

Número 2 – Enero/Junio 2018

REVISTA SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

ISSN 0719-8736

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero

PUERTO MONTT - CHILE





CUERPO DIRECTIVO

Director – Editor en Jefe
Dr. Alex Véliz Burgos
Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectora
Mg. Anita Dörner Paris
Universidad de Los Lagos, Chile

Editor Científico
Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda
Universidad Católica de Temuco, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés
Dr. José Luis Reyes Lobos
Lic. Paulinne Corthorn Escudero
221 B Web Sciences, Chile

Traductora: Portugués
Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
221 B Web Sciences, Chile

Diagramación / Documentación
Lic. Carolina Cabezas Cáceres
221 B Web Sciences, Chile

Portada
Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero
221 B Web Sciences, Chile

*Publicación del Núcleo de Salud y Bienestar
Colectivo, Puerto Montt, Patagonia, Chile*

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Adolfo Abadia
Universidad ICESI, Colombia

Dr. Juan R. Coca
Universidad de Valladolid, España

Dr. Francisco José Francisco Carrera
Universidad de Valladolid, España

Dr. Darío Páez Rovira
Universidad del País Vasco, España

Dra. Anabel Paramá Díaz
Universidad de Valladolid, España

Dr. Oscar Santilli
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Mg. Gladys Castillo Castro
Universidad San Martín de Porres, Perú

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros
Diálogos en Mercosur, Brasil

Dr. Alain Morejón Giraltoni
*Universidad de Ciencias Médicas de
Cienfuegos, Cuba*

Dr. Marco Eduardo Murueta
*Asociación Mexicana de Alternativas em
Psicología, México*

Mg. Oswaldo Orellana Manrique
*Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Perú*



Dr. Carlos Peraza

Biomed Centroamerica, Belize

Dr. José Puig Espinosa

Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Alicia Risueño

Universidad Kennedy, Argentina

Dr. José Vives-Rego

Universidad de Barcelona, España



Indización

Revista Salud y Bienestar Colectivo, se encuentra indizada en:





ISSN 0719-8736 - Número 2 – Enero/Junio 2018 pp. 37-48

**REFLEXIONES SOBRE EL PROFESIONAL CLÍNICO Y SU ROL DE LÍDER
EN LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD**

**REFLECTIONS ABOUT THE CLINICAL PROFESSIONAL AND HIS LEADERSHIP
IN HEALTH CARE HUMANISATION**

Mg. Rubén Celis Schneider
Universidad de Los Lagos, Chile
ruben.celis@ulagos.cl

Fecha de Recepción: 11 de enero de 2018 – **Fecha de Aceptación:** 12 de marzo de 2018

Resumen

La visión tradicional del ser humano compuesto por dos naturalezas ficticiamente disociadas se ha traducido en profesionales de la Salud centrados en tratar la enfermedad biológica, dejando de lado la naturaleza psicológica y social que componen al individuo. Este acercamiento artificial y deshumanizado hacia el paciente provoca reportes de bajos niveles de satisfacción en el trato recibido, así como una baja adherencia hacia los tratamientos indicados. Se requiere de modificaciones importantes en la formación superior de los profesionales que permitan ejercer un rol de líder en el trabajo con los pacientes y que se orienten a humanizar la Salud.

Palabras Claves

Liderazgo en la salud – Humanización de la salud – Formación de profesionales de la salud

Abstract

The traditional view of the human being made of two perspectives – body and mind – has led health care professionals to treat diseases biologically, omitting the psychological and social nature that involves an individual. This artificial and non-human approach has caused the patients to have low levels of satisfaction and low adherence to the medical treatments. There must be significant training modifications of the Health care professionals, so they can lead a role in the contact with their patients and make a more human health care.

Keywords

Leadership in Health care – Humanisation of Health care – Health care professional training

1.- Breves antecedentes históricos

Se llama comúnmente a la Edad Media como la Edad Oscura, explicado en términos muy simples, por el gran poder que tenía la visión judeocristiana sobre la sociedad de esa época, y por la tendencia a justificar y explicar los fenómenos que ocurrían en este mundo, incluyendo al ser humano, en la acción de Dios.

Con este encabezado no se quiere criticar las creencias o valores religiosos, sino más bien introducir diversos hechos históricos que sentarán las bases para estas reflexiones acerca del liderazgo y la deshumanización en la Salud. Este conjunto de sucesos, que se engloban dentro del Renacimiento, y que se caracterizará por la invención de la imprenta, la caída del Imperio Sacro Germánico, la Reforma Protestante y la pérdida del poder de la Iglesia Católica, generarán un impulso a las Ciencias y las Artes que seguirán en una clara evolución hasta el día de hoy, con sus aciertos y sus desaciertos.

