a esto, se produce una redefinición y configuración de la subjetividad, donde la realidad llega a través del otro.

Existen 3 elementos¹ ligados indisolublemente a la comunicación:

- *Aspecto comunicativo*: Intercambio de información, ideas y criterios entre los participantes en la comunicación.
- *Aspecto interactivo*: Intercambio de ayuda y concurso en la comunicación, relacionados con acciones de planificación de la actividad.
- *Aspecto perceptivo*: Proceso de percepción de los comunicadores, es decir, cómo se perciben ambos en el proceso de comunicación, de lo cual dependerá la comprensión y efectividad en el intercambio comunicativo.

A su vez, estos 3 aspectos se identifican con 3 funciones fundamentales de la comunicación:

- *Función informativa*: Comprende el proceso de transmisión y recepción de la información, pero viéndolo como un proceso de interrelación. A través de ella, el individuo se apropia de experiencia sociohistórica de la humanidad.
- *Función afectivo-valorativa*: Muy importante en el marco de la estabilidad emocional de los sujetos y su realización personal. A través de esta función, el hombre se forma una imagen de sí y de los demás.
- *Función reguladora*: Por su intermedio se logra la retroalimentación que tiene lugar en todo el proceso comunicativo y sirve para que cada participante conozca el efecto que ocasiona su mensaje y para que pueda evaluarse a sí mismo.

Debido a que el proceso de comunicación es el que permite que las personas se relacionen, así como también que se vinculen a través de las diferentes actividades y esferas que engloban la vida cotidiana, se impone prestarle especial atención a cómo desarrollar habilidades que potencien esta capacidad humana.

¿Cuáles son las condiciones^{1,7} que facilitan la efectividad para una correcta comunicación?

1. *Clima psicológico favorable*: de seguridad, confianza, positividad y empatía, entre otros factores.
2. *Capacidad y habilidades de escucha*, adecuadamente desarrolladas, en los participantes del proceso comunicativo.

El *saber escuchar* es una habilidad que reporta sustanciales recompensas: aumento en la producción y la comprensión, renovada capacidad de trabajo e incremento de la eficacia, así como reducción de la pérdida de tiempo y materiales. Al tomar mayor conciencia sobre el proceso de escuchar, el individuo se vuelve más confiable y logra entablar buenas relaciones, al tiempo que aprende a reconocer el verdadero propósito que subyace en los mensajes de los demás.

3. La *asertividad*: Cuando se habla de aprender a ser asertivos, significa promover el desarrollo de las habilidades que permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en las comunicaciones, además de seguras, defensoras del autorrespeto y diestras para hacer sentir valiosos a los demás. Hay un elemento aquí que no puede faltar: siempre debe procurarse encontrar una solución: "Ganar - Ganar", o sea, dirigir el acto comunicativo en un sentido que beneficie a los participantes en él.

Cuando una persona se dirige a otra a través del lenguaje en busca de un entendimiento mutuo y una comunicación efectiva, se presupone recíprocamente que lo que cada una dice:

1. Responde a la realidad; es verdadera.
2. Lo que dicen se ajusta a determinadas normas sociales y está justificado.
3. Al hablar lo hacen con sinceridad y veracidad; no pretenden engañar.
4. Lo que dicen es comprensible, inteligible para ambos.

Barreras comunicativas

Varios autores ¹ coinciden en clasificar las barreras en 2 grandes grupos o niveles:

1. Desde el punto de vista sociológico tienen su base en causas sociales objetivas, por la pertenencia de los participantes a distintos grupos sociales, lo que origina concepciones filosóficas, ideológicas, religiosas y culturales distintas, que provocan la falta de una concepción única de la situación de comunicación.
2. Psicológicamente surgen como consecuencia de las particularidades psicológicas de los que se comunican (carácter, temperamento, intereses, dominio de las habilidades comunicativas) o a causa de las particularidades psicológicas que se han formado entre los miembros (hostilidad, desconfianza, rivalidad), que pueden haber surgido no solo por la combinación de las características personalógicas de cada uno, sino también por factores circunstanciales que los han ubicado en posiciones contradictorias o rivalizantes según la situación en que se encuentran (guerras, lucha de contrarios por un objeto o sujeto, donde la que la ganancia de uno signifique la pérdida del otro).

Otros investigadores ⁸⁻¹⁰ las dividen en: materiales, cognoscitivas y sociopsicológicas.

- Las materiales se dan cuando la comunicación es global, masiva o va dirigida al menos a un número considerable de personas; ocurren ante la carencia objetiva de recursos o bienes de comunicación y son definitorias en la transmisión de los mensajes (medios masivos de comunicación: televisión, radio, prensa; micrófonos, altoparlantes); pero estas barreras son fácilmente detectables y, por tanto, su eliminación no constituye un problema insoluble.
- Las cognoscitivas son más complejas y se refieren al nivel de conocimientos que tiene el que escucha sobre lo que se pretende comunicar.
- Finalmente, las sociopsicológicas son las más difíciles de vencer y están determinadas por el esquema referencial del sujeto; algunas ideas no resultan válidas o se oponen directa o indirectamente a lo que tiene aceptado el que recibe la información, por lo que bloquean cualquier nivel comunicativo.

