

Significación humanística y terapéutica del colectivo moral y de la relación usuario-institución

Ethical, humanistic and therapeutic significance of the morally ethical staff and of the user-institution relationship

Ricardo Ángel González Menéndez

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Consultante y Titular de Psiquiatría. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El autor aborda la evolución del concepto "relación médico-paciente" y propone actualizarlo para incluir no sólo a los restantes miembros profesionales, tecnólogos y técnicos del equipo de salud, sino también a los trabajadores auxiliares y administrativos de las instituciones en el contexto de la "nueva" relación usuario-institución. Resalta el notable aporte ético-humanístico y terapéutico de todos los trabajadores de la salud, así como la profunda relación afectiva establecida entre ellos y los usuarios. Describe la relación usuario-institución positiva, como expresión clímax de los estrechos vínculos interpersonales establecidos entre los que hoy se denominan colectivos morales y aquellos que reciben sus servicios de salud. Se utilizan los símiles interpersonales nombrados "bola de nieve rodando" y "efecto dominó". Destaca la repercusión positiva del éxito de la relación descrita sobre los logros institucionales. Considera la satisfacción de los pacientes y familiares como un relevante factor reforzador de la vocación médica, que valora como expresión profesional-laboral muy cercana a la vocación de servicio religiosa. Finalmente, comenta algunas acciones para desarrollar en todos los trabajadores técnicos y no técnicos, la conciencia sobre la trascendencia ético-humanística y terapéutica de su desempeño laboral e interpersonal exitoso y propone un instrumento para su evaluación.

Palabras clave: Relación usuario-institución, relevancia terapéutica del desempeño interpersonal, ética.

ABSTRACT

The author addressed the evolution of the "physician-patient relationship" concept and he submitted a proposal to update it so as to cover not only the rest of the professional members, technologists and technicians of the health team but also the assistant, cleaning and administrative workers in the institutions in the context of the "new" user-institution relationship. The paper also underlined the remarkable ethical, humanistic and therapeutic contribution of all the health workers as well as the deep affectionate relationships between this staff and the users. Likewise, it described the positive user-institution relationship as the ultimate expression of the close inter-personal links between what we call today morally ethical staff and those receiving their health care services. Interpersonal similes as "rolling snowball" and "domino effect" were used. It stressed the positive impact of the above-mentioned successful relationship on the institutional achievements. It appreciated the level of satisfaction of patients and relatives as an important reinforcing factor of the medical vocation, and assessed it as a professional-working expression very close to the religious service. Finally, the book made some comments on actions aimed at developing the technical and non-technical workers' awareness of the ethical, humanistic and therapeutical significance of their successful working and inter-personal performance and at the same time, submitted an evaluating tool for this end.

Key words: User-institution relationship, therapeutic relevance of inter-personal performance, ethics.

"Ese es mi hospital", "No hay mejor policlínico que el mío", "Mi hogar materno es un verdadero oasis". Con esos términos el autor inició 46 años atrás la presentación de un modesto trabajo en la jornada del Servicio Médico Social Rural, cuando cumplía en Niquero funciones como responsable de un área de salud municipal.

La ponencia se titula "Divulgación sanitaria y relación usuario-institución" y su propósito es destacar el sentido de pertenencia, la gratitud y los estrechos vínculos afectivos que se establecían entre los pacientes, familiares y usuarios sanos que recaban algún servicio y los trabajadores de las instituciones de salud en sus diferentes perfiles laborales cuando su desempeño interpersonal es idóneo.¹

Muy lejos estaba el autor de pensar que la psicología de la salud, la psiquiatría y la ética médica, serían sus futuras dedicaciones y cuanto expresó en aquel momento no era más que el fruto de las experiencias acumuladas como simple observador participante, cuando en una institución de salud coincidían la sensibilidad humana, la bondad y las potencialidades de involucración de todos los trabajadores, para enfrentar solidariamente las trágicas repercusiones de la pérdida de la salud sobre los pacientes y sus familiares.

Aquel pequeño hospital rural, su policlínico y su hogar materno eran operados, sin lugar a dudas, por un magnífico colectivo moral integrado espontáneamente

muchas décadas antes de que dicho movimiento se erigiera como uno de los más relevantes puntales para garantizar la satisfacción de la población con los servicios de salud recibidos.

Como destacan *Lázaro y Gracia*, en las últimas décadas, la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores² y los servicios asistenciales -según el autor- lejos de mostrar avances, acusan un importante retroceso que actualmente se difunde como una de las más crudas expresiones de la deshumanización de la medicina, fenómeno cuyo clímax se alcanza en los países regidos por las leyes del neoliberalismo con la consecuyente y brutal comercialización de los servicios de salud,³ la frustración de los usuarios y la implícita involución progresiva del más importante reforzador de la vocación médica.⁴

El propósito fundamental de las reflexiones que siguen es contribuir a profundizar en el conocimiento de este fenómeno socio-psicológico, cuyos más certeros indicadores son la insatisfacción de los usuarios de la salud y la consecuyente frustración cotidiana de la vocación de servicio, presente en todos los integrantes del equipo de salud, que incluye desde el más humilde de los auxiliares hasta los más prestigiosos científicos y dirigentes de las instituciones médicas.

La aplicación de los principios básicos del método científico para interpretar los fenómenos de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, hace posible que se aborde este problema con objetividad, sentido histórico, proyección sistémica y mediante la valoración de los diferentes factores que la explican en el contexto permanente de la práctica social transformadora.

