

Reflexiones sobre el concepto de comunicación: segunda meta internacional de seguridad del paciente

Joel Medrano-Mariscal^a

Reflections on the concept of communication: second international goal of patient safety

Effective communication is an element of prime importance, especially as it relates to health professional staff. Reflect on the concept and its meaning in a specific sector, taking into account their cultural and socio-environmental, requires interdisciplinary assistance in this case tools of medical anthropology as the emic view retake and construction of indicators are proposed.

Medical anthropology and other social sciences, shows that the emic communication approach transcends the individual; so it is important to emphasize that communication has to be understood as a social construction, which helps to achieve understanding between people. Only from understanding the other will be able to think of an effective communication between health professionals.

Keywords Palabras clave

Communication	Comunicación
Anthropology, Medical	Antropología Médica
Health Communication	Comunicación en Salud

Hoy en día la comunicación es más que una moda, es una verdadera necesidad y en casos específicos, como en el de los profesionales de la salud, se ha convertido en una de las grandes prioridades, entre otras cosas porque de ello puede depender la vida de algunos pacientes. No es gratuito que existan Metas Internacionales de Seguridad del Paciente y que sea la segunda la “comunicación efectiva”. El Sistema de Salud de México en general y en particular el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) trabajan arduamente para dar cumplimiento a dichas metas por medio de su “Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, pero ¿cómo lograr una “comunicación efectiva” en un sistema burocratizado, impersonal y deshumanizante?¹

Partimos de la premisa de reconocer al otro, de entender su contexto y aprehenderlo, para que en un futuro sea elaborado un diagnóstico comunicacional, y una vez que tengamos ese diagnóstico, entonces sí poder lanzar una campaña de “comunicación efectiva”. Si no se hace de esta manera, caeremos en el error clásico de tomar por “comunicación” el acto informativo. En este sentido, para poder conocer a los nativos se retoma el elemento émico de la antropología médica.

El “papelito habla” y el concepto de comunicación

La comunicación entre profesionales de acuerdo con la meta internacional de pacientes se lleva a cabo a través de un medio escrito, y en casos específicos (como cuando se está dando atención al paciente que se encuentra en estado de emergencia y/o crítico o en proceso quirúrgico) puede posponerse temporalmente, pero posteriormente debe anotarse, es decir, definitivamente se anota. Pero ¿lo escrito es realmente comunicación?

Al pensar en el concepto de comunicación primeramente nos remitimos al viejo esquema de: emisor-mensaje-receptor y viceversa. La antropología médica² (que es la disciplina que comprende la relación: Hombre-Enfermedad-Tiempo-Cultura, así como sus estrategias curativas en el tiempo y en las distintas culturas), enriquece el paradigma con su visión émica,

^aHospital General Regional 200, Instituto Mexicano del Seguro Social Tecámac, Estado de México, México

Comunicación con: Joel Medrano-Mariscal
Teléfonos: (55) 5775 1679, 5177 62 14
Correos electrónicos: joel.medrano@imss.gob.mx, mro.joel.medrano@gmail.com

Resumen

La comunicación efectiva es un elemento de primísima importancia, más aún cuando esta se refiere a personal profesional de salud. Reflexionar sobre el concepto y su significado en un sector específico, tomando en cuenta sus características culturales y socioambientales requiere de auxilio interdisciplinario, en este caso se retoman herramientas de la antropología médica como el punto de vista émico y se propone la construcción de indicadores.

La antropología médica, como otras ciencias sociales, permite mostrar que el enfoque émico de comunicación trasciende al individuo; por lo que es importante recalcar que la comunicación se tiene que entender como una construcción social, la cual ayuda al entendimiento entre las personas. Solo a partir del entendimiento del otro se podrá pensar en una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.

ya que se considera que todo concepto es una construcción social que responde a una forma particular de ver y vivir la vida, es decir, los pueblos constituyen sus conceptos tácita o explícitamente, de acuerdo con su cultura y saberes propios.³ En este sentido, la comunicación se tiene que entender como una construcción social, para lo cual, primero, tenemos que aprender a ver como “extraño” lo que nos es “natural” porque lo obvio se omite por obvio, lo que impide reconocer particularidades y entender respuestas que no son iguales a los problemas en todos los casos, pues predomina la subvaloración y los estereotipos que impiden comprender las dinámicas comunicativas, así que nos preguntamos: ¿Cómo es la comunicación entre profesionales? ¿Qué pasa cuando se considera la resiliencia entre el personal profesional de la salud?

