Introducción
Una Comunicación saludable. Una Medicina comunicativa

La Medicina y la Comunicación se necesitan. Más que nunca. A todos los niveles.

La comunicación constituye una herramienta imprescindible para el trabajo diario del profesional sanitario, tanto en la relación con los usuarios, como en la relación con sus compañeros y jefes. La comunicación hace más saludables las relaciones e interacciones personales, y la relación médico-usuario constituye un tipo de interacción personal muy especial.

Imaginemos un hospital repleto de *doctores House*. Médicos malhumorados, cínicos, egocéntricos que, aunque resuelven sus casos acertadamente, ni escuchan ni dialogan con sus pacientes. Por supuesto, tampoco con sus colegas. La convivencia sería insoportable. Toleramos su comportamiento como espectadores, pero es probable que no lo hiciéramos como pacientes. La excelencia en el ámbito científico-médico no basta. No somos sólo una determinada dolencia o una parte de nuestro cuerpo. Nos damos cuenta de cómo nos tratan e, inevitablemente, juzgamos en consecuencia.

Los usuarios esperan, en primer lugar que les escuchen. Que escuchen su percepción de lo que les pasa. En segundo lugar, que les expliquen, en la medida de sus posibilidades y en un lenguaje medianamente accesible, pero que les informen de qué es lo que les pasa. Y en tercer lugar, que dialoguen con ellos para poner un remedio eficaz dentro del abanico de posibilidades que esté a su alcance. Por supuesto, en todo este proceso el saber científico del profesional sanitario es imprescindible.

La evolución del concepto de *salud* del siglo XIX al XX ilustra muy bien este cambio de concepción y de rol en la figura del paciente. La definición más clásica, imperante hasta finales del siglo XIX, entendía la salud como la ausencia de enfermedad, formulando el concepto en

negativo y atendiendo exclusivamente a la perspectiva fisiológica o biológica de la persona.

No obstante, a mediados del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pasó a definir dicho concepto como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, con lo que se buscaba integrar las dimensiones física, psicológica y social de la persona.

El concepto de salud como ausencia de enfermedad constituye la idea central de lo que se conoce como *modelo biomédico*, que postula como ideas básicas que todo problema de salud tiene un origen biológico y que cuerpo y mente funcionan de manera independiente (León Rubio *et al.*, 2004:16)

Ese reduccionismo biológico constituye una de sus premisas de partida, que implica como consecuencia que el diagnóstico y el tratamiento orientado a los aspectos físicos de la persona son las únicas acciones posibles desde los sistemas de salud.

Por oposición a éste, aparecerá el *modelo biopsicosocial*, en el que, como su propio nombre indica, se considera que en la salud confluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El *modelo biopsicosocial* u *holístico* apuesta por contemplar todas las perspectivas de la enfermedad y no sólo la biológica, también los aspectos psicológicos y sociales. Implica superar la visión del paciente como un portador de patologías que hay que erradicar. En el marco de este modelo de práctica médica —y de formación de los futuros facultativos y profesionales sanitarios— la relación entre el médico y el usuario vuelve a su lugar original, como eje central del ejercicio de la medicina.

En la actualidad, además, el paciente tiene a su disposición más fuentes de información que nunca. Internet es, sin lugar a dudas, una herramienta accesible a cualquiera que quiera documentarse o curiosear acerca de síntomas, enfermedades y tratamientos. La parte positiva de la *revolución tecnológica* es que la información se democratiza, llegando a todos aquellos que dispongan de conexión a la Red. La negativa, es que no es fiable todo lo que se encuentra y que la sobreabundancia de información puede ser tan perniciosa como la desinformación misma. En cualquier caso, el paciente pregunta e intenta dialogar con el médico, quien debe participar en el proceso también como educador en salud. De nuevo, la comunicación como herramienta para explicar conceptos y aclararles cuestiones a los pacientes.

