

Hospitales públicos desde la mirada comunicacional

María Teresa Poccioni

tpoccioni@gmail.com

orcid.org/0000-0002-6941-9665

Facultad de Periodismo y Comunicación Social (FPyCS)

Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

Instituto de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Argentina

1. Introducción

En este trabajo me propongo presentar una experiencia realizada en el ámbito del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, la cual considero que brinda herramientas valiosas para pensar el aporte que, desde las ciencias sociales en general y desde los estudios de comunicación en particular, podemos hacer a la gestión en salud y a la mejora de la calidad de la atención. Al mismo tiempo, tomo este trabajo como base para reflexionar en torno a la comunicación en las instituciones sanitarias, teniendo en cuenta la complejidad de dichas organizaciones y la transversalidad de la dimensión comunicacional.

En el año 2006 fui convocada para pensar, planificar e implementar un programa destinado a que en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires se trabajara en pos de lograr un mejor trato hacia los ciudadanos, teniendo como punto de partida la hipótesis según la cual una gran parte de los obstáculos que existen en los hospitales para una buena atención tienen que ver con cuestiones vinculadas al acceso a la atención: la forma de obtención de los turnos, el trato recibido por parte de los administrativos y profesionales de la salud, la información necesaria para circular por el hospital, las indicaciones recibidas por parte de los médicos, entre otros aspectos que están vinculados con la dimensión comunicacional.

El programa, al que denominamos Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en los Hospitales Públicos de la provincia de Buenos Aires, tenía como objetivos principales, bastante ambiciosos, los siguientes:

- Mejorar la atención brindada a la comunidad en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, desde una perspectiva basada en las necesidades de los usuarios.

- Crear condiciones para que los trabajadores de la salud se apropien del modelo de atención basado en el usuario.

Para poder llevar a cabo dichos objetivos, se conformó un equipo interdisciplinario cuyo primer cometido fue la elaboración de un diagnóstico para establecer con mejores fundamentos las acciones a realizar en los hospitales. La discusión en torno a las estrategias metodológicas más adecuadas para un trabajo de estas características nos permitió avanzar en el tratamiento de cuestiones que hasta entonces eran escasamente abordadas o bien para las cuales el instrumento utilizado era únicamente el de encuestas cerradas, sin combinarlas con técnicas cualitativas que permiten un conocimiento más profundo y más amplio de los problemas a analizar.

La estrategia metodológica se centró en el uso alternativo y/o complementario de técnicas de observación y entrevista etnográfica, junto con estrategias participativas como talleres intersectoriales. El cometido principal era el relevamiento de opiniones acerca del proceso de atención y las relaciones interpersonales en el ámbito hospitalario, el registro de las diversas instancias del proceso de atención y del itinerario de los usuarios en el hospital. A su vez, en los talleres se utilizaron los resultados de dicho relevamiento para la devolución y discusión entre los propios trabajadores de los hospitales seleccionados para dicha actividad. Cabe aclarar que también se realizaron encuestas de tipo cerradas, las cuales permitieron tener una suerte de fotografía acerca de la percepción de la atención recibida en los hospitales por parte de los usuarios.

A partir de este trabajo, delimitamos un conjunto de factores que inciden tanto en la percepción de los usuarios acerca de la calidad de atención que reciben como en la percepción de las condiciones de trabajo y su incidencia en el proceso de atención desde la perspectiva de los trabajadores de salud. En base a ellos, realizamos un conjunto de recomendaciones y diseñamos algunas estrategias tendientes a la superación de las dificultades encontradas.

2. Algunas miradas teóricas

La investigación se nutrió en gran medida de los aportes de la antropología, la cual ha tenido y tiene una fuerte vinculación con el campo de la salud pública que puede remontarse a las décadas de 1940 y 1950, cuando se empieza a colaborar con distintos

programas de salud y desarrollo social para analizar el motivo por el cual el impacto de dichos programas era limitado o bien no se lograba cumplir con los objetivos propuestos.

Fue así que comenzó a identificarse la existencia en todas las sociedades de distintas formas de valorar la enfermedad y el hecho de estar enfermo, como así también el cruce entre dichas valoraciones y el modelo biomédico, cuya definición de estar sano ha estado vinculada a la idea de ausencia de enfermedad.