El presente trabajo tiene como objetivo integral profundizar en el conocimiento de los mecanismos que vinculan el desarrollo exitoso de los colectivos morales al establecimiento de la relación usuario-institución positiva y es continuación del publicado en la Revista Cubana de Salud Pública titulado "La relación equipo de salud-paciente-familiar."⁵

La motivación fundamental para reactivar el concepto "relación usuario-institución", es la mundialmente registrada insatisfacción con los servicios de salud, que constituye el talón de Aquiles de las instituciones médicas.

Para ello, se propone abordar los factores determinantes de esta crisis institucional desde el ángulo de las necesidades presentes en los usuarios y las potencialidades de los prestadores de servicios de salud para satisfacerlas.

Durante esta valoración que corre el riesgo de ser considerada simplista, se pretende delimitar algunos conceptos de mayor profundidad y actualidad como son:

- Los referidos al equipo de salud "ampliado."
- La vocación médica como vocación de servicios motiva también en forma consciente o inconsciente a todos los miembros del equipo de salud "ampliado."
- Existen estrechos vínculos teóricos y prácticos entre la ética médica de los profesionales calificados y la ética de los trabajadores auxiliares y administrativos de las instituciones de salud.
- Es necesario superar la frecuente subvaloración que se hace de los formadores de recursos humanos en salud, de las relevantes potencialidades *humanísticas* y

terapéuticas de los compañeros que desempeñan trabajos no técnicos en los centros asistenciales.

Para comenzar y en la etapa actual del desarrollo de las gestiones de salud, se impone el desglose de las necesidades del ser humano en cinco categorías que permitan la nítida diferenciación de lo cultural y lo espiritual toda vez que es imprescindible que al abordar críticamente el proceso satisfacción-insatisfacción en los servicios de salud, se tenga en cuenta que pese a ser conceptos muy imbricados dialécticamente, lo cultural y lo espiritual están lejos de poder ser aceptados como sinónimos.⁶

Los cinco niveles de necesidades *en orden decreciente de preponderancia*, desde las más primitivas (las biológicas) hasta las más desarrolladas (las espirituales) serían, por tanto:

1. Necesidades biológicas como la alimentación, la defensa de la integridad física y la procreación, demandas vitales cuya insatisfacción conduciría inevitablemente a la muerte como individuos o como especie.
2. Las necesidades psicológicas de estimulación, seguridad y amor, cuyo clímax de insatisfacción se podría ejemplificar por la psicosis experimental en cámara de privación sensorial.
3. Las necesidades sociales de comunicación, comprensión, aceptación, trato amable y reconocimiento, cuya máxima insatisfacción se traduce en hostilidad, marginación y disminución de la autoestima.
4. Las necesidades culturales, representadas por los legítimos intereses personales (no sólo de pan vive el hombre), cuya insatisfacción es indicada por frustraciones y desmotivación.
5. Las necesidades espirituales que se mueven en el campo de los valores y que representan un formidable salto cualitativo al tratarse de aquellas que surgen cuando el desarrollo personal, permite asumir como propias las carencias de otros, gracias a la sensibilidad o empatía, la compasividad y las potencialidades de involucración cuyo fruto final es la solidaridad humana.

La insatisfacción de las necesidades espirituales -muchas veces inadvertida para las personas carentes de inteligencia emocional- es justamente la *frustración de la vocación de servicio*, vocación indistintamente expresable en el contexto religioso y en el profesional-laboral, como ocurre con las vocaciones médica, profesoral y jurídica, *cuyos más relevantes factores reforzadores son las expresiones de satisfacción, reconocimiento y gratitud de los usuarios.*⁷

Puede decirse que:

Estos cinco niveles de necesidades están presentes tanto en los pacientes y familiares, como en la totalidad de los trabajadores de la salud, y en las nuevas concepciones ampliadas, el equipo de salud va más allá de los médicos, psicólogos, personal de enfermería, tecnólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, técnicos de laboratorio, rayos x, y otros, pues se integra además, por porteros, jardineros, camilleros, auxiliares generales, ascensoristas, pantristas, personal de admisión, personal de información, secretarías de sala así como personal administrativo y de mantenimiento. Es decir, *que el equipo actual de salud incluye todos los trabajadores de la institución.*⁸

Otro criterio que requiere ser actualizado y ampliado, es que la vocación médica no se expresa solamente en los galenos y estomatólogos, pues también lo hace en el resto del personal institucional y no sólo en los restantes profesionales, tecnólogos y técnicos del equipo de salud, sino también en los miembros del personal auxiliar y administrativo que:

... acuden a los centros de salud motivados de manera consciente o inconsciente por servir a personas que sufren, motivados por mecanismos muy parecidos a los de las monjitas que dedican su vida a la atención de enfermos en actividades auxiliares y al igual que ellas, estos trabajadores deben regirse por estrictos principios derivados de la ética, en este caso, la ética de los trabajadores de la salud, que es la esencia de los colectivos morales.⁹

No es excepcional que a muchos compañeros técnicos, y sobre todo a los trabajadores auxiliares y administrativos, les ocurra como al burgués gentilhomme de *Moliere* que se llenó de júbilo cuando supo que se expresaba en prosa, algo que hacía desde que comenzó a hablar, de ahí que:

El hacerles reconocer la existencia (generalmente inconsciente) de una verdadera vocación médica, en quienes se acercan a nuestras instituciones como trabajadores comunes incrementaría seguramente sus motivaciones interpersonales al desarrollarse su autoestima por la vía del reconocimiento del "nuevo" significado humanístico de sus aportes mediante el desempeño laboral e interpersonal idóneos con el consecuente reforzamiento de su sentido de pertenencia con la institución de salud y sus nobles objetivos.