Dentro de estos aparentes aciertos, se hace conveniente mencionar el gran aporte de Descartes y su Dualismo, gracias al cual se le da un gran impulso a las Ciencias Naturales y al estudio del Hombre, al separar al ser humano en dos naturalezas: un alma pensante (Res Cogitans) y un cuerpo material (Res Extensa). Esta visión dicotómica de la persona permitió el desarrollo de disciplinas tales como la Medicina y la Psicología, al dejar en el plano físico y terrenal aquello que era propio del día a día, y conservar lo divino e inmaterial en el plano de la Fe¹.

Ahora bien, los planteamientos de Descartes tienen sus orígenes en Platón y Aristóteles, pero quizás lo que hace más rescatable de las ideas del filósofo francés se relaciona con el conjunto de sucesos históricos que se mencionaron y que, probablemente, caló tan hondo en el progreso de las Ciencias².

No obstante, esta misma separación en dos naturalezas que fue tan útil y funcional en un primer momento para dejar atrás la censura eclesiástica, también provocó una visión irreal del ser humano, al separarlo artificialmente en dos aspectos que no pueden existir uno sin el otro. Quizás, y siendo coherente entre sus planteamientos, Descartes propuso en su Discurso del Método la necesidad de poner en duda un fenómeno de estudio para poder llegar a la certeza. Por lo mismo, es muy comprensible que, al seguir este principio científico, el estudio del ser humano se centre en lo que es medible y concreto, vale decir, el cuerpo terrenal³.

Continuando con esta lógica, entonces es posible “cosificar” al cuerpo humano, acentuando aún más esta separación entre distintas naturalezas que componen a la persona, e incluso diferenciando a esa entidad de otros seres vivos que carecerían de ese aspecto pensante. Esa misma diferenciación permitirá distinguir a la persona Hombre del resto de los animales, pudiendo incluso incluir dentro de esa última categoría a los esclavos. Desde esta perspectiva, este afán por reducir al Hombre en distintos aspectos desconectados entre sí, tendrá una influencia importante en la consideración del ser

¹ A. Damasio, El error de Descartes. La razón de las emociones (Santiago: Chile: Andrés Bello, 1991)

² A. Damasio, El error de Descartes. La razón de las emociones...

³ R. Descartes, Discurso del Método (Buenos Aires: Losada, 1979).

humano desde el punto de vista de las Ciencias, incluyendo la Medicina, la Economía y hasta el aspecto legislativo⁴.

Sin embargo, y a pesar que la esclavitud o el trato denigrante hacia los animales son prácticas bastante abandonadas ya bien avanzado el Siglo XXI, pareciera ser que se mantienen algunos resabios de esa visión parcelada del ser humano, y que la cosificación de la persona se sigue manteniendo en las distintas ramas de las Ciencias de la Salud.

En ese sentido, la formación de las diversas escuelas de disciplinas de la Salud se han enfocado en el desarrollo de competencias técnicas que, sumado al avance exponencial de los implementos tecnológicos y de la automatización de los últimos 50 años, han derivado en una deshumanización y a perpetuar una visión sesgada del ser humano paciente, conservando y priorizando el cuidado de cuerpo, pero no del ser humano persona⁵.

Esto ha llevado a un acercamiento hacia un individuo que ha dejado de lado la aproximación entre una persona-paciente que requiere ayuda y una persona-profesional que es capaz de brindársela, para generar una barrera ficticia a través del uso de herramientas objetivas (exámenes médicos), que distancia una interacción genuina, y que fortalece la cosificación del ser humano en el área de la salud. De esta manera, no sólo se ha obtenido un incremento en los costos asociados a los exámenes de laboratorio, sino también una disminución importante de la adhesión de los pacientes a los tratamientos, así como un bajo nivel de satisfacción en los usuarios hacia la atención recibida por parte de los profesionales⁶.

El presente artículo pretende generar una reflexión acerca la necesidad de acercamiento genuino entre un profesional de la Salud y su paciente, que exponga la necesidad de un trabajo en equipo entre ese profesional tratante y su cliente-paciente, en donde se exige del primero una capacidad de actuar como un líder efectivo al interior del equipo, haciendo énfasis en la necesidad de establecer un contacto genuino y una aproximación integral hacia su persona-paciente. Estos planteamientos se centran en la premisa que ello es lo que favorecerá una aplicación más humana y permitirá incrementar los porcentajes de efectividad en los tratamientos a los que se somete una persona que padece alguna afección en su salud.

2.- La necesidad del contacto genuino en la aproximación clínica hacia los pacientes

Con toda seguridad, y desde una perspectiva de la educación en general, si se comienza a indagar en qué puede hacer que un estudiante de una materia cualquiera consiga desarrollar los aprendizajes esperados en una asignatura en particular, lo más probable es que ese aprendiz recalque las características personales del profesor. Si ese docente es capaz de transmitir el entusiasmo hacia su materia, y si es capaz de mantener

⁴ G. Bueno, El sentido de la vida (Oviedo: Pentalfa, 1996).