Existen distintos aportes muy valiosos en este sentido, como por ejemplo el de Benjamin Paul (1963), quien señala que uno de los obstáculos que impiden el logro de los objetivos de los programas de salud es la distancia cultural, así como la diferencia de estatus socio económico y político entre personal médico y la comunidad destinataria de las acciones de salud.

También la sociología ha hecho sus aportes para pensar las prácticas médicas y existen distintos antecedentes, en uno y otro campo, en los cuales los estudios se centran en la relación médico-paciente, así como también existen trabajos que proponen el análisis de las instituciones de salud, como por ejemplo los hospitales, como es el caso de Erving Goffman (1970) y su clásico estudio sobre la institución mental que sentó las bases para investigaciones en torno al papel de las rutinas institucionales en la configuración de determinadas patologías.

En general estos aportes han contribuido al estudio de las llamadas “instituciones totales”, es decir las que atienden a pacientes crónicos o que suponen una internación prolongada, siendo más escasos los estudios sobre instituciones de atención ambulatoria.

En el campo de la comunicación, la vinculación con los procesos de salud viene desarrollándose, quizás lentamente, pero con la firme convicción por parte de quienes motorizamos esa relación de la necesidad de contar con categorías teóricas y marcos metodológicos que permitan investigar y desarrollar intervenciones en el sector sanitario. Si bien existen valiosos trabajos en relación al análisis de las campañas de salud, al tratamiento periodístico de la información sanitaria, así como intervenciones en el campo de la salud comunitaria, considero que aún falta desarrollar una línea de investigación más potente en relación a los procesos comunicacionales que atraviesan a las organizaciones de salud.

Por otra parte, la comunicación institucional ha tenido su desarrollo y tiene sus exponentes, referencias obligadas para cualquier estudio que intente comprender la forma en que se producen, circulan y reproducen los procesos de comunicación al interior de las organizaciones, como por ejemplo Bártoli (1991), Costa (1995), Fernandez Collado (1997), Muriel y Rotta (1980).

Sin embargo, sostengo que las organizaciones sanitarias requieren de una atención especial, ya que el hecho de tener como objetivo principal de sus tareas nada más y nada menos que la salud de la población, y el tener que tomar decisiones que muchas veces tienen que ver con cuestiones de vida o muerte, las reviste de una complejidad diferente a la de otro tipo de organizaciones sociales.

Como plantea la investigadora Rosana Onocko Campos:

«El hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional. Los usuarios fueron reducidos a objeto hace bastante tiempo por la medicina, pero en ningún espacio de atención de la salud eso es tan fuerte y evidente como en la máquina hospitalaria [...] Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes. Pero también las de los pacientes» (Onocko Campos 2004).

3. Abordaje metodológico

Como toda institución, el hospital moderno es un conjunto de relaciones que atraviesan y/o confluyen en un mismo espacio; tiene una organización material -edificio, mobiliarios, instrumentos que le son propios- y también una organización normativa -leyes, reglamentos, disposiciones internas- (Kaminsky, 1994). Intentar comprenderlo en toda su complejidad requiere no sólo la necesidad de abordarlo desde las visiones clásicas de las teorías de las organizaciones y de la administración, sino que es fundamental recuperar los discursos y prácticas de los actores que allí interactúan.

Originalmente, nos habían solicitado que realizáramos un relevamiento a través de encuestas de satisfacción de usuarios en una muestra importante de hospitales provinciales, y el equipo consideró fundamental complementar dicho estudio con un trabajo cualitativo que enfocara en el conjunto de percepciones, valoraciones y experiencias de los propios “pacientes”, “usuarios”, ciudadanos al fin, en torno a la atención recibida. A su vez, considerando que era esencial comprender la perspectiva de los otros actores fundamentales de la atención, profesionales y no profesionales que trabajan en dichas instituciones, incluimos un estudio sobre clima laboral que incluyó encuestas a los trabajadores y trabajo en taller con discusión en torno a los resultados que fuimos recabando durante todo el estudio.