Para reconocer el significado integral de los aportes del personal no técnico, se invita al lector a *reflexionar sobre la trascendencia ético-humanística y el significado terapéutico* del comportamiento solícito, respetuoso y preocupado por proteger el pudor de los pacientes *en un humilde camillero* y del trato de *una pantrista* cuando con todo su amor persuade a un ancianito anoréxico a ingerir su dieta. Le proponemos también que identifique *el metamensaje humanístico implícito* en la comprensiva y respetuosa recomendación de una auxiliar, cuando expresa amablemente "por la orillita compañerita que el piso está húmedo" y lo compare con las dolorosas consecuencias de una severa protesta por igual transgresión involuntaria, cuando quien la recibe es una madre agobiada por la gravedad de un hijo atendido en la institución... Igualmente le proponemos reflexionar acerca de cuanto significado humano tiene, que una trabajadora del departamento de información comunique el estado crítico de un paciente, involucrándose afectivamente con la situación, esforándose "de todo corazón" por "dorar la amarga píldora a los familiares". Estas reflexiones arrojan, tal vez, sus más profundos frutos cuando alguno de los seres queridos propios ha desempeñado el papel de pacientes y *nosotros* el de sus familiares.

Como profesional dedicado a las ciencias "psi", el autor considera que el reconocimiento de la enorme trascendencia de las situaciones valoradas, "requiere reflexionar sobre cuentas vivencias angustiosas pueden haberse experimentado antes que las personas a quienes se prestan servicios de salud lleguen a los centros asistenciales" y reitera la historia de *María y Antonio* (se excusa por ello), pues la considera paradigmática de sus aprendizajes en el Servicio Médico Social Rural:¹⁰

Hasta hace pocos meses todo iba bien para *Antonio*. *María*, su esposa, reunía con creces las condiciones para hacerle feliz; los muchachos no podían ser mejores y él,

considerado por todos como un hombre de bien, sentía la satisfacción de ser útil además de gozar del respeto y aprecio de los vecinos de su zona. Después... comenzó la desgracia. Al principio, fue sólo palidez y decaimiento, poco más tarde aparecieron la fiebre y el dolor de cabeza. El día antes de acudir al médico, ya *María* casi no se levantaba de la cama y se le notaban manchas oscuras en todo el cuerpo.

La expresión del facultativo cuando la examinó indicaba que la enfermedad era grave, Antonio se preocupó, pero confiaba en aquel médico, pues todos hablaban de sus "aciertos" y, además, era muy buena persona... Al día siguiente, las palabras que escuchó lo llenaron de angustia, había que trasladarla a un hospital de más recursos para hacerle el tratamiento.

Al ver los ojos de *María* humedecidos por las lágrimas, *Antonio* comprendió que ella también sospechaba que aquel sería un viaje sin regreso.

Durante el trayecto, muchas eran las preocupaciones de la pareja y muchos los sentimientos que apretaban sus pechos. Para los dos estaba claro que la enfermedad era muy grave, les preocupaban los muchachos que dejaban con los vecinos, las siembras y los animales que quedaban abandonados y "también pensaban como se sentirían en un lugar donde nadie los conocía."

El temor a la muerte, la angustia ante lo desconocido y la tristeza frente a la próxima separación, no opacaban otro sentimiento común: la hostilidad ante el infortunio.

En pocos minutos, *María* y *Antonio*, en el papel de paciente y familiar, se convertirían en usuarios de los servicios médicos, en un país en que la salud, además de derecho del pueblo, es tarea priorizada del Estado y en el que la solidaridad humana se erige como característica medular.

La responsabilidad enorme de ofrecer a personas como ellos un trato adecuado lleva a formularse la siguiente pregunta:

¿Estamos todos equipados con la información y entrenamiento necesarios para que la estancia en los centros asistenciales de personas como *María* y *Antonio* sea lo menos estresante posible?

La respuesta es sin duda alguna positiva, en lo que respecta a profesionales técnicos y técnicos, pero salvo honrosas excepciones, los formadores del equipo de salud no han incluido aún al resto de los trabajadores en el campo de acción educativa y puede pensarse que ellos, en su gran mayoría, desconocen el enorme significado de su desempeño laboral idóneo para obtener plenamente los objetivos institucionales en la salud, y todavía en mayor grado ignoran el valor de las potencialidades **ético-humanísticas y terapéuticas** implícitas en un correcto desempeño interpersonal caracterizado por profundo altruismo, amabilidad, educación formal, sensibilidad humana, capacidad compasiva y disposición incondicional de ayuda, actitudes y conductas basadas siempre en el principio de "hacer bien sin mirar a quien."