⁵ C. Arredondo-González, Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. 2009. Recuperado el 01 de 03 de 2018, de Index de Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es.

⁶ S. Cole y J. Bird, The Medical Interview. The three function approach (Nueva York: Saunders, 2013).

un contacto estrecho con sus estudiantes, lo más probable es que los alumnos lo reconozcan como un buen profesor y mejoren los resultados académicos esperados.

Lo mismo puede ocurrir en aquella persona que, pasando por algún conflicto vital importante, solicite la orientación de algún profesional del área de la salud en general, ya sea la psiquiatría, la psicología, enfermería. Si el especialista demuestra pasión por lo que hace, demuestra compromiso, respeto, consideración hacia su paciente, es muy probable que este último logre los resultados terapéuticos esperados. Desde esa mirada, no es ninguna novedad entonces que se reconozca la importancia del profesional y de su forma de actuar en la interacción con los otros, lo que lleva a obtener el efecto esperado en quien requiere de sus servicios.

García propone que la interrelación que se produce entre la Teoría, la Técnica, el Psicoterapeuta y el Cliente (Paciente), será el punto central que hará que la intervención clínica sea efectiva. Y si bien reconoce que las características demográficas, tales como la edad, el género sexual, la raza o el nivel sociocultural, son aspectos que inciden en la posibilidad de establecer un contacto cercano que favorezca la efectividad de la intervención clínica, también advierte que esas variables anteriores deben ser mantenidas bajo control por el profesional y apoyarse sustantivamente en la aceptación tanto de sí mismo como la del otro, y de esta manera promover el contacto genuino que sirva de ayuda para el sujeto que solicita el apoyo terapéutico⁷.

Lazarus⁸, destaca por sobre las demás características que poseen los terapeutas efectivos a esa capacidad de usar la sabiduría (*wisdom*), la capacidad de no juzgar, de ser flexibles, de comprometerse con los valores y la dignidad humana, el poder ser hábiles comunicadores, incluso la posibilidad de usar el humor y las anécdotas personales, demostrando así una coherencia, una autenticidad y una facilitación de la relación con el otro.

En resumen, lo que sienta las bases para que una psicoterapia sea efectiva, es la persona del terapeuta. Sin ello, la técnica y la teoría no son suficientes para provocar un cambio que incremente la calidad de vida de las personas que solicitan de sus servicios.

Este fenómeno que ocurre en la terapia psicológica no se aleja mucho, y no debería hacerlo, de lo que ocurre en el área más biológica de las disciplinas de la Salud. En este punto, los especialistas de ambas áreas deben dejar atrás a Descartes y a su visión dualista del Ser Humano y eliminar la visión separada del cliente (paciente): si bien un médico o una enfermera pueden centrar sus atenciones en promover la salud biológica de un cliente, no puede ni debe obviar el aspecto psicológico y social de quien padece alguna alteración. Cabe aquí mencionar una cita de Erick Cassel muchas veces citado por autores que se refieren a la Bioética: “el médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar”⁹.

⁷ J. García Moreno, El psicoterapeuta, factor de efectividad. Revista de análisis transaccional y Psicología humanista, 1(1), (2012) 67-105.

⁸ J. García Moreno, El psicoterapeuta, factor de efectividad...

⁹ M. L. Pfeiffer y L. Molinari, Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina. 2013. Recuperado el 05 de 03 de 2018, de www.ramr.org: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-236X2013000300007&script=sci_abstract

Estas mismas autoras advierten sobre el excesivo celo que los profesionales de la salud han puesto sobre la enfermedad, orientando sus esfuerzos a eliminar un mal, pero a dejar de lado el cuidado y el acompañamiento del cliente (paciente). Tanto es así, que hasta resulta espontáneo hablar de la persona que acude a solicitar ayuda por parte de un profesional y referirse a dicha persona como “el paciente”. Esta misma visión del modelo médico de la enfermedad ha teñido al área mental de la salud, y no es raro que en dichas disciplinas se hable también usando términos como “paciente”, “enfermedad (mental, en este caso)”, “el alta”, etc. Parece ser entonces que la Psicología y la Psiquiatría se han empapado del modelo médico de la salud, a pesar que es posible reconocer que lo biológico es sólo una parte del ser persona, y que atender exclusivamente al problema-enfermedad, se traduce en una visión pobre e incompleta del sujeto-cliente, y que finalmente se conformará en una atención tremendamente ineficaz de la intervención de cualquier profesional del área de la Salud. En este caso, el concepto de Salud se expresa con mayúscula, de manera de abarcar toda disciplina científica que promueva una mejor calidad de vida en las personas-clientes.