Rogers ¹¹ plantea que la mayor barrera que se opone a la intercomunicación es la tendencia natural a juzgar, evaluar, aprobar (o desaprobado) los juicios de otras personas. La clasificación más ampliamente difundida es la que establece:

- A. Barreras físicas: Inferencias de la comunicación que se presentan en el ambiente donde dicha comunicación tiene lugar. Una típica barrera física es la distracción por un tipo de ruido que obstruye significativamente la voz del mensaje; otros pueden ser las que median entre las personas (distancias, paredes, objetos que dificulten el contacto visual).
- B. Barreras semánticas: Surgen de las limitaciones en los símbolos con los que se establece generalmente la comunicación. Dichos símbolos tienen como variedad escoger entre muchos, pero en ocasiones se elige el significado equivocado y se produce la mala comunicación.
- C. Barreras personales: Son inferencias de la comunicación que surgen de las emociones humanas, los valores y los malos hábitos de escucha. Se presentan comúnmente en las situaciones de trabajo. Todas las personas han experimentado cómo los sentimientos personales pueden limitar la comunicación con otras; estas situaciones ocurren tanto en el trabajo tanto como en la vida privada.

Comunicación en salud desde la perspectiva ética

Desde sus orígenes, la comunicación permitió al hombre no solo relacionarse con sus congéneres, sino que a través de las diferentes épocas, ha sufrido las transformaciones necesarias (históricas, culturales, políticas, económicas, estéticas, filosóficas y de otra índole) hasta convertirse en lo distintivo de la especie humana (en relación con los otros seres vivos que comparten o habitan el planeta Tierra). Su esencia y carácter han devenido el “traje” necesario del hombre para generalizar su existencia, transformarla, enriquecerla, desarrollarla, proyectarla a los límites inimaginables del conocimiento, de la práctica y el perfeccionamiento del desarrollo científico-técnico.

Como proceso universal se manifiesta en todas y cada una de las facetas del ser humano; se establece de igual modo como una necesidad insoslayable de la vida humana y se erige desde: los valores, leyes y regulaciones donde actúa el hombre.¹²

En la práctica médica resulta imprescindible su papel, no solo como fuente inagotable de “información”; modulación de conducta, personalidades, valores, de trabajo individual y colectivo; de enseñanza, asesoramiento, preservación de derechos o exigencia de deberes (debes, deberías...), explicación de fenómenos abstractos, discusión de lo desconocido y explicación de lo conocido, proyección de esperanzas, formulación de hipótesis, consuelo, corrección de problemas, preservación de normas y leyes, sino también para la obtención y expresión de nuevos éxitos en la curación de personas, de lo psicológico, de la interrelación indispensable con otras especialidades médicas.¹³

La comunicación acerca y une a las personas como un todo en las diferentes formas de enseñanza (conferencias, seminarios, clases prácticas, pases de visitas médicos, discusiones colectivas y entre servicios, piezas en fresco y otras); las lleva a la concreción del actuar y pensar, de lo que se supone se practique; anima a discutir problemas objetivos y subjetivos existentes en el Sistema Nacional de Salud, la docencia y la vida social, económica y política de la nación.

Sus disímiles modos de expresión (verbal y extraverbal), al menos en salud, conducen a riesgos necesarios, susceptibles de ser observados y bien desarrollados para no generar conflictos de relación (médico-paciente-familia), de incalculables daños para estos.

¿Qué comunicar en salud? ¿Qué comunicar en las diferentes modalidades de atención médica? ¿En qué contexto se desarrolla la comunicación? ¿Comunicar a quién? ¿Para qué? ¿Necesidad de la comunicación? ¿Cómo comunicar? Son algunas de las interrogantes que estudiosos someten a la investigación sistemática, dada la variedad de conflictos cotidianos aún no resueltos por el personal de salud; la proyección y el análisis sobre estas situaciones problemáticas se mezclan con lo filosófico, lo ético, lo estético, lo legal, lo metodológico, lo pedagógico y lo biológico, entre otras disciplinas; pero lo cierto es que se integra el proceso de comunicación como un todo. El matiz de la discordancia radica en la exaltación u omisión de una de estas tendencias, cuando se excluye, omite u obvia lo ético, se priva a los emisores o receptores que intervienen en el proceso de comunicación, no solo de sus derechos, de lo normativo o de la ayuda, sino de sus valores, creencias y concepciones sobre la salud y la enfermedad: “El desamparo del “derecho” del paciente o familiar es el olvido u omisión de la buena práctica ética en la interrelación con el médico, pues al mismo tiempo generamos conflictos excesivamente perjudiciales al nivel y Sistema de Salud, tal vez nunca más rectificables o reparables”.

De ahí que respetar el derecho del paciente constituye una herramienta fundamental para regular las relaciones entre él y su médico; una formación ética adecuada en el proceso de comunicación.