En otras palabras, "los formadores del equipo de salud no le han enseñado a estos trabajadores cuanto significa saber ponerse en el lugar de *María* y *Antonio*, sentir en algún grado como ellos y disponerse a ayudarles a la medida de sus posibilidades como seres humanos" y esos son precisamente, los tres pasos fundamentales descritos por Don *Pedro Lain Entralgo* para establecer relaciones interpersonales exitosas y la relación equipo de salud-paciente-familiar es por cierto una de sus expresiones paradigmáticas, como relación de prestación de servicios en el campo de la salud y cuyo marco interpersonal debe matizarse por un profundo humanismo, alta espiritualidad, profunda vocación e inexcusable ética personal y colectiva.¹¹

Existen dos hechos prácticos estrechamente relacionados con el tema que se trata y de los que seguramente, la mayoría de las personas han sido beneficiarios o víctimas aún cuando desconocen su denominación como fenómenos interpersonales. Se trata de los fenómenos conocidos como "la bola de nieve rodando" y el "efecto dominó", ambos estrechamente relacionados.¹²

Es necesario imaginarse a *María y Antonio* cuando experimentan las diferentes interacciones humanas a partir de su entrada a dos instituciones de salud diametralmente opuestas en lo referente al desempeño laboral e interpersonal de sus trabajadores. En la institución A, en que todo marcha bien, el trato recibido desde su primer contacto con el portero, comienza a matizarse positivamente y ante cada nuevo servicio recibido se reitera la actitud positiva y sensible de los trabajadores, de manera que según avanzan en busca de la atención más calificada, van recibiendo el trato que merecen. En forma progresiva, su ansiedad inicial ante lo desconocido va dejando paso a un incremento de su seguridad y autoestima, hasta que surge ese magnífico premonitor del éxito institucional que se traduce mediante el pensamiento inspirativo "esta es la institución en que voy a curarme" y con ello se habría logrado, escalón por escalón interpersonal, ese relevante estado afectivo denominado "*arousal* o despertar de la fe" de alto valor sugestivo y formidables efectos pronósticos sin importar el tipo o severidad de la afección.¹³

De ser así, la llegada de *María y Antonio* a la atención especializada habría sido precedida de un fenómeno interpersonal positivo, en todo comparable a una "bola de nieve" que rueda, aumentando cada vez más su volumen en el sentido positivo, mientras que el "fenómeno dominó" garantiza que a partir de la primera interacción favorable, la totalidad de las siguientes tengan la misma calidad, expresiva de una alta espiritualidad en cada uno de los integrantes del equipo de salud.

En la institución A, *María y Antonio* han encontrado por tanto, **un verdadero oasis de vivencias positivas** que mediante el conocido eje psico-neuro-inmuno-hipofiso-córtico-adreno-gonadal¹⁴ es capaz de: aumentar las defensas ante gérmenes invasores, potenciar efectos medicamentosos, solucionar problemas inmuno-alérgicos, acelerar procesos cicatriciales, eliminar estados depresivos y ansiosos, superar disfunciones cardiovasculares y equilibrar desbalances metabólicos, entre otros muchos efectos terapéuticos derivados de la confianza y seguridad transmitidas por las actitudes referidas,¹⁵ pero:

No se puede olvidar, sin embargo, que cuando las relaciones usuario-institución resultan negativas, se producirá por iguales vías, una inversión total de los resultados, con la consecuente determinación de diferentes formas de iatrogenia.

Como se aprecia, se reproducen así, en el contexto institucional hospitalario o comunitario,¹⁶ iguales mecanismos que los descritos en la ya clásica relación médico-paciente, en la que como es conocido, sólo existen dos posibilidades antagónicas que son:

1. Los efectos placebos inespecíficos de la relación, junto a las influencias psicoterapéuticas que se hayan planificado en el contexto de la relación positiva.
2. Los diferentes efectos iatrogénicos derivados de las vivencias interpersonales negativas.

En otras palabras, tanto la "bola de nieve rodando" como el "fenómeno dominó" pueden tener una expresión positiva o negativa en dependencia muy estrecha con

la actitud de cada uno de los trabajadores de la institución y cuando son favorables devienen factores psicoterapéuticos de enorme significado pese a haber sido históricamente subvalorados.

Algo especialmente trascendente es que:

Mediante el proceso de retroalimentación, cuando estos fenómenos son positivos, refuerzan día tras día la vocación médica de los trabajadores, pero en caso contrario harán que esta se extinga en forma igualmente progresiva y se convierta en factor de riesgo para desarrollar los cuadros conocidos como *burn out*.¹⁷

ASPECTOS DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN O INSATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Expertos nacionales¹⁸⁻²⁰ y foráneos²¹ se han interesado por profundizar en este importante tema dentro de la organización de servicios de salud y han descrito factores de alta significación, que aparecen en el siguiente recuadro.

Factores objetivos	Factores subjetivos
<p>1. Condiciones de la instalación: Higiene, estética, confort, silencio, temperatura adecuada, privacidad, vestuario, alimentación, mobiliario...</p> <p>2. Equipamiento: Salones de operaciones, equipos diagnósticos y terapéuticos de avanzada, reactivos, recursos farmacológicos.</p>	<p>1. Vocación médica: Existencia de vocación de servicio de salud en todos los trabajadores.</p> <p>2. Nivel científico-técnico de la institución: Calificación científico académica del personal profesional y técnico, fidelidad al método clínico y al pensamiento científico.</p> <p>3. Desarrollo político ideológico: Desarrollo filosófico, político e ideológico de todos los trabajadores.</p> <p>4. Desempeño laboral: Reglamentos explícitos, códigos éticos aceptados y enriquecidos mediante la participación del colectivo laboral, disciplina, respeto al pudor, cumplimiento de indicaciones y horario, responsabilidad, seriedad, pulcritud, ahorro, sentido de pertenencia, compañerismo...</p> <p>5. Desempeño interpersonal: Comunicación, educación formal, altruismo, sensibilidad humana, disposición de ayuda, potencialidad de involucración, solidaridad, respeto, amabilidad.</p>

Otro grupo de valiosos profesores de la Universidad Médica cubana han alertado sobre el peligro de que puedan incorporarse tendencias negativas acusadas mundialmente, como la subvaloración del método clínico cuyas nefastas consecuencias resultarían impredecibles^{22,23} así como descuidos en la comunicación durante los pases de visita^{24,25} y limitación de la información a pacientes y familiares, quienes, además de la motivación básica de curarse, aliviarse o al menos consolarse, se interesan por saber que tienen y cual es su pronóstico.²⁶

Es importante reflexionar acerca del peso comparativo de los diferentes factores para determinar la satisfacción de los usuarios e identificar cuales de ellos actúan más frecuentemente como causas de insatisfacción.