Quizás se hace necesario que las otras áreas de la Salud se empapen de la Psicología y la Psiquiatría, favoreciendo y destacando el rol del profesional en el éxito de su intervención. Bird y Cole reconocen la visión simplista del médico que ha predominado históricamente y que se ha orientado a “curar de su mal” a sus pacientes, por lo que proponen un modelo de entrevista clínica que puede ser enseñado a los estudiantes de medicina, pero también aplicable a las otras disciplinas del área, y en el cual ellos plantean que la entrevista es el contacto primordial que establece un profesional con su cliente. Mencionan además que los profesionales de la perspectiva más biológica han ido abusando de la tecnología y de los exámenes de laboratorio, dejando de lado la aproximación más genuina y la comunicación honesta con el cliente. Como resultado, se han incrementado los costos en exámenes de laboratorio y se ha reducido el porcentaje de adhesión de los pacientes a los tratamientos que se les han indicado¹⁰.

Este modelo propuesto se centra en tres funciones básicas: 1) la recolección de información para obtener el diagnóstico; 2) desarrollar un vínculo y acoger las emociones del paciente; y 3) educar y motivar al paciente hacia el tratamiento, en caso de ser necesario¹¹.

Al parecer, mencionan estos autores, el contacto con el paciente se ha centrado en la recolección de información, dejando de lado las otras dos funciones. Puede ser por una premura de tiempo, por la necesidad de establecer un diagnóstico rápido y por solucionar el “mal” que se comentaba, o quizás por las mismas inseguridades que puede poseer este profesional, el médico buscará auxilio en la técnica y en los exámenes para establecer el objetivo del tratamiento.

Aunque no se puede negar la importancia y la precisión con que los avances tecnológicos han favorecido la detección temprana de muchos padecimientos, el correcto uso de lo técnico no parece ser un predictor importante de la eficacia de los tratamientos. Diversos estudios demuestran que la adhesión a las terapias de los pacientes crónicos apenas oscila entre un 50 y un 60%. Más aún, se calcula que 125.000 personas en

¹⁰ S. Cole y J. Bird, The Medical Interview. The three function approach...

¹¹ S. Cole y J. Bird, The Medical Interview. The three function approach...

Estados Unidos fallecen anualmente producto de no haberse comprometido con el tratamiento indicado¹².

Y es interesante que las tres funciones están interrelacionadas y se apoyan entre sí. En ese sentido, un cliente-paciente que se siente acogido y consolado por el profesional tratante se sentirá motivado a hablar de manera más abierta acerca de sus padecimientos, la forma en que lo afecta, sus temores y sus expectativas acerca del tratamiento. Más todavía, si el cliente-paciente logra establecer un vínculo cercano con el profesional, estará mucho más atento a recibir las indicaciones que realice el tratante, comprenderá de mejor manera la necesidad de adherirse al tratamiento y, con toda seguridad, se sentirá impulsado a cumplir con las recomendaciones que lleven a cabo¹³.

Entonces, si las herramientas diagnósticas basadas en los avances tecnológicos y las indicaciones terapéuticas pueden ser las que requiere un cliente-paciente para superar su padecimiento y, aun así, el bajo cumplimiento de estas indicaciones y el incremento en el número de fallecidos por no seguirlos parecen demostrar que no es posible orientar la intervención a tratar el mal biológico, sino que debe apuntar a acompañar y a consolar, según las palabras de Cassel. Desde esta perspectiva, no es arriesgado pensar y destacar entonces que la *aptitud* del profesional tratante debe ir de la mano con la *actitud* de ser persona y de ser capaz de establecer y mantener un contacto cercano, cálido, genuino y humano con su cliente-paciente.

Hasta el momento, la formación de los estudiantes de las carreras de la Salud se ha centrado en el desarrollo de las aptitudes, con un fuerte énfasis en lo teórico, técnico y tecnológico, pero ha dejado de lado el desarrollo de las actitudes, la motivación, las emociones, el autocuidado y, por supuesto, la consideración de un liderazgo efectivo en los profesionales que se corresponda con la aplicación práctica de las disciplinas ya mencionadas. Asimismo, la preocupación por el rol que ejerce realmente el profesional tratante sobre el tratamiento, así como la necesidad de humanizar la Salud, se ha centrado desde lo teórico y poco se ha avanzado en estudios empíricos que avalen la influencia positiva de los estilos de liderazgo que generen cambios positivos en los clientes-pacientes, de manera tal de promover efectivamente un incremento en la calidad de vida de ellos y de la comunidad en general¹⁴.