A lo largo de todo este proceso, el paciente se ha ido transformando en usuario, de manera que reivindica su capacidad de decisión sobre

 © *by* Comunicación Social Ediciones y Publicaciones

su propio cuerpo y se postula su implicación en la toma de decisiones como elemento necesario para un tratamiento más adecuado a sus demandas y necesidades. La comunicación ha de ser la herramienta imprescindible para lograrlo.

A nivel institucional, los centros asistenciales y los hospitales públicos y privados necesitan comunicarse con sus clientes potenciales y/o efectivos, además de con sus públicos internos, los empleados. Comunicación de puertas adentro y hacia fuera.

La Comunicación en los centros e instituciones asistenciales resulta fundamental para la convivencia y el trabajo eficiente, teniendo en cuenta la diversidad de perfiles profesionales con los que cuentan y las múltiples líneas de mando y múltiples metas que coexisten en función de los grupos profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares, personal de administración, etc.). La Comunicación y el trabajo en equipo son dos conceptos indisolublemente ligados.

Por otra parte, la comunicación hacia afuera y las relaciones con los medios informativos son un elemento clave para labrarse una imagen y una reputación positiva en el exterior. Para dar a conocer las innovaciones tecnológicas incorporadas, la llegada de prestigiosos profesionales a nuestros equipos, el éxito de los tratamientos aplicados… La salud, hoy en día, también es noticia. Y a nivel institucional, se intenta que la noticia sea positiva. A esto se añade que los medios cumplen un importante papel como divulgadores de información especializada en salud. Las instituciones sanitarias están muy interesadas en que determinados mensajes de salud pública (en cuanto a alimentación, al uso de métodos anticonceptivos, a la donación de órganos o de sangre…) calen en la sociedad y para ello necesitan «colocar» dichos mensajes en los medios de difusión masiva.

Por todas estas razones queda patente que ya no es factible una medicina alejada de la sociedad, amurallada en los hospitales y en los centros asistenciales. La comunicación contribuye a mejorar las relaciones interpersonales y colectivas. Se necesita una Comunicación Saludable y una Medicina Comunicativa, es decir, una comunicación que contribuya a mejorar la salud de los ciudadanos y una medicina que tenga interés por comunicar. Dos caras de una misma moneda, inseparables y necesarias.

El saber científico y el saber humano no discurren por caminos paralelos, se complementan en el día a día de los profesionales, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias.

I.

El hospital que se comunica es un hospital feliz

En todo el mundo la palabra «hospital» sugería pestilencia y locura;
muy poca gente hubiera ido a ellos de forma voluntaria (...)
Hoy en día, casi todas las personas
que tienen una enfermedad grave quieren ir al hospital.
Robert Morris (1930)

1.1. El hospital feliz

El concepto de «hospital feliz» puede resultar utópico a ojos del lector. No en vano, en el pasado, la palabra hospital ha sido sinónima de enfermedad y de muerte. Históricamente, el hospital fue lugar de acogida de pobres y leprosos y, en general, la idea que se tenía de los hospitales durante buena parte de la Edad Media era que desempeñaban un papel fundamental en el cuidado de los pobres, los ancianos, los locos...

Su evolución ha permitido que se conviertan en la actualidad en los máximos exponentes de la investigación y el tratamiento médico, además de lugar de formación de los futuros profesionales de la medicina y la enfermería. Sin embargo, como institución, el hospital no ha logrado acercarse a los ciudadanos o, al menos, no lo suficiente. Las informaciones negativas sobre listas de espera; sobre denuncias por mala praxis, sobre agresiones a profesionales sanitarios, etc., han perjudicado la imagen que proyecta el hospital hacia la sociedad. Por lo tanto, los hospitales afrontan un primer desafío en la mejora de su imagen externa, en el incremento de la confianza de los usuarios efectivos y potenciales en sus servicios, en la mejora de las relaciones entre sus profesionales y sus clientes.