Se sugiere tomar en cuenta los siguientes principios generales:

1. El mayor grado de satisfacción de las necesidades del ser humano se alcanza cuando interactúa con un medio natural, cultural y social en que estas necesidades encuentran la respuesta idónea.
2. Existen diferentes grados de tolerancia ante la insatisfacción de las necesidades humanas que pueden depender del sujeto, del papel que desempeña y de las contingencias que afronta en un momento dado, así como de las características del medio natural cultural y social con que interactúa.
3. La tolerancia a las frustraciones se relaciona en forma directa con el grado de madurez de la personalidad.
4. La tolerancia a las frustraciones se relaciona en forma inversa con la existencia de inseguridad, ansiedad o sufrimiento.
5. Por deducción lógica, la tolerancia a las frustraciones se reduce cuando la persona desempeña el papel de paciente o familiar allegado y esta reducción es tanto mayor cuanto más grave sea la condición del enfermo.

Estas características generales, se matizan con mayor o menor nivel de angustia según los síntomas presentados: la existencia o no de dolor, la relevancia cultural de la afección, la presencia o carencia de apoyo familiar y las contingencias agregadas que en el caso de las hospitalizaciones serían, la separación de la familia, los amigos y vecinos; la sospecha de mayor severidad de la enfermedad presente, las incomodidades implícitas en cualquier contexto extrahogareño, las modificaciones en la dieta, la convivencia temporal con desconocidos, y la adaptación a las normas institucionales, entre otros, por tanto:

La suma de estos factores determina un estado especial de susceptibilidad, irritabilidad, disforia, y sobre todas las cosas, intolerancia ante cualquier manifestación que pueda interpretarse como insensibilidad humana, indolencia, irresponsabilidad, trato áspero o negligencia; estos factores estarán siempre presentes tanto en los pacientes, como en sus familiares. Dicho con otros términos: el personal de la salud, se relaciona con seres humanos que por sus papeles de pacientes y familiares se encuentran en estados afectivos, que los hacen mucho mas sensibles que las personas a quienes se les prestan otros tipos de servicios en centros ajenos a la salud, como cuando van de compras, salen a comer o desean disfrutar de un espectáculo artístico o deportivo.^{27,28}

Aún cuando pensamos que Cuba está todavía -y sin lugar a dudas- entre los países más destacados por el humanismo de sus trabajadores de la salud, **la**

deshumanización de la más humana de las profesiones se extiende peligrosamente por diferentes latitudes e implica el riesgo de que dicho fenómeno se generalice.

En otros trabajos se ha abordado la patogenia de la "enfermedad de Tomás", brillantemente descrita por *Luis Mariano Hernández* y *Luis Gervas*, psiquiatra e internista barceloneses, enfermedad denominada así, en alusión al médico frustrado de la novela de *Milan Kundera* "La insoportable levedad del ser", se ha igualmente subrayado el trágico papel de las proyecciones neoliberales en el ámbito de los servicios de salud,^{17,29} y reflexionado sobre los diferentes factores adversos que en otras latitudes diferencian sustancialmente el actual desempeño científico-técnico, laboral e interpersonal en el ámbito de la salud, del que caracterizaba al médico de familia y su enfermera, a principios del pasado siglo, etapa en la que la relación con pacientes y familiares alcanzó su clímax humanístico.³⁰

La lista de factores sociopsicológicos, en gran parte determinantes del alto nivel de insatisfacción con los servicios de salud y de la progresiva involución de la relación usuario-institución reportado mundialmente incluye:

1. La inevitable centralización de los servicios médicos.
2. El "alejamiento" de los vecindarios derivada de la explosión demográfica.
3. La tecnificación mal incorporada.
4. La proyección biologista hegemónica.
5. La subvaloración de la relación profesional con pacientes y familiares.
6. El abandono casi total del método clínico.
7. La intromisión de la prensa sensacionalista y de los abogados cazademandas en el ámbito médico.
8. La privatización de los servicios médicos con las funestas consecuencias del manejo mediante reglas crudamente comerciales que limitan cada vez más el espectro resolutorio del facultativo y su equipo (factor de gran impacto negativo sobre la vocación médica), así como restricciones en cuanto a tiempo de consulta, indicaciones de fármacos imprescindibles y estudios complementarios, orientaciones de hospitalización y reposo, intervenciones quirúrgicas o psicoterapéuticas, prótesis y muchas más...

Decisiones que pese a ser patrimonio exclusivo del médico se han visto progresivamente limitadas para enriquecimiento de las compañías privatizadoras y perjuicio del equipo y sus usuarios, lo que conduce la tradicional relación médico-paciente a un callejón sin salida que podría conducir a la fatídica "relación médico-demandante potencial" expresión metafórica de un tipo de interacción humana totalmente carente de sensibilidad, compasividad, disposición incondicional de ayuda, involucración, solidaridad y el resto de las actitudes imprescindibles para cumplir en forma idónea la función social y que sólo pueden estar presentes cuando existe el respaldo de una profunda vocación médica. Por lo anterior:

El mundo corre actualmente el riesgo de ir a la extinción de la vocación médica y existe desde ya, una importante crisis que parece ser la médula patogénica de la

"enfermedad de Tomás", expresada también con diferentes matices en el resto de los trabajadores técnicos y no técnicos del equipo institucional.