Se impone tomar decisiones correctas para comunicar adecuadamente. “Razonar con buen juicio” es expresar o contemplar satisfactoriamente los valores de la relación médico – paciente, las virtudes, las normas morales y los preceptos jurídicos.

Es preciso recordar que todo paciente tiene el derecho de elegir a su médico y paramédico por su nivel técnico, comunicativo, afectivo y otros atributos; no le corresponde al profesional de la salud propiciar conflictos éticos a través de la comunicación inadecuada, mal regulada, desmotivada o irrespetuosa.

Comunicación satisfactoria y efectiva entre pacientes – familiares y personal de la salud ¹⁴

El vínculo de la atención en salud con las prácticas comunicativas es tan antigua como el surgimiento de las ciencias médicas en sí mismas.

Hipócrates (460 a.n.e.. aproximadamente) enseñaba a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y comunicarse largamente con los pacientes. El juramento hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos compromisos médicos.

Por el contrario, en el Juramento de Iniciación de Caraka (India, siglo I a.n.e..) se acentúa como primera virtud la obediencia del discípulo y el paciente, y se prohíbe la comunicación del médico con los inculpados o marginados por la sociedad.

En el Juramento de Asaph (siglo VI, literatura médica hebraica) se pone de manifiesto una depurada ética de la relación médico-paciente, donde se conjugan las virtudes del humanismo con la fe y la esperanza religiosas.

La plegaria de Maimónides (médico judío en el año 1135 d.n.e) subraya el *ethos* hipocrático de la filantropía y la necesidad de comunicación interhumana en la práctica médica. Proclama que un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso.

Los juramentos de las escuelas médicas de Salerno, París y Montpellier durante la Edad Media recogen, unido a la probidad, honestidad y respeto, los elementos que deben caracterizar la comunicación entre médico y paciente.

En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica y, especialmente, en el ejercicio de la comunicación entre el médico y el paciente, se refrenda en todos los juramentos, los cuales continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente que se abordó de modo sistemático y formal. Dado su carácter de relación médico-paciente, incluye las particularidades del contexto social donde se desarrolle, lo cual no puede soslayarse en modo alguno al emprenderse su estudio.¹⁴

Uno de los aspectos más investigados actualmente ¹⁵ en cualquier organización sanitaria se refiere a la **satisfacción** de consumidores (externos e internos); y cuando se trata de la **comunicación** adquiere extrema importancia hasta llegar incluso a constituirse en un indicador de calidad del servicio prestado, es decir, un estándar o medidor de la calidad del servicio de salud brindado. En ello influyen, entre otros aspectos, cuestiones objetivas y subjetivas, características de la fuente y el destinatario, contexto donde se desarrolla la comunicación, el contenido y los medios para hacerla efectiva, así como la habilidad de transmisión y recepción del mensaje,

Entre los elementos que más afectan la comunicación entre pacientes, familiares y trabajadores de la salud se encuentran:

1. No dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente.
2. No fomentar el respeto y la confianza mutuos.
3. No escuchar.
4. No reconocer al paciente y sus familiares como la fuente más importante de información.
5. No diseñar adecuadamente el mensaje y propiciar su mala transmisión.
6. No utilizar signos que se refieren a la experiencia común de la fuente (trabajador de la salud) y el destinatario (paciente – familia), sino términos incomprensibles.
7. No identificar las necesidades de pacientes – familiares ni proporcionarles vías para resolver sus problemas o exigencias mediatas o inmediatas; deficiencias lingüísticas y culturales que llevan al paciente a no exponer sus dudas.
8. No comprensión y respeto de valores de pacientes – familiares por los trabajadores de salud y viceversa. Falta de empatía, olvido y temor.
9. No búsqueda de mecanismos o alternativas de solución o corrección de problemas importantes para pacientes – familiares.
10. No humanidad. /burocratización en el ejercicio profesional.
11. Iatrogenia. No informar adecuadamente.
12. No contemplar el momento psicológico.

13. No emitir mensajes asequibles y ajustados a la personalidad del destinatario.
14. No soporte técnico y de aseguramiento logístico integral multilateral, que satisfaga las demandas y necesidades de los consumidores del servicio prestado.
15. No cumplir reglamentos y normas internas hospitalarios.

Entre los elementos que dependen del trabajador de la salud y afectan la comunicación, figuran:

1. No ejecutar.
2. No dedicar el tiempo necesario.
3. No fomentar el respeto y la confianza mutuos.
4. No reconocer al paciente y su familia como la fuente más importante de información.
5. No diseñar adecuadamente el mensaje y propiciar su mala transmisión.
6. No utilizar signos que se refieren a la experiencia común del trabajador de la salud (fuente) y el paciente – familia (destinatario).
7. Emplear términos incomprensibles para el paciente.
8. No identificar las necesidades y prioridades de pacientes y familiares ni proporcionarles vías para resolverlas.
9. Caracterizarse por la falta de gestión y utilización de mecanismos o alternativas existentes para solucionar las necesidades de los consumidores.
10. Favorecer la burocratización del ejercicio profesional.
11. Carecer de humanidad.
12. No contemplar el momento psicológico.
13. No brindar información o mensajes asequibles y ajustados a la personalidad del destinatario.
14. No observar y ejecutar correctamente indicaciones, normas y reglamentos existentes.
15. No contar con el adecuado soporte técnico y de aseguramiento logístico integral multilateral, que permita satisfacer las necesidades y expectativas de pacientes y familiares.