El hospital ha sido y continúa siendo una institución necesaria en nuestra sociedad. Pero si en épocas pasadas, su imagen era cuestionada por la escasez de recursos, en la actualidad lo que se pone en solfa es la deshumanización del trato que se les otorga a los pacientes:

> «ya no se critica que los hospitales sean las puertas de la muerte, sino que sean lugares sin alma, anónimos, con recursos mal utilizados y que se hayan convertido en una fábrica médica poco eficiente, donde se practica la medicina que la medicina exige, no la que necesitan los pacientes» (Porter, 2003: 231).

Humanizar implica relación, contacto, consideración del usuario como persona, no como problema fisiológico o como enfermedad. Humanizar requiere escuchar, dialogar, comunicar(se). La deshumanización que experimenta la medicina está condicionada por diversos factores, entre ellos, las difícilmente evitables limitaciones del propio sistema sanitario. «Tanto el médico como el paciente son víctimas de un proceso general que escapa a ambos. El médico está preso de una red organizativa cada vez más administrada que deja cada vez menos espacio a la comunicación interpersonal bien informada» (Donati, 1994: 59).

Sin embargo, incorporar con acierto la función de comunicación a la institución hospitalaria puede favorecer que el hospital sea mejor comprendido por sus usuarios efectivos, mejor valorado por sus usuarios potenciales.

Su segundo reto está íntimamente ligado al anterior. El hospital debe procurar adaptarse a los cambios que suceden a su alrededor, lo que logrará en mayor medida si incorpora con profesionalidad y transversalidad la función de comunicación. Esta última le permitirá estar atento a los cambios que tengan lugar en su entorno, detectar actuales y futuras necesidades y planificar la estrategia dirigida a conseguir esos objetivos. La organización que está atenta a lo que sucede a su alrededor y sabe incorporar cambios y adaptarse, no sólo asegurará su subsistencia, sino que mejorará sus resultados.

Si bien es cierto que el hospital público, a diferencia del privado, no necesita garantizarse un flujo de públicos que continuamente acudan y demanden sus servicios, pues lo tiene y sobradamente, como institución pública que es, debería buscar que los ciudadanos estuviesen orgullosos de su esfuerzo y su trabajo por la mejora de la salud colectiva, así como el orgullo de pertenencia de sus colaboradores.

Tal y como entendemos la comunicación desde el acercamiento que realizaremos en los próximos capítulos, ésta es la llave que permitirá abrir las puertas a una mejora de las relaciones internas e interno-externas. El hospital que amablemente sonríe en sus salas de espera, en sus pasillos, en sus controles de enfermería o en sus habitaciones, será mejor valorado por quienes recorran sus instalaciones.

 © *by* Comunicación Social Ediciones y Publicaciones

El hospital ha sido, es y probablemente continuará siendo necesario. El hospital feliz es una meta por la que trabajar y hacia la que dirigirse superando los obstáculos.

1.2. La comunicación como elemento del servicio hospitalario

Cada organización —cada empresa y cada institución— presenta una serie de particularidades vinculadas al sector en el que trabaja, al tipo de actividad que desarrolla, al tipo de profesionales que necesita, a la variedad y tipología de públicos (internos y externos) a los que se dirige, a las peculiaridades organizativas, etc., y todas estas circunstancias inciden en la política comunicativa que lleva a cabo.

El hospital se dedica a la prestación de un servicio prioritario que consiste en la correcta atención sanitaria (preventiva, curativa y rehabilitadora) a un grupo de población que así lo requiere. En la prestación de dicho servicio se necesitan cierto tipo de productos: una radiografía, unos análisis, una receta... que son instrumentos intermediarios necesarios para la prestación del servicio, pero no constituyen el servicio en sí mismo.