Las preguntas de orden a los formadores médicos ante esta catastrófica crisis podrían ser:

1. ¿Acepta usted que existe esta crisis a escala mundial?
2. ¿Considera usted que podría llegar a afectarnos en forma relevante?

Y si las respuestas son positivas

3. ¿Es preocupación de todos reforzar cada vez más la vocación médica de los especialistas, residentes, del resto de los miembros del equipo, y de alumnos de pregrado de los diferentes perfiles profesionales y técnicos?
4. ¿Se está concientes del significado ético-humanístico y terapéutico del desempeño laboral e interpersonal idóneo de los compañeros auxiliares y administrativos de los centros de salud?
5. ¿Se ha reconocido la trascendencia de la relación usuario-institución?
6. ¿Ha sido aceptado por todos el efecto placebo derivado de las relaciones positivas con pacientes y familiares?
7. ¿Se reconoce, sin reservas, el efecto terapéutico del trato amable, respetuoso y protector del pudor de un humilde camillero?
8. ¿Qué se puede hacer para perfeccionar la relación usuario-institución?

Antes de proponer algunas acciones, es oportuno detenerse para subrayar algunos de los conceptos antes expuestos. Ellos son:

- El equipo de salud debe valorarse actualmente con el criterio ampliado que abarca a todos los trabajadores de la institución.
- La vocación médica debe considerarse con igual criterio ampliado, pues la misma está presente, con diferentes matices, en todos los compañeros que trabajan en los centros de salud.
- Por el frecuente carácter inconsciente de la vocación médica en los trabajadores auxiliares y administrativos, esta vocación hay que "interpretarla dinámicamente" para despertarla y después estimularla cotidianamente como se hace con los profesionales y técnicos.
- La ética médica pauta igualmente las gestiones de los profesionales, tecnólogos y técnicos de la salud, pero en su concepción ampliada, la ética médica abarca también -ahora como ética de los trabajadores de la salud- a los compañeros auxiliares y administrativos de las instituciones de salud.

Es necesario también reconocer, la trascendente e irrefutable existencia actual de múltiples estresores derivados de las dificultades económicas del "período especial", que inevitablemente representan importantes factores adversos para el desempeño interpersonal idóneo, tanto de los usuarios como de los trabajadores de la salud.

Igualmente adverso para la relación usuario-institución, resulta el alto nivel de conocimientos de los usuarios sobre aspectos relacionados con la salud, condición presente en la actualidad, y que implica una actitud de mayor exigencia en los usuarios, totalmente diferente a la actitud tradicional en personas menos informadas.

Valorada desde el prisma profesional y laboral institucional, la importancia de la repercusión negativa del período especial sobre el problema que se trata, es fácilmente reconocible si se compara la situación actual con la que se había alcanzado antes del enfrentamiento a las penurias derivadas del "doble bloqueo" establecido con la caída de los mercados internacionales con países hermanos a partir de los años noventa, pero se sabe que el desarrollo de la sociedad cubana en el futuro próximo, posibilitará que se alcance nuevamente y se perfeccione cada vez más, la aplicación de los principios económicos socialistas de retribución según lo aportado por el trabajador a la sociedad.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LO QUE SE PUEDE HACER PARA DESARROLLAR CADA VEZ MÁS LA RELACIÓN USUARIO-INSTITUCIÓN

Luego de cumplido el trascendente proceso de la selección adecuada de los miembros del equipo, para que junto a las condiciones intelectuales y emocionales idóneas se demuestre una verdadera vocación de servicios en el campo profesional y laboral de la salud, es importante valorar las siguientes proposiciones:

- Divulgar el trascendente concepto de relación usuario-institución y el formidable significado del colectivo moral para perfeccionarla. Objetivo alcanzable mediante publicaciones de libros, folletos y artículos, así como con la incorporación de dicha temática al curriculum de pregrado y como parte de la educación ética permanente del equipo de salud en todos sus niveles.
- Destacar el concepto integral ampliado de "equipo institucional" y de la responsabilidad compartida mediante el cumplimiento de sus tareas y el desempeño interpersonal idóneos, para alcanzar la mayor satisfacción de pacientes y familiares. Utilizar para ello, afiches, letreros, informaciones por audio y otros medios institucionales. El paradigma de estos recursos es, aquel formidable afiche de una enfermera en actitud solícita, acompañado del lema "Aquí creemos en el valor de una sonrisa."
- Reforzar el significado del desempeño interpersonal y sus potencialidades ético-humanísticas y terapéuticas en los programas del colectivo moral. Este movimiento, de extraordinaria relevancia permite incorporar mediante la práctica social transformadora la convicción de que todos los trabajadores son responsables de lograr la relación usuario-institución exitosa.
- Abordaje de los factores que influyen en la satisfacción e insatisfacción de usuarios para "despertar" en el contexto colectivo, "la vocación médica de todo el equipo" y contribuir a desarrollar la conciencia de los compañeros auxiliares y administrativos acerca de sus potencialidades ético-humanísticas y terapéuticas dentro del equipo institucional, así como de la relevancia de sus aportes a la relación usuario-institución. El marco idóneo serían las reuniones de departamentos y servicios *con todos sus miembros*, así como las reuniones sindicales y también las

actividades prelaborales con los trabajadores auxiliares y administrativos de nueva incorporación.