Al revisar la bibliografía existente pudimos advertir que la mayoría de relevamientos en torno a la calidad de atención percibida o a los denominados “estudios de satisfacción de

usuarios” se basaban en cuestionarios o escalas tipo Lickertt que contemplan en general seis dimensiones básicas: accesibilidad, información sobre proceso terapéutico, intervención del/los profesional/les, horarios de atención y tiempos de espera, instalaciones y servicios, y valoración global de la institución. El tipo de información obtenida mediante encuestas, por ser estandarizada y susceptible de ser procesada estadísticamente, ha sido privilegiada por considerarse más objetiva y exacta que la aportada por otras técnicas (Idoyaga Molina, 2000). Sin embargo, las preguntas cerradas con alternativas fijas requieren que el informante comprenda perfectamente la pregunta y sea capaz de clasificar su opinión en las categorías definidas previamente por el investigador. Esto suele ser difícil de resolver cuando se indaga en actitudes, juicios de valor y/o creencias.

Teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de las técnicas cualitativas y de las cuantitativas decidimos diseñar una estrategia de investigación que combinara ambas y permitiera complementar y contrastar la información resultante de cada una. Del amplio espectro de técnicas cualitativas, seleccionamos para este estudio las observaciones - sistemática y participante- y las entrevistas semiestructuradas.

La estrategia de observación se basó en el acompañamiento de usuarios durante las distintas instancias de su itinerario en el hospital hasta recibir atención. El objetivo de esta modalidad de observación es identificar, junto con la persona que asiste al hospital, los inconvenientes que encuentra durante este proceso, describir el trato que recibe en cada instancia del mismo, evaluar la adecuación de los recursos de información disponibles, de los espacios en los que es atendido, espera y/o transita, y finalmente, medir el tiempo transcurrido.

Asimismo, realizamos observaciones sistemáticas en las salas de espera de diferentes servicios hospitalarios, para describir las particularidades que adquiere la atención en cada una de ellas. Para el registro de la información observacional se utilizó una grilla diseñada por el equipo técnico.

Respecto de las entrevistas, entre los temas que nos propusimos explorar mediante esta técnica se incluyen:

- criterios que intervienen en la decisión de asistir a un hospital para solucionar su padecimiento,
- expectativas de los usuarios al momento de optar por esta alternativa,
- su trayectoria de utilización de servicios hospitalarios,

- opinión sobre la atención recibida ese día y en consultas previas en ese hospital y en otros centros de salud,
- obstáculos que reconoce para el acceso al hospital así como durante el proceso de atención en la institución hospitalaria.

Las entrevistas fueron realizadas a los usuarios durante su acompañamiento y una vez que abandonaron el hospital. Para la realización de las mismas se diseñó una guía de preguntas, no obstante ello, el estilo informal y no estructurado que adquieren este tipo de entrevistas favorece que se introduzcan temas no contemplados en principio por el entrevistador, a formular nuevas preguntas y así ampliar la información obtenida.

Es importante tener en cuenta que a través de la entrevista no es posible acceder a la conducta "real" de las personas, sino a la referencia verbal a conductas, a las maneras en que los actores sintetizan y organizan perspectivas y experiencias para responder a las preguntas del entrevistador. De este modo, lo que las personas dicen está mediatizado por una serie de factores que incluyen sus motivaciones personales, sus experiencias previas en un determinado hospital, sus ideas acerca del "deber ser", la forma en que nosotros mismos presentamos los objetivos de este estudio, el hecho de que no pertenezcamos al hospital, su situación socio-económica, sus prioridades en ese momento, entre otros. En este sentido, las perspectivas de los actores deben ser consideradas como "situadas" temporal, espacial y socioculturalmente. El objetivo no es establecer la verdad o falsedad de las mismas, sino conocer a través de ellas, alternativas posibles de comportamiento en un contexto dado y de formas posibles de representar la experiencia.

Para la realización de este estudio se seleccionaron cuatro hospitales en base a diferencias en su organización, localización y complejidad y a la predisposición e interés por parte de los directivos de incorporar los resultados del diagnóstico a la evaluación y mejora de los servicios de su hospital.