Los servicios presentan una serie de características que tienen sus repercusiones en la gestión de la entidad prestataria y que es necesario conocer (Ribera *et al.,* 2006):

1. *Intangibilidad*: El cliente juzga el servicio no sólo por la adquisición o transferencia de un bien material, sino por las características del propio proceso de prestación del servicio que no suponen ninguna transferencia física tangible (ej. Trato acogedor). Las implicaciones de la naturaleza intangible del servicio no son secundarias, pues:
   - Se reduce la capacidad del cliente para evaluar la calidad de lo que se consume. El cliente se basa en criterios más subjetivos para su juicio y pone más peso en la experiencia vivida a lo largo del proceso.
   - Como el cliente juzga el servicio de manera más subjetiva, el prestador del servicio se encuentra con mayores dificultades a la hora de medir la verdadera calidad del servicio que ofrece y percibir la satisfacción de los clientes. Por eso, entender las expectativas y las percepciones del cliente resulta muy importante a la hora de evaluar la calidad.
   - Las recomendaciones y los juicios de terceras personas son muy importantes y, por lo tanto, los pacientes anteriores y el personal

sanitario (médicos, enfermeras) desempeñan un papel importante como posibles prescriptores del servicio.
- Ante el desconocimiento del proceso médico, no resulta raro que el paciente ponga un gran peso en su experiencia personal durante el proceso de servicio y no sólo en el resultado final.

2. *Interacción*. El cliente es el producto transformado, lo que implica que la prestación del servicio es heterogénea, ya que debe amoldarse a las necesidades individuales de cada paciente. La interacción directa facilita la personalización del servicio a las necesidades variables de cada cliente. Deben crearse no obstante ciertos estándares y perfiles de servicio para garantizar la consistencia y calidad percibida. La interacción directa entre cliente y empleado hace que la satisfacción del cliente esté directamente ligada con la imagen y trabajo del empleado. No todas las actividades propias del servicio deben realizarse en presencia del cliente. Hay que decidir una línea de visibilidad adecuada, es decir, qué serie de fases del proceso deben ser visibles al cliente y cuáles no.
3. *Inmediatez*: Simultaneidad de la producción y del consumo en tiempo y espacio, lo que implica:
   - Los controles de calidad no pueden realizarse *a priori*.
   - La percepción de todos los aspectos del proceso por parte del cliente es crucial. En especial, la duración de los tiempos, ya que las esperas e ineficiencias en el servicio se hacen perfectamente evidentes al cliente, que es quien las padece.

En resumen, las consecuencias más importantes derivadas de la naturaleza de los servicios son las recogidas en la Tabla 1.

El servicio que presta el hospital es un servicio diferente al que proporcionan otras empresas o instituciones; primeramente, porque la necesidad que lo origina, la de rehabilitación o vigilancia del estado de salud de la población, es una necesidad «especial».

Es una necesidad básica, de la que no se puede prescindir o aplazar, si la persona está enferma y esto le impide continuar su vida con normalidad. Es una necesidad garantizada por el Estado, al menos en España, por lo que se paga indirectamente a través de los impuestos (existe, no obstante, la posibilidad de acudir a un centro hospitalario privado). Es una necesidad universal, pues personas de todas las edades y de ambos géneros necesitarán dar respuesta a esta necesidad en algún momento de su vida.

En la clasificación de los servicios propuesta por Ruiz (1990), sería un *servicio puro de alto grado de contacto*. Los servicios puros serían aquellos

 © *by* Comunicación Social Ediciones y Publicaciones

Tabla 1. Características de los servicios e implicaciones para la gestión.

Naturaleza	Consecuencia
Intangibilidad	Capacidad de evaluación del cliente más subjetiva (experiencia, confianza). Control de la calidad más difícil. Evaluación de la satisfacción del cliente más difícil. Difícil patentar estándares de servicio.
Interacción cliente-proceso	Prestación homogénea (cultural, sexo, edad, aspectos personales). Necesidad de diseñar una interfaz más humana. Gran impacto de la satisfacción del empleado en la percepción del cliente. Grado de personalización elevado. Peligro de inconsistencia en la prestación. Posibilidad de autoservicio.
Simultaneidad	Ajuste demanda-oferta (capacidad, gestión de colas). Eliminación de la producción centralizada (escasas economías de escala). Gestión de crecimiento más difícil. Control de calidad a posteriori. Importancia de las esperas e ineficiencias del proceso.