- Esta "vocación médica ampliada" una vez "despertada" o profundizada en la totalidad de los trabajadores técnicos o no, debe ser reforzada cotidianamente mediante acciones en cascada mediante los ejemplos positivos expresados desde la dirección, vicedirecciones, jefes de cátedra y grupos básicos de trabajo, hasta los más modestos trabajadores auxiliares y administrativos.

- Deben realizarse exploraciones periódicas del desempeño interpersonal de los trabajadores. Preferentemente mediante la aplicación de instrumentos evaluadores, sustentados en escalas termómetro y gráficos que hagan objetivos los avances alcanzados gracias a las constantes intervenciones educativas, gráficos que devengan indicadores emulativos de altas potencialidades motivacionales colectivas e individuales.

- Incorporar como tarea priorizada y permanente el desarrollo de la espiritualidad de los educandos y compañeros auxiliares y administrativos. Mediante el ejemplo cotidiano y otros recursos inspirativos como el mencionado afiche sobre el valor de una sonrisa, devienen reforzadores cognitivo-afectivos cotidianos y compromiso moral subliminal para el equipo de salud.

Otros mensajes útiles para el mismo propósito pueden ser:

- Pero si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ansías conocer al hombre y penetrar en todo lo trágico de su destino, entonces hazte médico hijo mío. *Esculapio*.

- Instruir puede cualquiera, pero educar, sólo aquel que sea un evangelio vivo. *Luz y Caballero*.

- Vale más, pero millones de veces más la vida de un solo ser humano, que todas las propiedades del hombre más rico de la tierra. *Ernesto, Che Guevara*

Contribuiremos así a evitar, que el más humano, el más ético y el más espiritual de los servicios, llegue a convertirse en la más vacía y frustrante de las ocupaciones.

Anexo

Proposición de instrumento para medir el desempeño interpersonal de los miembros del equipo de salud

Los recursos más utilizados para valorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud han sido:

- Los departamentos de atención al público.
- Encuestas aplicadas a pacientes y familiares por personal especializado.
- Los buzones de quejas y sugerencias.

- Libros de quejas y sugerencias.
- Entrevistas estructuradas desarrolladas por trabajadores sociales.
- Valoración de criterios expresados en asambleas con usuarios.

Aunque todos son recursos muy válidos, sus resultados resultan inevitablemente sesgados por la falta de anonimato y por otra parte, no son de fácil utilización para propósitos de retroalimentación objetiva mediante gráficos o curvas de satisfacción ante el desempeño de los diferentes miembros del equipo de hospitales, policlínicos, institutos, centros comunitarios, hogares de ancianos, dispensarios o cualquier otro centro de salud.

Con el objetivo de contribuir a crear un instrumento que superara estas limitaciones y luego de varios ensayos con pacientes, familiares y estudiantes de medicina que fungieron como evaluadores del desempeño interpersonal de médicos, estomatólogos, psicólogos, personal de enfermería, tecnólogos, técnicos de laboratorio, rayos x, anatomía patológica, auxiliares, pantristas, porteros y otros trabajadores, surgió el instrumento que se propone, enriquecido por los miembros de la Comisión Nacional de Ética Médica.

Las características esenciales de este instrumento son:

Exigencias que cumple: asequible, factible, anónimo, cuantificable, disminuye defensas de los entrevistados, recoge criterios evaluativos en categorías graduales, permite evaluación rápida del desempeño en todos los perfiles laborales expresable según semestres o años, utilizable como indicador emulativo y factor motivacional, de alto valor para detectar y superar posibles deficiencias interpersonales, ajustable a las potencialidades evaluativas de los usuarios por explorar desempeño interpersonal. Similares instrumentos han sido avalados internacionalmente para explorar satisfacción con servicios prestados...

Basado en: escala termómetro y categorías graduales expresadas en número y relacionadas con criterios de muy mal, mal, regular, bien, muy bien y excelente.

Aplicable a: Pacientes y familiares en forma colectiva reunidos en un aula a quienes pueden deambular. Esta variante de aplicación, permite dar las instrucciones en forma colectiva y rápida, ejemplificar respuestas y aclarar cualquier duda sin afectar el anonimato.

Inmediatez en los resultados. Fácilmente procesables en promedios y objetivamente expresables en curvas evolutivas o gráficos de columnas y otras variantes de efectos comparativos y motivacionales.

De alta utilidad. Para identificar departamentos con necesidades de intervenciones educativas.

Puede aplicarse. Parcialmente [sólo hasta el acápite g] o en su totalidad según objetivos perseguidos o etapas del proceso evaluativo.

Instrumento de evaluación del desempeño interpersonal de los trabajadores de la unidad

Datos del encuestado

¿Es usted paciente___ o familiar de paciente___? 2. ¿Cual es su edad:___ 3. Sexo:___ .

4. Grado escolar terminado:___?

Esta encuesta, una vez contestada será depositada por usted en un buzón para garantizar su carácter totalmente anónimo.

Le rogamos que califique cada pregunta en la tabla que aparece a continuación **encerrando en un círculo el número que considere más apropiado para expresar su criterio** sobre la calidad alcanzada por los trabajadores en cada aspecto preguntado durante la atención que ha recibido en el centro. Aprecie que sobre las columnas de números, están los significados aproximados, así, el 1 significa muy mal, el 2 y el 3 se corresponden con mal, el 4 y el 5 con regular y de esa forma, mientras menor sea el número seleccionado, peor es su apreciación sobre la atención (trato) recibido. Por otra parte, el 10 representa la máxima calificación posible.