¿Realmente es tan importante lograr una comunicación adecuada con los pacientes y sus familiares? Hoy día, todas las organizaciones internacionales y nacionales de salud del mundo destacan la necesidad de continuar desarrollando este importante y necesario aspecto de la relación médico-paciente, pues de ello no solo deriva el mayor porcentaje de las insatisfacciones y quejas que se analizan diariamente en las instituciones sanitarias, sino algo aún más trascendente: gran parte del éxito en el diagnóstico parece depender de la correcta práctica de esta importante herramienta médica. Al respecto, Selman Housein¹⁵ enfatiza en la necesidad del rescate de una adecuada relación médico-paciente desde la perspectiva de la comunicación y la excelencia en la atención médica, además de señalar que esta es imprescindible para que se produzca la comunicación en 2 direcciones: del paciente al médico y del médico al paciente y así se obtienen los datos necesarios para diagnosticar correctamente el proceso; pero si no existe una comunicación adecuada, ocurrirán disímiles irregularidades, el paciente no se sentirá atendido, perderá la confianza en el facultativo y, por tanto, no colaborará lo suficiente en la atención al afectado y el tratamiento de su enfermedad.

Se especifican también algunos elementos a tener en cuenta para una debida comunicación:

1. Medio ambiente donde se desarrolla esta actividad.
2. Porte y aspecto del personal que brinda la información y desarrolla la relación médico-paciente.
3. Cortesía y gentileza.
4. Seguridad.
5. Explicación.

A lo cual agregarían los autores de este trabajo:

1. Objetividad al valorar el problema del paciente.
2. Delimitación del marco polémico y utilización adecuada del método clínico.
3. Valoración psicológica correcta del paciente, sus familiares y compañeros o vecinos, así como de la relación médico-paciente propiamente dicha.
4. Utilización del tiempo necesario para la comunicación.
5. Empatía.
6. Lenguaje acorde con el nivel mostrado por el paciente.

Comunicación entre trabajadores de la salud. ¿Nuevo enfoque? ¿Otras aristas?

Una modalidad peculiar de la comunicación, con un alto significado e impacto en la asistencia médica enfocada hacia pacientes y familiares, lo constituye el proceso comunicativo entre trabajadores de cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud, matizado por la diversidad, los nexos e interrelaciones que se establecen entre estos, en función del cumplimiento óptimo de la tarea asignada.

Entre los elementos que regulan esta comunicación, sobresalen:

1. Defensa psicológica continua
2. Nivel técnico y profesional
3. Cultura general integral
4. Actividades laborales según perfiles de especialización
5. Autoridad y poder de decisión
6. Habilidades comunicativas
7. Nivel de relaciones interpersonales satisfactorio
8. Personalidad y afectividad
9. Tópicos de debate
10. Condiciones laborales
11. Éxitos y fracasos
12. Reconocimiento oportuno
13. Índice de informática-computación

Y ahora en detalladamente:

1. Defensa psicológica continua: Al igual que en la relación médico-paciente, entre los trabajadores se establecen barreras de orden psicológico, pues cuando uno de nuevo ingreso se incorpora a un colectivo de trabajo, la comunicación inicial (etapa de reconocimiento) y adaptación a las actuales condiciones laborales y equipo de trabajadores del departamento), se ve regulada por estas inquietudes: ¿Qué piensan de mí? ¿Cómo me valoran?, ¿Estoy demostrando mi competencia técnica y profesional? ¿Estoy a la altura del colectivo? ¿Mis habilidades y actividades prácticas se corresponden con mi nivel teórico? Y tantas otras interrogantes que modulan u organizan inicialmente la comunicación entre los trabajadores de un departamento o servicio y, lógicamente, se adopta una postura similar para con el paciente. Ya pasada esta fase, los mecanismos de defensa psicológica disminuyen, pero en la "fase de apertura" de la comunicación todavía persiste la barrera comunicativa entre trabajadores; sin embargo, al conciliar la causa que los origina, existe mayor dominio del entorno, de la competencia y desempeño de los trabajadores, pero este incremento de información y percepción de las cualidades de otros del colectivo se convierte en un mecanismo regulador de la comunicación de los menos experimentados y con menos tiempo de servicio con respecto a los de mayor experiencia, en la forma siguiente (fase de comunicación efectiva y provechosa): Los trabajadores han adecuado valores, creencias, costumbres, hábitos, habilidades, desempeños, competencias, capacidades, afectividad, aspiraciones y otras virtudes y condiciones en conjunto, con lo cual la defensa psicológica se reduce y solo se percibe en actividades muy técnicas, de máxima destreza o relacionadas con cuestiones íntimas.