Si bien las técnicas cualitativas tienen la ventaja de la profundidad e intensidad con la que se pueden explorar los temas, no permiten hacer un relevamiento de tipo extensivo. En este sentido, para ampliar la escala del relevamiento, se hizo necesario diseñar un instrumento cuantitativo que pueda ser implementado en la mayoría de los hospitales provinciales.

En virtud de estas consideraciones se diseñó una encuesta que se aplicó en 44 hospitales elegidos en base a la cantidad de consultas, superando las 100.000 consultas anuales. Esta herramienta fue altamente valorada por los directores de hospitales como una herramienta

de gestión, llegando incluso en algunos a casos a utilizar los resultados como insumo de las reuniones de jefes de servicios para la toma de decisiones.

En cada hospital se realizaron 180 encuestas distribuidas proporcionalmente según la importancia de cada servicio (medida en cantidad de consultas) y las personas fueron encuestadas con posterioridad a la consulta. La cantidad no intentaba ser representativa del número de usuarios que concurre a los mismos (siendo dispar según la especificidad de cada uno), sino que buscaba mostrar una tendencia en torno a la percepción de los usuarios que concurren a cada institución. Se pretendía conocer las opiniones de los usuarios, más que obtener una muestra con significancia estadística.

La encuesta consistió en un cuestionario estructurado, con preguntas de opción múltiple, anónimo y aplicado por un encuestador entrenado. Las preguntas apuntaban a relevar la opinión en torno a los mismos temas que en las entrevistas y observaciones (accesibilidad, trato, modos de obtención de turnos, tiempos, información, comodidades).

Los resultados del relevamiento cualitativo contribuyeron a ajustar las preguntas incluidas en la encuesta, a partir de los aspectos que emergían del discurso de los entrevistados y de las situaciones registradas por los observadores.

Las reflexiones que surgieron del estudio realizado por el Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos no sólo sirvieron para obtener un diagnóstico cuali cuantitativo de las percepciones de usuarios y trabajadores, sino que dieron lugar a la implementación de acciones concretas, tales como la apertura de Oficinas de Atención a Usuarios en cada uno de los hospitales, talleres de Comunicación y calidad de atención para administrativos, señalización interna, entre otras.

4. La dimensión comunicacional

Los resultados del trabajo mencionado fueron publicados por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires bajo el nombre «Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores», y están disponible en la página web de dicho organismo, a través del siguiente link:

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/atencioncomunidad/files/2013/03/Programa_Mejora_Publicac.pdf

En este trabajo, quiero realizar una serie de comentarios y reflexiones acerca de cómo gran parte de lo que surge al interrogar sobre la calidad de la atención en salud tiene que ver con aspectos vinculados a lo comunicacional. Sin caer en el riesgo de afirmar que todos los

problemas que surgen en la relación organización de salud / comunidad son problemas de comunicación – lugar común de muchos gestores o de quienes intentan instalar fórmulas mágicas para lograr la comunicación perfecta – considero que gran parte de la percepción de la población en torno a lo que recibe en los servicios de salud se vincula con las relaciones interpersonales que establece, la información que recibe, la comprensión de las indicaciones dadas por los profesionales de salud, entre otros aspectos.

Conviene aquí reflexionar sobre lo que denominamos dimensión comunicacional. La experiencia de quienes hemos trabajado en el campo de la salud, sea en áreas de comunicación de programas sanitarios, en la inserción de equipos de trabajo en salud, en la formación de profesionales y trabajadores de la salud, en la gestión institucional entre otros espacios, ha estado signada por la insistencia constante con la que los comunicadores sociales hemos pregonado la necesidad de incorporar la dimensión comunicacional en los procesos de atención de la salud, en las estrategias de promoción y prevención en salud, en las lógicas de las instituciones sanitarias. Esto significó tener que disputar también con los sentidos vigentes en torno a qué entender por comunicación, ya que la comunicación estaba asociada sólo con la producción de mensajes y las noticias de prensa vinculadas a la salud, lo cual recubre un aspecto pero no la totalidad de la cuestión.