Le pedimos sea muy sincero y seleccione **un sólo número como respuesta a cada pregunta**. Cuando no tenga elementos para calificar alguna de ellas, encierre en un círculo el NP (quiere decir No Procede, pues no tengo elementos), pero, por favor, no deje preguntas sin contestar. Puede pedir aclaraciones si tiene alguna duda. Gracias

Tabla. Atención por el personal en general. Calificación que usted otorga a cada aspecto del desempeño interpersonal (trato recibido)

¿Cómo califica?	Muy mal	Mal	Reg.	Bien	Muy bien	Excelente	NP
a. Trato de porteros y camilleros	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
b. Trato en información y admisión	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
c. Trato de auxiliares y pantristas	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
d. Trato del personal de enfermería	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
e. Trato de técnicos (Rayos x y otros)	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
f. Trato de estudiantes de medicina	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
g. Trato del personal médico	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
Otros aspectos de la atención del médico							
h. Su interés en escucharlo atentamente	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
i. Su conducta respetuosa y amable	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
j. El reconocimiento	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP

que le hizo							
k. La información que le dio sobre su salud	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
Otros aspectos de la atención del personal de enfermería							
l. El cuidado de su pudor	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
m. La actitud de comprensión y solidaridad	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
n. La puntualidad al cumplir indicaciones	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
o. El cuidado del secreto profesional	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP
p. La atención por igual a conocidos o no	1	2 3	4 5	6 7	8 9	10	NP

Si desea hacer alguna otra observación sobre aspectos positivos o negativos, hacerlo al dorso de la página. Por favor, revise otra vez la encuesta para no dejar preguntas sin contestar y después deposítela doblada en el buzón. Muchas gracias por su cooperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R. Educación sanitaria y relación usuario-institución en el Hospital Rural de Niquero. La Habana: MINSAP; 1963.
2. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra. 2006; .29.
3. Muñoz R, Eist H. People vs. Managed Care. Washington, D.C.: Edit. A.P.A. Alliance Care; 2000.
4. González R. La Relación Equipo de Salud, Paciente Familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
5. _____. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011
6. _____. La unidad bio-psico-socio-cultural y espiritual del hombre. Su importancia en la formación del médico. Rev Hosp Psiq Habana serie en Internet . 2004 citado Sept 2008 ; 1(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0104/hph08104.htm>
7. _____. Humanismo, Espiritualidad y Ética Médica. La Habana: Editora Política; 2006.
8. _____. Expectativas y evaluación profesional del médico por pacientes y estudiantes en un hospital General. Rev Hosp Psiq Habana serie en Internet . 2005

citado Sept 2008 ; 2 (2). Disponible en:

<http://www.revistahph.sld.cu/hph0205/hph020405.htm>

9. Balaguer JR. La batalla por la excelencia en los servicios de Salud. Estrategia para alcanzar la excelencia. La Habana: MINSAP; 2004.

10. González R. La relación equipo de salud-paciente-familiar cuando la muerte acecha. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 :32 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200008&lng=es&nrm=iso

11. Lain Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Editorial Triacastela; 2003.

12. González R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005.

13. _____. Los efectos placebo de la relación médico paciente. Rev Cubana Med Gen Integr serie en Internet . 2004 citado Sept 2008 ; 20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500016&lng=es&nrm=iso

14. Arce S. Inmunología Clínica y Estrés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

15. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&nrm=iso

16. Amaro Cano M del C. Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr serie en Internet . 2003 citado Sept 2008 ; 19(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600005&lng=es&nrm=iso

17. González R. La epidemia emergente oculta de los trabajadores de la salud en el Siglo XXI conferencia . Rev Hosp Psiqui Habana serie en Internet . 2004 citado Sept 2008 ; 1(2-3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph021304.htm>

18. Somarriba L, Sanchez M. ¿Cómo garantizar la calidad de la atención de Salud Mental? (Multimedia Editorial). La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2005.

19. Ramos BN. Control de Calidad de la Atención de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

20. Borroto R, Aneiros R. La comunicación humana y la actuación profesional en la práctica clínica. Ponencia al evento: La Medicina a las Puertas del Siglo XXI. OPS, La Habana; 1996.

21. Donabedian A. Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. Qual Ass Health Care. 1998,1(1) 3-11.

22. Moreno M. El arte y la ciencia del diagnóstico clínico. Principios seculares. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.
23. _____. Ética, Tecnología y Clínica. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso
24. Llorens J. Ética y Educación en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400013&lng=es&nrm=iso
25. Espinosa A. Ética en el pase de visita hospitalario. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400008&lng=es&nrm=iso
26. Fernández Sacasas J. El Diálogo Ético en la ofensiva por la excelencia. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400005&lng=es&nrm=iso
27. González R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2006 citado Sept 2008 ; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400006&lng=es&nrm=iso
28. _____. Lo espiritual en el contexto de la relación profesional del equipo de salud. Educ Med Sup. 2004; 18(1).
29. _____. La enfermedad de Tomás, ¿Epidemia o pandemia? (Carta al Director). World Psychiatry. 2006; 3 (3): 190. [Edición en español].
30. _____. La etapa contemporánea de la relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública serie en Internet . 2004 citado Sept 2008 ; 30 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es&nrm=iso

Recibido: 21 de octubre de 2008.

Aprobado: 22 de noviembre de 2008.

Ricardo Ángel González Menéndez. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.
E-mail: isaric@infomed.sld.cu