Es importante señalar que para el trabajador más experimentado y con mayor tiempo de servicio en el departamento, la conducta en cuanto a la comunicación con el trabajador de nuevo ingreso es totalmente inversa, o sea, durante la fase denominada **Inicio**, busca la comunicación con varios objetivos para:

- a) Para interrelacionarse.
- b) Informarse.
- c) Estudiar buscar aceptación.
- d) Demostrar cortesía.
- e) Imponer su jerarquía física y profesional.
- f) Preservar su lugar y autoridad en el colectivo.

Por lo que siempre será mayor, más fluida y más delimitadora, si bien durante la fase de **comunicación efectiva y provechosa** disminuye la comunicación precisamente porque dominan los aspectos necesarios para mantener la actividad comunicativa; por último, durante la fase final (**comunicación sistemática y cotidiana**) se establece un patrón comunicativo necesario y estable, dirigido a la conquista de los principales logros del departamento, al esclarecimiento de asuntos específicos.

2. Nivel técnico y profesional

Entre trabajadores, los más capacitados técnica y profesionalmente llevan la “voz cantante”, se constituyen en líderes de la comunicación en su colectivo, generalmente por encima de todos (incluye a sus jefes), porque precisamente esta cualidad atrae e inspira a todos. En salud, tal vez este aspecto sea el que defina desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo el proceso de la comunicación; su expresión se objetiva en pases de visita, discusiones de grupos, actividades docentes centrales, piezas en fresco clinicopatológicas, reuniones administrativas y asambleas generales, donde los más calificados y con mayor dominio técnico exponen sus experiencias, ayudan a esclarecer problemas cotidianos, influyen en el colectivo y delimitan la comunicación, la enriquecen, ayudan a que mantenga un buen ritmo, la encausan, la cuidan, la fortalecen y proyectan patrones, muchas veces seguidos por los más jóvenes, a quienes estimulan y forman.

Por tanto, la comunicación efectiva en salud requiere trabajadores con altas competencias profesionales, buenos desempeños, magníficas habilidades en sus especialidades, conocedores de los procesos que se desarrollan en sus servicios, de los protocolos de diagnóstico, terapéuticos o de otra índole, en fin, de la excelencia profesional.

3. La cultura general integral es inherente al buen profesional, independientemente de la rama de la ciencia en la cual se desarrolle.

En medicina, donde la heterogeneidad de perfiles, caracteres, personalidades, providencias y formas de manifestación de las enfermedades constituye un reto para el profesional que las enfrenta, debe constituir una premisa de invaluable importancia el dotarse de los conocimientos más generales y específicos, necesarios para poder establecer una comunicación adecuada con los pacientes, familiares y los propios trabajadores que participan en el proceso de salud. Precisamente por los principios que rigen la práctica social de la medicina cubana; por su carácter humanista, solidario, desinteresado, abarcador y gratuito, se impone tener dominio de la informática y las comunicaciones, la computación, la historia universal y los deportes, entre otros. Todos estos conocimientos fortalecen la comunicación entre el binomio médico - paciente, coadyuvan a la mejor comprensión de los problemas para resolver en el orden médico, mejoran la buena práctica clínica, posibilitan contar con profesionales de la salud más preparados.

4. Perfiles de cargo: Influyen en la armonía de la comunicación entre trabajadores de la salud, expresan el desarrollo de la comunicación por sectores más específicos y organizados, por lo cual mejoran técnicamente el lenguaje verbal, lo hacen más sólido y efectivo.

Cuando un grupo de intensivistas se reúne, la comunicación en este caso alcanza niveles técnicos no disponibles o poco descifrables para otros trabajadores de la salud o de una misma institución; pero lo mismo ocurre con colectivos como electromédicos, cirujanos, clínicos, patólogos, imagenólogos, personal de enfermería. ¿Qué hacer? ¿Cómo equilibrar? ¿Cómo borrar esas diferencias? ¿Cómo propiciar la comunicación entre estos grupos según sus perfiles de especialización, pues cuando se trate de médicos, por ejemplo, solo a través de preparación, entrenamiento, capacitación y superación se podrá mejorar la comunicación. En la práctica ello se comprueba cuando los clínicos reciben instrucciones precisas sobre aspectos quirúrgicos, dado que entonces podrán garantizar mejores condiciones para entablar una comunicación más efectiva con los cirujanos. No caben dudas de que los perfiles de especialización regulan decisivamente la comunicación específica en salud, no la general, pues cuando se atiende integralmente a un paciente en equipo, se adoptan las mejores decisiones para su beneficio.

5. Autoridad y poder de decisión

La autoridad y el poder de decidir han constituido desde tiempos remotos un importante elemento regulador de la comunicación en las diferentes facetas de la vida social del hombre. Ejemplos de dictadores como Hitler, Mussolini y otros no dejan dudas sobre lo perjudicial que

resultan para el proceso comunicativo entre seres humanos: la imposición, la ruptura y la mala ejecución de la autoridad (**yo** informo, **yo** comunico, **yo** digo, **yo** solo hablo, **yo** solo sé que decir...); por otra parte y en contraposición, han existido y existen verdaderos líderes del buen ejercicio de comunicación social, encabezados en Cuba por José Martí, que han defendido lo armónico, provechoso, intercambiable y transformador del proceso de comunicación compartido.