Problematizando lo anterior, tenemos tres tipos de visión para la formación de cualquier concepto: moral, ética y émica.

- Visión moral del concepto: es una visión fría y apersonal. Corresponde a las leyes, normas, manuales y procedimientos.
- Visión ética del concepto: es objetiva y científica, corresponde a la visión “de los expertos” ya concientizada, corresponde también a “los capacitados”.
- Visión émica del concepto: fomenta la visión de los nativos. Entendido nativo más allá del sentido estrecho del nacimiento, es el que posee una cultura y un modo de vida diferente de la “del experto” y que se encuentra en un sitio, lugar y tiempo determinado (nativo, no es sinónimo de indígena). Bajo

Cuadro 1 Indicador cualitativo: Comunicación Meta Internacional de Seguridad en el paciente 2

Perspectiva moral	Perspectiva ética	Perspectiva émica
Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	Proceso de comunicación: Emisor-mensaje-receptor	Se entiende al ser humano desde una perspectiva humana, cultural, holística, étnica y antropológica.



esta perspectiva se hacen varias preguntas para conocer al nativo: ¿Cómo piensan ellos? ¿Cómo perciben y categorizan? ¿Cuáles son sus normas de comportamiento? ¿Qué tiene sentido para ellos? ¿Cómo imaginan las cosas? ¿Cómo se explican las cosas? (cuadro I).

Sumando a esta problematización, se encuentra la resiliencia, es decir, encontrar los factores positivos que pueden surgir o revelarse a partir de experiencias negativas, la cual se acompaña de demostraciones físicas y verbales de cariño, y se apoya en ámbitos diversos como: religión, espiritualidad y otros fenómenos, como reconocimientos a éxitos y habilidades, oportunidades de desarrollo de destrezas, actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de sus semejantes. Ahora bien, si a la comunicación émica y resiliente le sumamos los factores de protección psicológica y psicosocial de los individuos como sus creencias religiosas, el santo de su devoción, un amuleto e incluso su organización sindical y con estos elementos nos preguntamos: ¿El personal de salud verdaderamente expresa explícitamente el concepto de comunicación? Y si a esta problematización le ponemos la tilde, que de acuerdo al estilo de vida de cada uno será el potencial de recepción de la comunicación “efectiva”.

Lo émico permite el recate de lo cualitativo frente a lo cuantitativo. Los creadores de las políticas y programas enfatizan en “lo objetivo” y se olvidan de que las mayorías somos “no científicos”, no pensamos en términos de porcentajes, percentiles o intervalos de confianza, más bien nos enfocamos en que una cosa pueda suceder o no, por ejemplo que los jefes tomen a un empleado en cuenta para hacer sus carpetas gerenciales, o para la toma de decisiones, o para buscar alternativas y agilizar un trámite, o cómo hacer evaluaciones internas del tipo PRACMED, o PRACENF y su respectivo reconocimiento. Hay que aclarar que no se está en contra de “lo objetivo” y de los datos duros (que, aunque a la mayoría nos es difícil entender, sabemos que son útiles), lo que se necesita es reconocer “lo otro”, reconocer “al otro”.

Ahora bien, si consideramos que el personal de base, el operativo, el que se debe comunicar efectiva-

mente reproduce las formas de comunicación directivas, creo que estamos en serios problemas, pues para ellos solo el “papelito habla” y el papelito, casi siempre, tiene la visión moral (normativa y/o legal) y la visión ética del experto, y carece de visión émica.

Necesitamos comunicarnos con otra lógica, pues la prevaleciente no funciona correctamente. El no reconocer esto significa el desperdicio de recursos físicos y humanos. Cuando las actitudes y entendimiento populares sobre la comunicación divergen de la predicción y explicación de los expertos, entonces es momento de cambiar la política directriz.