3.- La necesidad de un liderazgo en la Salud

Desde el punto de vista del comportamiento de los seres humanos al interior de las organizaciones, es probable que no se pueda poner en duda el rol del líder y su importancia para el logro de objetivos difíciles. Quizás pueda discutirse qué tipo de líder es mejor o peor dependiendo de las circunstancias que rodean el logro de los resultados esperados. Y desde esa mirada, se puede ver la evolución que ha sufrido el concepto de líder desde principios del siglo XX a la visión que se tiene finalizando ese período. Hace 100 años se planteaba que un líder debía caracterizarse por la inteligencia, la confianza

¹² B. Hayden, Medication Adherence: A Call for Action. American Heart Journal (2011) 412-424. Obtenido de National Institutes for Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947508/>

¹³ S. Cole y J. Bird, The Medical Interview. The three function approach...

¹⁴ P. Hoyos; M. Cardona y Correa, D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investigación y Educación en Enfermería, XXVI(2) (2008) 218-225.

en sí mismo, e incluso, por su estatura física, con una preocupación excesiva en el desarrollo de la tarea¹⁵.

Actualmente, y de acuerdo con las visiones más modernas de los rasgos de liderazgo, en donde la posibilidad de ejercer una influencia positiva sobre los liderados, dependerá de la capacidad de establecer una confianza mutua, el respeto por las ideas, y la posibilidad de atender a los sentimientos de las personas al interior del equipo. Se ha recomendado que el líder posea la habilidad para ofrecer una visión de futuro que impulse a la acción, en la cual se desarrollen acciones específicas para alcanzar resultados claros. Para ello debe facilitar un entorno de apertura, respeto y de cercanía, donde se expresan las expectativas que se tienen de cada uno de los participantes en el logro de las metas, pero donde además se atiendan las necesidades personales de cada integrante del equipo y que la actitud sea más bien de guía y de consejero, más que de imponer sus ideas¹⁶.

Lo anterior implica dejar de lado la consideración del líder que usa la autoridad en función del poder que le asigna un cargo determinado, para comenzar a desarrollar actitudes que permita ofrecer un desafío que sea ambicioso, pero a la vez que contagie el entusiasmo y motive a la acción. Y si bien las organizaciones tienen una forma de relacionarse definida por un organigrama que contribuye al logro de sus objetivos, esa delimitación gráfica no puede dejar de lado que las personas son seres sociales y que establecen relaciones de tipo informal. Esas relaciones informales y la necesidad del contacto con otro es lo que finalmente determinará el éxito o el fracaso en el cumplimiento de las metas. Las personas conforman de manera espontánea ciertos lazos de afecto y de amistad con sus pares, y será justamente la calidad de los lazos que se establezcan lo que determinará el rendimiento de una organización. Asimismo, las instituciones que prestan servicios en Salud están conformadas por un conjunto de individuos, tales como médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares, pero también clientes-pacientes, familiares, administrativos, etc. Todos ellos participan y juegan un rol dentro del servicio que se presta y que puede determinar el rendimiento en la calidad de la atención brindada. Como en cualquier otra organización, la manera en que se gestionan los recursos de esa institución prestadora de Salud determinará su valor y su competitividad¹⁷.

En este conjunto de interacciones que comienzan a surgir, especialmente aquellas relaciones de tipo informal, rápidamente se destaca el rol de las enfermeras, por la capacidad y la necesidad que tiene este integrante del equipo de mantener un contacto estrecho con el médico, con el cliente-paciente y su familia, el laboratorio, la nutricionista, la farmacia, etc., y por lo mismo, tiene una función especial de coordinar a los distintos actores que participan en mejorar la salud del cliente. No obstante, el objetivo de la reflexión que motiva este artículo no se dirige hacia el funcionamiento mismo de la institución de Salud, sino que quiere centrarse específicamente en el liderazgo que debe exhibir el profesional de la salud en general en el tratamiento y en la relación con el cliente-paciente, y que podría llevar al éxito del tratamiento.

¹⁵ J. Donelly; J. Gibson y J. Ivancevich, Fundamentos de dirección y administración de empresas (México: McGraw-Hill/Irwin, 1997).

¹⁶ E. Soto, Comportamiento organizacional: el impacto de las emociones (México: Paraninfo, S. A., 2001).

¹⁷ M. d. Marquéz-Sánchez et al, El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales, 25(2) (2014) 140-162.

El año 2012 se promulga la Ley 25.584 acerca de los Derechos de los Pacientes¹⁸, en la cual se establecen ciertos lineamientos muy claros que pretenden disminuir la asimetría que tradicionalmente se ha promovido en la relación profesional de la Salud y el cliente-paciente, y en la cual el profesional entrega unas indicaciones y el paciente debía acatar lo señalado por el tratante. Esa visión ha cambiado hacia una postura mucho más simétrica o, mejor dicho, a nuevas simetrías, en las que el cuidado médico se expresa en una relación en la cual se deben poner en juego información precisa, expectativas, temores, confianzas, y todo ello orientado hacia el logro de una Salud de calidad.