En salud, cuando los funcionarios con poder y autoridad para dirigir los principales procesos de policlínicos - hospitales, centros de educación médica superior y otros, respetan las normas de comunicación efectiva, los resultados laborales, políticos y económicos se ven favorecidos y, por ende, perduran, se desarrollan y crecen. ¿Qué fortalecer? Valores como:

- a. Ejemplo personal
- b. Entrega y consagración total
- c. Nivel técnico y profesional
- d. Habilidades prácticas
- e. Lealtad y honestidad
- f. Justeza
- g. Respeto y sinceridad
- h. Buena práctica ética y moral

Valores que constituyen elementos de evaluación continua por subordinados o trabajadores y ejercen un impacto directo sobre lo que se ha comunicado, se comunica o se podrá comunicar. La fortaleza de la información a comunicar por el jefe o persona con mayor autoridad en un colectivo de salud se incrementa, disminuye o carece de todo sentido si no se tienen en cuenta o contienen aparejados estos valores; es como lanzar una flecha al blanco de agua, como hacer un barquito de papel y pretender que navegue por todo el océano. El poder y la autoridad en quienes los poseen, son atributos y no privilegios para la práctica de la buena comunicación.

En los colectivos donde todo se hace con el poder y a través del ejercido por algunos jefes o dirigentes, no funciona la premisa de que la comunicación es la base de las relaciones entre personas y que en el proceso de comunicación, la manera de producir mensajes y difundirlos dependerá de la calidad y el clima de las relaciones de trabajo en la organización, por lo que el jefe o dirigente de un proceso, servicio, departamento o vicedirección hospitalaria debe conocer el valor de la comunicación como un proceso dinámico y vital en el desempeño de administrar servicios de salud. El funcionario, por tanto, deberá seleccionar las informaciones que transmitirá o difundirá, así como las vías mediante las cuales lo hará (canales) para determinar (tomar decisiones) en función de los objetivos, misiones o propósitos que se hayan propuesto alcanzar.

Comunicación y dirección

Los dirigentes más exitosos del mundo plantean como una necesidad insoslayable para triunfar en el "buen comunicar" en el más amplio significado de la frase, no solo establecer adecuadas formas de interrelación con otros compañeros de trabajo, proveedores, familiares, homólogos y demás, sino profundizar en los complejos elementos que integran el proceso de la comunicación, sus objetivos, esencia y propósitos afines para este radio de acción.

Cuando se trata de organizaciones que gestionan conocimiento, la comunicación deviene el arma más importante para proyectar objetivos estratégicos, no solo en quienes tienen la responsabilidad de garantizar ese proceso, sino en aquellos sobre los cuales impactará objetivamente por ser comunicadores de este.¹⁶

Para el caso de las instituciones que prestan servicios (presupuestadas o no), las funciones de la comunicación se concatenan como un todo y permiten la obtención de "mejores" resultados para el beneficio del sistema.

Cuando se trata de instituciones sanitarias, el marco de acción, aun con sus innegables especificidades según nivel de atención médica (atención primaria, secundaria y terciaria), ofrece un denominador común en el contexto de su ejecución, matizado por el creciente interés de los

demandantes de estos servicios y quienes aseguran y ejecutan esta actividad (pacientes y trabajadores de la salud, respectivamente)

De ahí que al dirigir las diferentes organizaciones y estructuras de los niveles de atención que integran el Sistema Nacional de Salud cubano, se exige que haya una comunicación eficiente, completa, reguladora, oportuna, inocua, constante, necesaria, confiable, ausente de duplicidad, enajenada de subjetivismo y actualizada, que permita obtener los resultados propuestos.

¿Por qué entonces subsisten insuficiencias comunicativas en dirección por parte de dirigentes? La respuesta, aunque simple en ocasiones, por lo general tiene raíces mucho más profundas, a saber:

1. Captación de funcionarios no idóneos.
2. Políticas erradas de dirección en comunicación.
3. Dirigentes que no desarrollan habilidades y entrenamientos o tampoco se planifican superación en este sentido.
4. Resistencia al uso de la comunicación como instrumento de dirección estratégica.
5. Imposición de personalidad del funcionario y desestimación de la comunicación.
6. Desinterés.
7. Abuso del poder.
8. Logro de metas personales y desvinculación con el resto del colectivo.
9. Interpretación errónea.
10. Designación de dirigentes por otras cualidades, sin tener en cuenta este aspecto.
11. Creencia de que la comunicación es lo secundario.
12. No control o jerarquización del sistema de comunicación.
13. No compartimentación.
14. No control de indicadores de la calidad de la comunicación.
15. No implantación del sistema de comunicación en la organización.
16. No trabajo en equipo.
17. No análisis informados sobre incumplimientos e insuficiencias comunicativas que se producen en el proceso (evidencia).
18. No tratamiento correcto de los procesos. La complejidad en el análisis de las barreras entre comunicación efectiva y eficaz y la Dirección reside (a juicio de estos autores) en que los dirigentes no propician la implantación de un sistema de comunicación que se concatene con todos los procesos y estructuras organizativas del centro, donde el punto crítico se establece entre los consumidores y funcionarios a través de toda la cadena de actividades que este proceso incluye, de forma que se constituye en una verdadera amenaza para el sistema organizacional cuando al producirse la dificultad no se analiza, evalúa, o controla para su erradicación o corrección por parte de los responsables de los procesos.