Un ejemplo de comunicación directiva pudiera ser el que se plantea en el siguiente caso: por videoconferencia semanal una autoridad da una instrucción, el directivo de la unidad reproduce por memorándum interno esa instrucción, pero ¿en qué momento preguntaron al personal cómo se percibe dicha instrucción?

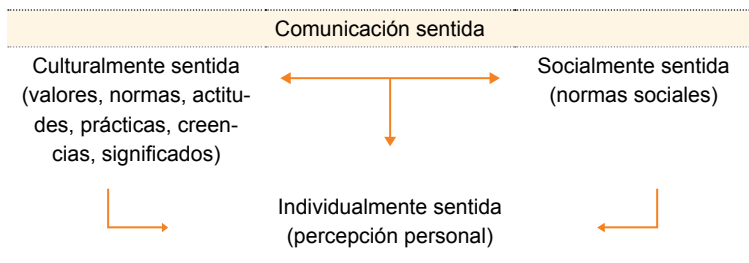
Otro ejemplo típico de comunicación directiva: En un HGR, llega un nuevo director, junto con su equipo de trabajo cambian la visión, misión y valores de dicha unidad, los operativos se enteran de dicho cambio una vez que les dicen que deben aprenderse “porque nos vamos a certificar” y deben firmar de enterados. ¿Cómo pretenden que el colectivo asuma la misión, visión y valores de la unidad y se guíe por ellos cuando no los conoce, no decidió en colectivo por ellos y por lo tanto no los asume como propios?

La difusión no es comunicación y menos comunicación efectiva. Si no se conoce el pensar, el sentir, el vivir, la forma de construir la realidad de las colectividades ¿cómo se puede esperar una respuesta acorde a las políticas planteadas, a esos estándares impersonales que no buscan otra cosa que la productividad? Eso que algunos jefes llaman “estar en verde en los indicadores”, y que en vez de hacer el intento por conocer, lo preconiben y lo prejuizan.

Para que una política institucional logre su objetivo, se debe entender el contexto, moral, ético y émico y hacer la campaña de difusión en esos tres terrenos, reconociendo alternativas que cubran diferentes posibilidades de manera democrática donde no prime, a través del poder, una visión socialmente reconocida como “más valiosa” o “verdadera”. Se trata también de reconocer que se puede disentir, que se puede procesar y evaluar con la óptica del sentido común, entendiendo desde su propio marco sociocultural, es decir, reconocer también que existen varios “sentidos comunes”.

Ante este intrincado problema de “comunicación efectiva”, debemos dar un acercamiento a la representación social del concepto de comunicación. La representación social del concepto nos habla del objeto percibido, de los sujetos que lo perciben a través de sus sentidos, cultura y ambiente de la interacción.

Cuadro II Indicador cualitativo



Cuadro III Indicadores cualitativos de la comunicación

Comunicación
• Formas de comunicación
• Riesgos de la comunicación
• Agentes de comunicación
• Concepción de comunicación
• Percepción de la comunicación
• Factibilidad de comunicación
• Medios de comunicación
• Susceptibilidad percibida
• Origen de la comunicación
• Causalidad percibida de la comunicación

Toda representación social es representación de algo o alguien. Así, no es duplicado de lo ideal, ni de la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto, sino que constituye el proceso por el que se establece su relación con el mundo, y con las cosas. Es, a fin de cuentas, un producto y un proceso a la vez,⁴ por lo tanto, la comunicación es un proceso y un producto.

Como proceso, tiene que ver en la manera de cómo se aprenden los sucesos de la vida diaria, y está influido por las diferentes formas de socialización a las que los individuos están expuestos (grupos, campañas, medios, país, educación, etc.); cada individuo procesa toda esa formación e información a partir de sus experiencias, conocimientos, forma de vida, valores, intereses y relaciones con otras personas, conformándose como imagen mental y social, y de allí se desprenden comportamientos y actitudes, por lo que cada individuo tiene un concepto propio de comunicación, determinado por la forma en que se ha adquirido, cultura, presiones de la vida, expectativas, socializaciones, mediaciones que determinan la concepción, la vivencia y la toma de decisiones ante el hecho de exponer, ya sea a nosotros o a otros. La comunicación, y por lo tanto, la representación social de la comunicación, será la una guía decisiva para el actuar de las personas.