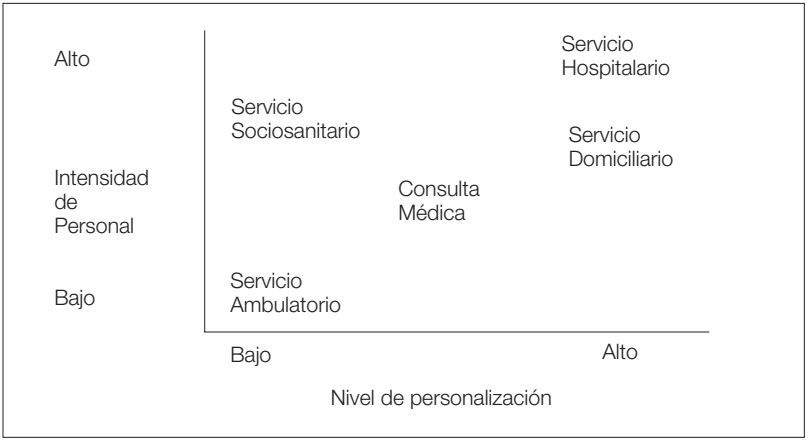
Fuente: Ribera *et al.,* 2006.

en los que el servicio es la entidad primaria que se vende u ofrece. Los servicios de alto grado de contacto implican la constante presencia del cliente en el proceso de prestación del servicio. Los *servicios de alto grado de contacto* presentan cuatro características generales (Ruiz, 1990):

- Están más sujetos a incertidumbre en las operaciones de rutina, desde el momento en que el usuario puede intervenir o algo puede producir una irrupción en cualquier momento.
- Es muy raro que en los servicios de alto grado de contacto se disponga de una capacidad adecuada para dar respuesta a la demanda cuando se presentan ciertos picos. En general, se calcula su aparición por experiencia o análisis estadístico dentro de un grado de probabilidad que no es exacto (Ej. Pensemos en el «calendario» de hospitales y centros de salud que hace que la gripe sature las urgencias en una determinada época del año).
- Se requiere de una dotación de personal con características destacadas en el área de relaciones humanas o públicas.
- Los servicios de alto grado de contacto están más a merced del factor tiempo que los de bajo contacto.

El servicio sanitario es prestado por centros de salud, ambulatorios, puntos de atención continuada, consultas médicas, clínicas personales y hospitales. En todas estas entidades trabajan profesionales cualificados y formados para atender las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

Figura 1. Nivel de intensidad y personalización en los servicios sanitarios.



Fuente: Ribera *et al.*, 2006. Elaboración propia.

En el caso del servicio prestado en contexto de hospitalización, el servicio sanitario se hace más complejo y se completa con servicios adicionales para los pacientes que requieren ser ingresados (ubicación, instalaciones, comidas, comodidad, etc.). Además está el que bautizamos como *servicio catalizador*, es decir, la comunicación entre el personal y los usuarios, ya que es un plus que se le proporciona al cliente y que revaloriza el servicio.

> «Ya sabemos que los cuidados hospitalarios son tan importantes como las curas hospitalarias, e incluso la atención y la información que reciben los familiares del paciente son tan importantes como el servicio, ya que llegan a formar parte de él. Esto supone que los individuos quieren que se los trate como tales, y no como objetos ni como sujetos de la burocracia administrativa» (Costa, 1995: 163).

De esta forma, en el servicio hospitalario global confluyen no sólo el servicio médico (la restauración/ comprobación del estado de salud

 © *by* Comunicación Social Ediciones y Publicaciones