De a poco los comunicadores fuimos abriéndonos camino en esta ampliación del concepto de comunicación que implicara ir más allá de la mera producción y distribución de mensajes. Por un lado, impulsamos una reflexión profunda acerca del modo en que los profesionales de la salud se relacionan con quienes requieren su atención, de entender que la relación médico-paciente o enfermero – paciente, o trabajador de la salud – paciente tiene que mirarse como una relación de comunicación por sobre todas las cosas, relación compleja y atravesada por una multiplicidad de aspectos: culturales, de género, biográficos, entre otros. Pero a su vez propusimos que la comunicación debe mirarse también en la forma de relacionarse al interior del equipo de salud, es decir, el proceso de comunicación grupal que requiere formar parte de un equipo y a su vez, de una organización sanitaria; así como requiere analizar las propias lógicas institucionales que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención.

A continuación proponemos algunas ideas que surgieron a partir del trabajo realizado.

4.1 La comunicación hacia los usuarios:

Las instituciones de salud parecieran estar pensadas en algunas ocasiones para la incomunicación, más que para la comunicación. Desde el modo en que están organizadas y

la forma de recibir a sus usuarios, todo pareciera indicar que lo que se quiere es que se vayan rápidamente, y en lo posible que no vuelvan.

Carteles que no indican lo que deberían indicar, carteles expulsivos tales como aquellos que dicen “Acá no hacemos esto, no hacemos lo otro, no damos turno...”, inexistencia de personal dispuesto a orientar para el correcto uso del hospital, falta de disposición para la escucha, en fin, muchas situaciones que muestran una gran dificultad para la comunicación entre la institución y su público externo.

Y esto no sólo por parte del sector administrativo, sino en muchos casos hemos visto cómo los profesionales levantan barreras que se constituyen en verdaderos obstáculos para lograr una buena atención: la no consideración de la opinión del paciente, el reto como método para el cumplimiento del tratamiento indicado, el uso de palabras técnicas de imposible comprensión. Existe una gran cantidad de “eventos adversos” que son derivados de problemas en la comunicación entre el profesional de salud y el paciente / usuario del servicio, como por ejemplo en relación a las indicaciones sobre el tratamiento a seguir.

Algunos ejemplos provienen de las entrevistas realizadas a usuarios de distintos hospitales:

“uno busca atención, que le hablen, que le pregunten, que lo escuchen, simplemente que lo escuchen porque uno tiene muchos problemas, y eso por eso mismo que viene acá, para que lo escuchen...”

“... yo venía acá y me corrieron, yo venía y le preguntaba, quería saber qué me iba a hacer en el cuerpo estas pastillas que tomaba, qué acción, me cambió la pastilla, porque por un lado vos tomas una pastilla, vos decís ‘te hace bien al cerebro, o te hace bien al hígado’. Te tienen que decir...Entonces me dijo ‘vos la tomás y no tenés por qué saberlo, porque nosotros somos los médicos y te la damos, y vos la tenes que tomar callado’”

“... es lindo que se interesen, que se tomen el tiempo de explicarme lo que no sé... me han tocado médicos en el centro de salud que les preguntas y te dicen por arriba”.

4.2 La comunicación interna:

El intercambio comunicativo y la circulación de informaciones hacen posible el establecimiento de un vínculo de consenso entre el conjunto de personas que conforman la institución. Suele afirmarse que sólo hay comunicación genuina cuando se toman decisiones en forma conjunta.

Entre esta idea y lo que suele suceder habitualmente en las instituciones hospitalarias hay una gran distancia. Más bien lo que hemos podido observar en nuestras intervenciones es la escasa oportunidad de ser escuchados según manifiestan los propios trabajadores, profesionales o no, por parte de sus pares y superiores; las situaciones de incomunicación cotidianas, las fallas en la circulación interna de la información que redundan la mayoría de las veces en mala calidad de atención a los pacientes.

En el estudio de clima laboral, el reconocimiento de los logros y la comunicación con los superiores se manifestaban como los factores más destacados por los entrevistados. Asociado a ellos, aparecía con elevada frecuencia el desconocimiento de las expectativas de sus superiores sobre su desempeño laboral en el servicio, en otras palabras no se sabe “qué se espera de él”.