La comunicación durante la práctica asistencial y docente

Un aspecto poco abordado en los diferentes eventos de carácter científico, docente, asistencial y metodológico, en la práctica cotidiana médica, se relaciona con el proceso de la comunicación en general y sus peculiaridades, teniendo en cuenta el impacto y la trascendencia que este tiene, no solo para el paciente y sus familiares o acompañantes, sino también para los involucrados en él (médicos, enfermeras, estudiantes, técnicos, auxiliares, entre otros).

Analizar este fenómeno desde la óptica de la comunicación implica delimitar las aristas que complejizan la correcta interrelación que debe existir para que la salida o producto final garantice no solo un nivel adecuado de calidad en la prestación de la asistencia, sino que además se logren niveles cada vez mayores de satisfacción en el binomio que componen la relación médico paciente, respetando elementos vitales de la cadena de actividades que tienen que ocurrir para que se lleve esta actividad a feliz término. Consideramos, por tanto, que en primer lugar uno de los aspectos más vulnerables y difíciles de controlar se relaciona con **el carácter heterogéneo y muy disperso en que se produce la comunicación durante la asistencia o la docencia en salas**, precisamente por la diversidad y número de personal que participan en ese momento, los cuales influyen de manera directa o indirecta y generan conflictos, ruidos, dudas, inseguridad y desconfianza en los pacientes, los que los vuelve más selectivos, más atentos, más vigilantes, más

temerosos, más gestores de la información que se relaciona con su enfermedad y más verificadores de los que se le dice o informa, lo que perjudica o entorpece este proceso. ¿Cuáles son los errores que con mayor frecuencia se cometen?

1. Pobre jerarquización de la comunicación: **pirámide de la comunicación**: antes, durante y después del pase de visita médico.
2. Pobre preparación y asesoramiento del comunicador: generalmente comunica quien esta menos capacitado, entrenado o calificado, de ahí:
3. Poca importancia al comunicar.
4. Poco tiempo para la comunicación y excesivo para las tareas asistenciales: sobrecarga al personal menos calificado y otorgamiento además de la función de comunicar inadecuadamente. Una regla de oro de la comunicación asistencial constituye: **comunica quien tiene mayor información, conocimientos suficientes, experiencia probada, dominio del tema y situación en cuestión y tiempo asaz.**
5. Fuentes comunicativas no autorizadas: frecuentemente personal no autorizado y sin la autoridad, preparación, perfil ni tareas típicas a desarrollar brindan este servicio propiciando una verdadera calamidad como producto final.
6. Gestión de información de manera inadecuada, según lo que se establece en el método clínico: interrogatorio a estudiantes en presencia de pacientes y familiares de manera superficial y respuestas iatrogénicas.
7. Poca uniformidad al comunicar: varios miembros del equipo de trabajo brindan información diferente.
8. Omisión de la comunicación: se concilia determinada información en un tiempo determinado y no se da **“olvido comunicativo”**, fatal para el personal, la institución y el proceso.
9. Pobre empatía: no confundir con excesos.

En medicina nos enseñan constantemente a ser unicistas, a ver todo el proceso de la asistencia de los pacientes como un todo, pero poco o casi nada de cómo comunicar en las diferentes situaciones que cotidianamente se presentan en la práctica asistencial, se da por sentado que el conocimiento es la base suficiente para que alcancemos tal propósito, pero cuán alejados estamos de la realidad. Se requiere de:

- Correcta aplicación del método clínico
- Estudio del método para la ejecución progresiva del proceso comunicativo con sus soportes filosóficos, estéticos, éticos, psicológicos, biológicos, pedagógicos, entre otros
- Enfoque de procesos
- Conjugación de la teoría con la práctica
- Respeto a la experiencia documentada basada en la evidencia

Las habilidades fundamentales que se deben formar en un médico, como son las de diagnosticar, tratar y prevenir, están muy relacionadas con su calidad en la comunicación que establece.¹⁷ Las habilidades comunicativas en la relación médico-paciente, influyen en mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de complementarios. Las Universidades Médicas llevan a cabo iniciativas y en nuestro país constituye un objetivo, en el perfil de salida de los egresados, contar con una adecuada formación para que dicha relación sea eficiente; sin embargo, se ha comprobado que la calidad de la relación no es adecuada y existe poca formación en estos aspectos. La necesidad de contar con una estrategia docente, dirigida a este fin, exige definir un sistema de habilidades que oriente a los profesores en su práctica docente- educativa, para la instrumentación curricular del sistema de acciones, dirigidas a la formación de las habilidades necesarias y más importantes para establecer una relación médico- paciente, que cumpla con las tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva, condición para establecer una relación de calidad en los servicios médicos que se prestan a la población.