Los roles que se asumirán entonces entre las partes en juego deben cambiar, y apuntar a una interacción activa y recíproca. La interacción debe incorporar factores emocionales, donde existe incertidumbre, ansiedad, incluso frustración, y ello tanto en el cliente como en el profesional. La promulgación de esta Ley tiene una finalidad que se aleja de lo altruista y de lo deseable socialmente, puesto que se orienta a reconocer en el cliente-paciente una participación activa, en donde este cliente-paciente está recibiendo un servicio por el cual exige calidad, lo que sumado a los cambios y el avance en los medios de comunicación masiva, lo llevan a estar más atento a las acciones del profesional tratante, so pena de publicitar en televisión, radio, redes sociales, prensa, o el medio que estime más eficaz, las situaciones que vayan en contra de sus expectativas o que, según su percepción, atenten contra su dignidad como persona. En otras palabras, el cliente-paciente actual es más demandante y está más atento a cualquier señal que pueda afectar su integridad¹⁹.

Todos estos antecedentes hacen aún más necesario que se produzca un cambio en la forma en que el profesional tratante aborda a su cliente-paciente y comience a preocuparse tanto por atender al mal, como por acoger a la persona, en donde el primero debe considerar al sujeto tratado como una entidad biopsicológica, pero también social, en donde ya no puede esperar que el segundo actúe de manera reactiva o pasiva ante sus recomendaciones. Ahora se requiere que ejerza un real liderazgo, en el cual pueda impulsar y motivar al cliente a que acepte voluntariamente y participe activamente del tratamiento, en lo que puede considerarse un verdadero trabajo en equipo.

Reflexiones finales

Las personas han evolucionado y ha cambiado la forma de ver la realidad. Se cuentan con un conjunto de valores y de esquemas cognitivos que van siendo modificados a medida que la experiencia, la Ciencia y los avances tecnológicos permiten abrir los ojos ante los fenómenos con los que se enfrenta el Ser Humano en su día a día. Hace poco más de 500 años nadie dudaba de vivir en una Tierra plana. Esa Tierra que era el centro del Universo y donde los demás cuerpos celestes giraban en torno a ella. Hoy nadie duda de lo redondo de este planeta, el cual no es más que un grano de arena minúsculo que gira alrededor de un pequeño sol, en una vasta extensión de esa playa que se denomina Universo. De la misma manera, también ha cambiado la concepción de la Salud, en la cual la enfermedad biológica no es la resultante de un castigo divino, o la patología mental ya no es causada por una posesión demoníaca.

¹⁸ Ministerio de Salud, (2012). www.minsal.cl. Obtenido de <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

¹⁹ I. Braghetto y P. Baronti, Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad. Revista chilena de cirugía (2007) 385-392.

Así también la concepción cartesiana que influyó innegablemente en el desarrollo de las Ciencias Naturales que pudo haber sido muy novedosa en el Renacimiento, se ha convertido en un lastre que ha promovido una concepción del Ser Humano que hoy en día se considera no sólo incompleta, sino irreal: la persona no es un cuerpo tangible y una mente intangible como dos entidades separadas, sino que es una totalidad indivisible, y en donde los fenómenos que ocurren al interior de cualquiera de ellas es capaz de influir en la otra. Lo psicosomático ha dejado de ser un rótulo peyorativo para referirse a aquellas dolencias que no correspondían a una causa orgánica identificable, para transformarse en una realidad. Probablemente pocos negarán la influencia de un estado anímico positivo para enfrentar un cáncer.

Más aún, esa entidad biológica y psicológica no existe si no es en un contexto social. Y al considerar esta tercera dimensión es cuando se ofrece la oportunidad de preocuparse también por las interacciones que establece cualquier persona con otra: ese mismo individuo con cáncer tendrá un mejor o peor pronóstico dependiendo de las redes con las que cuente.

Dentro de esas redes que ha formado esa persona, es conveniente fijar la atención en la relación que establecerá ese paciente con los profesionales del área de la Salud con los cuales compartirá el tratamiento para su dolencia. Entonces se comienza a tener una percepción de la atención en Salud muy distinta a la visión tradicional y se genera una migración paulatina desde un paciente que acata las indicaciones de los profesionales tratantes, a la de un cliente-paciente que es parte de un trabajo en equipo con aquellos especialistas que se esforzarán por mejorar su calidad de vida y se preocuparán por respetar la dignidad de aquél que requiere de sus servicios.