Este tipo de situaciones, lejos de contribuir a un buen clima de trabajo que redunde en una mejor atención a los usuarios, aumenta la incertidumbre y la falta de motivación desde el punto de vista de los trabajadores.

Ejemplo de ello es el siguiente testimonio:

“... no sé qué esperan de mí... no sé si están conformes o disconformes (...) no se dice o no se ha puesto en una reunión el tema de los objetivos del servicio...”

También contribuye a una mala comunicación la falta de respeto y/o consideración por la formación y la tarea de los otros. Si bien en algunos casos las tensiones se manifiestan a nivel de los servicios, en su mayoría aparece vinculado a la formación profesional y al “estatus” de las diferentes profesiones. Al respecto son frecuentes las referencias a la “minimización” del aporte que otro trabajador puede hacer en el discurso de enfermeros, radiólogos y bioquímicos.

Una enfermera entrevistada se refería a esta cuestión del siguiente modo:

“A veces han venido así con muchos humitos ... pero a veces tienen que bajar la cabeza y preguntarnos a nosotras y no les gusta (...) hay médicos que vienen así y de a poquito van bajando los humos ... yo siempre les digo ‘yo necesito de ustedes y ustedes necesitan de mí, entonces trabajemos bien, trabajemos en equipo’ ...”

En nuestro estudio, un elevado número de entrevistados utilizaron las palabras “violencia” y “maltrato” para aludir a situaciones cotidianas tan diversas como el maltrato verbal, la indiferencia hacia el trabajo de los otros, la falta de compañerismo y la ruptura de acuerdos entre pares, todos obstáculos difíciles de sortear para el logro de una comunicación genuina.

Un entrevistado expresaba esto con toda crudeza:

“...Nos tratamos mal, entre pares y con los usuarios... No se sabe por qué el residente no acude cuando se lo llama, no se sabe por qué el camillero no llega cuando urge trasladar al paciente por un estudio, no se sabe por qué el médico no hace la receta que se le pidió varias veces ... nos maltratan y nosotros maltratamos... todo tarda tanto, y nadie sabe por qué...”

Muchos trabajadores se refirieron reiteradamente a la “mala” comunicación entre los servicios, quizás debido en parte a que existe una tradición bastante arraigada de autonomía de cada servicio para decidir procedimientos administrativos, estilos de trabajo, modalidades de interacción entre los trabajadores, entre otras cuestiones, agravado por la disminución de instancias o ámbitos para el encuentro, intercambio y trabajo conjunto.

5. Pensar la comunicación en las organizaciones sanitaria

Suele ser común escuchar a profetas de la comunicación garantizando recetas para lograr el éxito de las instituciones aplicando una serie de acciones estandarizadas. Pero quienes estamos en este campo, creemos que la comunicación perfecta no existe, en el sentido más tradicional de las teorías que se referían a ella como un intercambio de información transparente, donde el mensaje puesto en juego por el emisor podía ser percibido exactamente según sus intenciones por el receptor, siempre y cuando se pudieran controlar todas las variables intervinientes en el proceso de comunicación.

La experiencia nos muestra que las personas se empeñan en significar los mensajes según sus propios contextos de interpretación: su historia, sus saberes, su pertenencia social, su nivel de instrucción, sus pautas culturales, los cuales pueden no llegar a tener ningún punto de coincidencia entre los distintos actores.

Umberto Eco hablaba de “decodificación aberrante”, al referirse a la interpretación de un mensaje que se aparta de lo establecido como “normal”, lo cual no quiere decir que sea errónea o equivocada, sino distinta de las intenciones del enunciador. Tampoco quiere

decir que cualquiera puede interpretar cualquier cosa, existen límites para la interpretación, como dice el propio Eco.

La simplificación de la comunicación como transmisión lineal de un emisor a un receptor ha demostrado no servir demasiado para comprender realmente cómo se construyen y negocian los distintos sentidos que se ponen en juego en todo proceso comunicativo.