Todos concebimos la comunicación de una manera, el discurso oficial nos dice una cosa, representa la manera normalizada (moral) mensurable, medible, y los expertos subrayan “comunicaciones efectivas” (por escrito) (cuadro II).

La antropología médica, como otras ciencias sociales, permite mostrar que el enfoque émico de comunicación trasciende al individuo. En un mundo en donde el Estado (y sus aparatos de control ideológico) tie-

nen cada vez menos injerencia en el bienestar de sus miembros, en él priman los intereses monetarios de las transnacionales sobre el cuidado del ambiente y la calidad de vida de los trabajadores, donde la globalización intenta romper todo tipo de fronteras, incluyendo la relación de salud-paciente, por salud-cliente; reflejando así las relaciones de poder y su propia lógica divisoria. Reducir el problema de “comunicación” al control del individuo, aislado de su medio, es más que utópico y fuera de la realidad.

Entender la problemática de comunicación efectiva, orilla a una teoría y un método necesariamente cualitativo. Por lo que se propone explorar la visión de los nativos, es decir los operativos que viven en las unidades.

Con este indicador se puede incluir a los NO notados, a los nadies que describía Galeano en su famosísima poesía.⁵

Los humanos generamos y tenemos representaciones sociales sobre todo: lo bueno, lo malo, lo deseable, lo aceptable, la salud, la enfermedad, etc. Sin embargo, no se debe creer que las representaciones son el concepto en sí mismo, sino que comprenden todo lo que el saber sintetiza en los conceptos.

Las representaciones sociales de los conceptos son verdaderamente complejas, por ejemplo para la construcción social del concepto “comunicación” se deben tomar por lo menos estos elementos y ninguno de manera aislada.

Conclusiones

En el terreno de la comunicación, como en todas las ciencias sociales, no podemos aventurarnos a dar conclusiones, más bien abrir debates y discusiones, por lo que nos abrimos al análisis situacional comunicativo en cada unidad del IMSS, tomando en cuenta la cultura de los nativos, su contexto, su entendimiento, su sentimiento, su percepción, sus formas, sus conceptos, sus causalidades percibidas, etc. Solo a partir del entendimiento del otro se podrá pensar en una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud.

Se considera que si nos damos a la tarea de elaborar los tres indicadores cualitativos sugeridos de la comunicación entre los profesionales de la salud, tendremos mayores elementos para poder decir si existe o no una comunicación efectiva, a la vez, no descartamos que éstos puedan ser modificados para mejorarlos (cuadro III).

A manera de apertura de discusión y debate se dejan las siguientes preguntas:

¿Cómo es la comunicación interna en las unidades IMSS? ¿Es comunicación o es información? ¿Es infor-

mación o es indicación? ¿Se puede mejorar? ¿Es posible tomar en cuenta la otredad para la elaboración de las políticas? ¿Es posible que los cuerpos de gobierno tomen en cuenta al operativo para elaborar las políticas?

Declaración de conflicto de interés: el autor ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Petrella C. Análisis de la teoría burocrática: aportes para la comprensión del modelo burocrático. [Online]. Uruguay: Facultad de ciencias empresariales; 2007 [cited 2014 Julio 10. Disponible en: <http://www.fing.edu.uy/catedras/disi/DISI/pdf/Analisisdelateoriaburocratica.pdf>.
2. Reverete Coma J. Museo de Antropología Médico-Forense, Paleopatología y Criminalística. [Online].; 2007 [cited 2014 Julio 10. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/antropologia/antropologiamedica.html>.
3. Díaz Murillo MdP. El riesgo en salud: entre la vision del lego y el experto: una perspectiva sociocultural Pública IdS, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
4. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In Jodelet D. Psicología social II. Barcelona: Paidós; 1988. p. 469-494.
5. Galeano E. Un poema al día. [Online].; 1940 [cited 2014 Julio 11. Disponible en: <http://blogs.20minutos.es/poesia/2009/09/25/los-nadies-eduardo-galeano-1940>