De esta manera, comienzan a exigirse destrezas en los profesionales tratantes que serán consideradas para evaluar la calidad de la atención de aquél cliente-paciente, y esa calidad no sólo considerará la posibilidad de alcanzar la curación de la enfermedad, sino que irá en directa relación con el tipo de vínculo y la cercanía que se logre establecer entre ese cliente y el grupo de profesionales que se comprometa con la persona para tratar su padecimiento. Se exige entonces que el grupo de especialistas tratantes tomen conciencia que ellos son personas que trabajan con personas, en donde todos los integrantes del equipo padecen emociones, angustias, inseguridades, generan y se generan expectativas acerca de los demás, y que esos fenómenos tan subjetivos, son los que sentarán las bases para la técnica.

Los mismos cambios sociales y la preocupación por la dignidad del Ser Humano han implicado una evolución en la participación pasiva del sujeto que padece una dolencia, y es por eso que se ha hecho alusión al cliente-paciente y no sólo al paciente, por cuanto aquel individuo que padece (paciente) una enfermedad, es una persona que demanda un servicio de calidad (cliente), y en donde el proceso de tratamiento exige ser visto como un trabajo en equipo, en donde el profesional de la Salud debe ser visto como un líder que motive a su cliente a alcanzar una promesa de futuro que sea realista, desafiante, significativa, y que pueda considerar el bienestar completo de su cliente.

Esa capacidad de ejercer un liderazgo que sea empático, que tenga en cuenta las emociones del sujeto que padece un determinado trastorno, que ponga en juego sus propias motivaciones y que se acerque como ser humano a ese otro, que sea comprensivo y que no imponga realidades, sino que las proponga y persuada en la

necesidad de hacer el esfuerzo para alcanzarlas, es lo que determinará un vínculo de calidad entre el profesional y el sujeto que requiere de sus servicios.

Los cambios en las personas y los cambios socioculturales demandan dejar de lado la postura rígida del especialista que fomentaba la asimetría con su paciente. El sujeto que requiere tratamiento es un individuo que ha adoptado una postura mucho más directa, donde es probable que haya indagado acerca de su padecimiento en la web, y que haya desarrollado ciertas nociones acerca de su malestar, así como también las probables formas de tratamiento, y por lo mismo, ciertas fantasías y temores acerca de la forma en que afectará su calidad de vida. El profesional tratante debe acoger esa nueva realidad a la que se enfrenta y aprovechar esas nuevas características del nuevo cliente-paciente a favor de la terapia. Bird y Cole²⁰ recalcan que el profesional de la Salud debe validar todo aquello que trae el sujeto, evitar juzgar los juicios y prejuicios que la persona se ha formado, reconocer como legítimas las emociones que pueden surgir en el proceso terapéutico desde el primer contacto que se establece con la persona, aceptar su historia de vida. En resumen, debe mantener una visión integral del ser humano que requiere de sus cuidados.

Ese contacto genuino y el compromiso que exhibirá el profesional tratante es lo que generará que el paciente se sienta incorporado y considerado en su tratamiento. Ello es lo que contribuirá a mejorar los indicadores de satisfacción, de adhesión a las terapias, y con toda seguridad, a mejorar la calidad de vida tanto de los clientes como de los especialistas del área de la Salud. A eso debe dirigirse la Humanización de la Salud.

Estas reflexiones no pueden obviar la necesidad de implementar un cambio sustantivo en la formación superior de los futuros profesionales, la cual no puede enfocarse primordialmente en los contenidos y la técnica, sino también orientarse a desarrollar las habilidades para el manejo de las relaciones interpersonales, la inteligencia emocional, las capacidades de liderazgo y las destrezas que favorecen la comunicación efectiva. Pareciera ser que ese interés por ayudar a otros que ese recién ingresado a la educación superior demuestra, sufre una deformación durante su proceso formativo, y la exigencia por obtener buenos resultados en las evaluaciones se abocan a cuantificar cuánto sabe y a la capacidad para establecer un diagnóstico certero y un tratamiento, fomentando el olvido de la vocación de servicio y la calidad de ser un ser humano. La técnica parece que termina automatizando al estudiante y a postergar su capacidad de usar su capacidad humana para tratar al otro. La imposición de un modelo exitista que demanda resultados ha olvidado que esos resultados también dependerán de la calidad del vínculo y del real trabajo en equipo que logre formarse entre todos los participantes en el abordaje de una enfermedad.

Por ello, la formación técnica y universitaria requiere de una profunda transformación y dar un justo espacio tanto al desarrollo de las competencias técnicas como a las habilidades blandas para transformar a ese estudiante en un Profesional del área de la Salud. Las mallas curriculares deben dejar espacio para asignaturas que fortalezcan las habilidades comunicacionales, el desarrollo personal, el liderazgo, pero también el autocuidado y la posibilidad de reconocer que antes de un especialista, se es persona. Ese cambio en la mirada del profesional de la Salud es lo que conseguirá que se humanice el cuidado de la persona.