Las comunicaciones interpersonales no pueden pensarse en términos puramente individuales, sino que tienen que ponerse en el contexto de las redes sociales o de las organizaciones a las que dichos individuos pertenecen. Y la comunicación, entonces, estará vinculada al grado de confianza que logren obtener sus integrantes. Esas relaciones de confianza no se pueden lograr mediante procesos unidireccionales de intercambio de mensajes. Hay que propender a la aceptación del uno por el otro, el diálogo con la voluntad de entenderse, la voluntad de generar acuerdos y compromisos recíprocos, todo esto ayuda a construir esa confianza.

Puede hablarse entonces de comunicación eficaz, y no perfecta. ¿Cuándo se llega a una comunicación eficaz? Cuando se logra un nivel de comprensión aceptable entre los interlocutores, porque existe la voluntad de llegar a un acuerdo.

Por eso es tan difícil la gestión de la comunicación en este sentido, porque está sujeta a voluntades individuales. La comunicación no se impone por decreto, ni depende de los folletos con lindos diseños, ni de las carteleras informativas, ni de cantidad de mails que enviemos a diario.

De allí que pensar la comunicación en las organizaciones de salud nos tiene que hacer revisar y repensar muchas categorías que han dejado de ser eficaces a la hora de explicar determinados fenómenos,

En el libro “Mrs.Dalloway”, Virginia Woolf le hace decir a Séptimus, uno de sus personajes principales, que “La comunicación es salud, la comunicación es felicidad”. Y este mismo personaje, que vive encerrado en sí mismo sin ningún tipo de interrelación con las personas que lo rodean, termina suicidándose.

Si en un hospital, en un servicio de salud, en un equipo de trabajadores de la salud, no se puede lograr una comunicación eficaz, cómo entonces se podría hablar de salud, pensaría quizás este personaje.

Creo que el aporte que desde la comunicación podemos hacer a los procesos de atención de la salud en las distintas instituciones donde se llevan a cabo (hospitales, centros de atención primaria, etc.) es proporcionar herramientas para un diagnóstico apropiado, que

permita identificar qué cuestiones pueden observarse como problemas de comunicación y poner en diálogo a los actores que forman parte de la organización y a los que la necesitan para resolver sus problemas de salud. Y en ese diálogo, ayudar a comprender la frase que de tan repetida va perdiendo su capacidad de significación, que es “ponerse en el lugar del otro”, romper las barreras que muchas veces surgen en la comunicación en el transcurso de la atención y que tanto afectan tanto a las personas que acuden para ser atendidas como a aquellas que tienen la responsabilidad de dicha atención.

Bibliografía

ARAÚJO, J.M.C. (2003) Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes. *Adicciones*, 15 (4): 341-350.

BARTOLI, Annie (1991). *Comunicación organizativa. La organización comunicante y la comunicación organizada*. México: Paidós.

COSTA, Joan (1995). *Comunicación corporativa y revolución de los servicios*. Madrid: Ediciones Ciencias Sociales.

DONABEDIAN Abeddis (1984). La calidad de la Atención médica. *Prensa Médica Mexicana*. 95-151.

ECO, Umberto (1974) *La estructura ausente. Introducción a la semiótica*. Barcelona:Lumen.

ECO, Umberto (1992) *Los límites de la interpretación*. Barcelona:Lumen.

FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos (comp). (1997). *La comunicación en las organizaciones*. México: Editorial Trillas.

GOFFMAN, Erving (1972)*Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

IDOYAGA MOLINA,Anatilde (2000).La Calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples.*ScriptaEthnologica*. Vol. XXII. 21-86.

KAMINSKY, Gregorio (1994).*Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MENÉNDEZ Eduardo (1997). El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad.*Relaciones* 69:237-271.

MURIEL, María Luisa y ROTTA, Gilda. (1980). *Comunicación institucional: enfoque social de las relaciones públicas*. Quito: CIESPAL – Colección Intillán.

ORTIZ ESPINOSA, R.M.; MUÑOZ JUAREZ, S. Y TORRES CARREÑO, E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. En Rev. Esp. Salud Pública; 78 (4): 527-537, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R.. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: H. SPINELLI (Org): Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004

PAUL, Benjamin. Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health. En: J. A. Clausen y R. Straus (Eds.) .Medicine and Society. The Annals of the American Academy of Political and Social Science 346, pp 34-43. 1963.