Alonso et al¹⁸ definieron las habilidades fundamentales que el médico debe desarrollar para que se cumplan dichas funciones, así como las dimensiones y subdimensiones que conforman cada habilidad, lo cual facilitó la delimitación del sistema de acciones que cada profesor, en su

práctica docente y a través del sistema didáctico de la asignatura, debe desarrollar en cada sesión por semanas del semestre (**cuadros 1, 2 y 3**).

Cuadro 1. *Habilidades necesarias para cumplir la función informativa de la común en la relación médico- paciente.*

Habilidades (variables)	Dimensiones	Subdimensiones
Trasmitir información adecuada.	Lenguaje Calidad del mensaje	Claro, sencillo, específico, coherente, velocidad Volumen, organización, esclarecer, tono adecuado, intensidad, énfasis
Obtener información adecuadamente.	Preguntar adecuadamente, retroalimentar, utilizar los silencios.	
Saber escuchar.	Posición adecuada, nivel de atención	Posición corporal Escucha atenta Motricidad del cuerpo, sistemas paralingüístico y extralingüístico, organización espacial y temporal, señales físicas y químicas, conducta táctil.
Saber observar.	Información extraverbal	
Parfrasear Reflejar	Repetir Reproducir	

Cuadro 2. *Habilidades necesarias para cumplir la función regulativa de la comunicación en la relación médico-paciente.*

Habilidades (variables)	Dimensiones	Subdimensiones
Saber orientar. Saber estimular.	Guiar al paciente. Animar.	Conducta a seguir Conversar sobre su problema de salud. Seguir sus orientaciones. Asumir una posición activa para su restablecimiento.
Saber controlar.	Comprobar el cumplimiento de orientaciones médicas. Revisar el nivel de satisfacción del paciente.	Sobre la evolución Sobre el tratamiento Con la evolución y tratamiento Con la atención médica recibida

Cuadro 3. *Habilidades necesarias para cumplir la función afectiva de la comunicación en la relación médico-paciente.*

Habilidades (variables)	Dimensiones	Subdimensiones
Desarrollar una relación empática.	Ser comprensivo. Ser seguro. No prejuiciar. Ser tolerante. Ser atento. Mostrar interés por los problemas del paciente. Ser afectuoso. Respetar el pudor y la dignidad del paciente.	Personales, familiares y sociales Privacidad Pide permiso. Satisfacer necesidades de información.

La delimitación de cada habilidad es un criterio didáctico para poder trabajar cada una en el contexto de la educación en el trabajo, pero de ninguna forma pueden verse aisladas y desvinculadas en el proceso de desarrollo ni en la estrategia docente.

Referencias bibliográficas

1. Águila Ribalta Y. Comunicación en la vida cotidiana. <<http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/comunicacion.shtml>>[consulta: 13 septiembre 2008].
2. Casales JC. (1989). Psicología social. Contribución a su estudio. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1989.
3. Andreiva GM. Psicología social. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984.
4. Lomov BF. El problema de la comunicación en psicología. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1989.
5. Vigotsky LS. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987.
6. González Rey F. Comunicación, personalidad y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1995.

7. Muchielli A. Psicología de la comunicación. Barcelona: Paidós, 1998.
8. Leontiev A. Actividad, conciencia, personalidad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1982.
9. Chibás F. Creatividad + dinámica de grupos = Eureka. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1992.
10. Galperin PY. Introducción a la psicología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1982.
11. Llacuna Morera J. Comunicación interpersonal: efecto Palo Alto (2000). <http://www.mtas.es/insht/ntp_312.htm>[consulta: 21 octubre 2008].
12. Noriega P. (2004). Elementos para una caracterización formal de los diálogos (2004). Universidad Autónoma de Barcelona.<<http://www.lania.mx/~pablo/articles/afd02.pdf>> [consulta: 21 octubre 2008].
13. Pérez R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989.
14. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Recopilación de artículos. La Habana: Imprenta de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, 1998.
15. Selman Housein AE. Excelencia en la atención médica La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2002.
16. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000.
17. Ojalvo V. Comunicación educativa. Universidad de La Habana, CEPES, 1994: 2-7.
18. Alonso González M. Habilidades comunicativas para establecer una adecuada relación médico-paciente. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas, 2005.

Dr.C. José Arturo de Dios Lorente. Avenida Caribe No 25, reparto Ciudadamar, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: arturode@medired.scu.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar
Facultad de Medicina No .2, Santiago de Cuba, Cuba**

² **Licenciada en Filología, especializada en Lingüística Hispánica. Instructora
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba**

Recibido: 12 de octubre del 2008

Aprobado: 4 de noviembre del 2008

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Dios Lorente JA de, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm>[consulta: fecha de acceso].