²⁰ S. Cole y J. Bird, The Medical Interview. The three function approach...

Además, esta formación profesional debería considerar una visión de un abordaje interdisciplinario, en el cual tanto las áreas biológicas como las psicológicas, estén aportándose y enriqueciéndose mutuamente con sus visiones específicas acerca de la naturaleza de las enfermedades. Así como se ha mencionado la capacidad de la enfermera de establecer redes con los distintos profesionales y unidades de un centro asistencial, el resto de los participantes también deberían acostumbrarse a colaborar de manera estrecha con los otros en pos de ofrecer una atención realmente integral hacia los clientes-pacientes. A modo de ejemplo, los psicólogos son entrenados en desarrollar habilidades de entrevista que podría contribuir a fomentar la capacidad de un contacto genuino y cercano hacia los clientes en los especialistas del área de la salud biológica. En cambio, la innegable participación de la biología del cuerpo humano en las alteraciones psicológicas hace que los profesionales de la medicina puedan entregar nociones de gran relevancia para el tratamiento de las patologías mentales de los pacientes.

Finalizando estas reflexiones, existen dos puntos que han sido dejado de lado en forma intencional. Por un lado, no se ha hecho una alusión explícita a la Bioética, a pesar que muchas de las ideas plasmadas en este artículo rozan ese ámbito. Esta omisión se debe a que esta rama de la Ética se ha centrado comúnmente en la perspectiva biológica, y se ha exigido distinguir Ética, Bioética y Ética Médica. Estos aspectos dan para una discusión y una reflexión mucho más extensa que lo que permite los objetivos de este artículo. De esta manera, se han tenido en cuenta y se han incluido de manera tangencial.

Lo segundo se relaciona con la poca evidencia empírica que avale la necesidad de ejercer el rol de líder en el acercamiento hacia los clientes-pacientes por parte de todos los profesionales del área de la Salud. Quizás la tendencia a pensar que Liderazgo tiene mayor relación con la Administración de los Recursos Humanos, trabajo en equipo y la posibilidad de obtener objetivos importantes en las empresas, ha llevado a que se pasen por alto la necesidad de demostrar con evidencia concreta el impacto de esta habilidad en mejorar los indicadores de calidad de la atención y sólo se haya levantado la voz desde lo que dice la teoría y el sentido común. Por lo tanto, estas reflexiones van de la mano con una invitación a los docentes que se preocupan de la formación de los nuevos profesionales del área de la Salud, a realizar entrenamientos sistemáticos que promuevan un fortalecimiento de las llamadas habilidades blandas en sus aprendices, así como el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar la influencia de un contacto genuino y de la Humanización de la Salud en los incrementos de la calidad de vida de las personas.

Bibliografía

Arredondo-González, C. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. 2009. Recuperado el 01 de 03 de 2018, de Index de Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es.

Braghetto, I. y Baronti, P. Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad. Revista chilena de cirugía (2007) 385-392.

Bueno, G. El sentido de la vida. Oviedo: Pentalfa. 1996.

Cole, S., y Bird, J. The Medical Interview. The three function approach. Nueva York: Saunders. 2013.

Damasio, A. El error de Descartes. La razón de las emociones. Santiago: Chile: Andrés Bello. 1991.

Descartes, R. Discurso del Método. Buenos Aires: Losada. 1979.

Donelly, J.; Gibson, J., e Ivancevich, J. Fundamentos de dirección y administración de empresas. México: McGraww-Hill/Irwin. 1997.

García Moreno, J. El psicoterapeuta, factor de efectividad. Revista de análisis transaccional y Psicología humanista, 1(1), (2012) 67-105.

Hayden, B. Medication Adherence: A Call for Action. American Heart Journal (2011) 412-424. Obtenido de National Institutes for Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947508/>

Hoyos, P.; Cardona, M., y Correa, D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investigación y Educación en Enfermería, XXVI(2) (2008) 218-225.

Marqu ez-Sanchez et al, M. d. El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales, 25(2) (2014) 140-162.

Ministerio de Salud. (2012). www.minsal.cl. Obtenido de <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

Pfeiffer, M. L., y Molinari, L. Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina. 2013. Recuperado el 05 de 03 de 2018, de www.ramr.org: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-236X2013000300007&script=sci_abstract

Soto, E. Comportamiento organizacional: el impacto de las emociones. México: Paraninfo, S. A. 2001.

Para Citar este Artículo:

Celis Schneider, Rubén. Reflexiones sobre el profesional clínico y su rol en la humanización de la Salud. Rev. Salud y Bien. Colec. Num. 2. Enero-Junio (2018), ISSN 0719-8736, pp. 37-48.

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.