

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Mauricio Espinoza

I. INTRODUCCION

La trascendencia que tiene para el ser humano la comunicación interpersonal es ilimitada por ser el principio básico de cualquier forma de comunicación. Las comunicaciones interpersonales se establecen a través de reglas de coexistencia, por ello la forma en que éstas se realizan se constituyen en parte fundamental del desarrollo de los acontecimientos pues incide de manera concreta y cotidiana en las relaciones humanas, haciendo una comparación la comunicación es al hombre lo que el aire es a los pulmones.

Los procesos de comunicación interpersonal están presentes en todas las actividades en que interviene el ser humano, dentro de ellas se encuentran las áreas de atención a la salud donde se produce una relación directa entre profesionales de esta área y usuarios/as. Estas relaciones interpersonales se constituyen en aspecto primordial dentro de todo programa de comunicación para la salud. Para poder ofrecer servicios de alta calidad los/as profesionales de salud deben tener capacidades mínimas de comunicación interpersonal debido a que ello determinará las consecuencias de la interacción.

El personal de salud no siempre utiliza habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para relacionarse con sus pacientes. El éxito o fracaso de cualquier tipo de atención en salud depende de las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal que los/as profesionales de salud puedan tener para proporcionar un adecuado servicio a los/as pacientes.

Para que las personas estén dispuestas a utilizar los servicios de salud, éstos deben ser eficientes, seguros y confiables, muchas veces el trato dispensado a los/las pacientes refleja el estado de las comunicaciones interpersonales dentro del equipo de salud. Cuando se acude a uno de los servicios de salud integral impacta el trato que dispensa el personal, si los/as usuarios/as encuentran un ambiente basado en una comunicación de respeto hacia su situación por supuesto que ellos/as se sentirán mejor, en cambio si encuentran un trato brusco, hostil o cargado de juicios indudablemente se sentirán peor.

Es en ese marco, que este trabajo pretende examinar los elementos teóricos y conceptuales a ser tomados en cuenta para analizar la comunicación interpersonal que se desarrolla entre los/as

profesionales de salud y los/as usuarios/as de estos servicios, asumiendo que la comunicación interpersonal se constituye en elemento fundamental para determinar la calidad de la atención.

La Calidad de la Atención es entendida como la característica que proporciona el máximo bienestar a quien demanda un servicio de salud, y cuyos dos aspectos fundamentales son: el manejo de las relaciones interpersonales y la atención científico-técnica. El manejo de las relaciones interpersonales, se refiere a la comunicación interpersonal que se lleva a cabo entre el/la profesional de salud, los/as pacientes y los miembros de la comunidad.

Para su mejor entendimiento y sistematización, este trabajo está dividido en seis puntos. El primero corresponde a la Introducción, en el segundo punto se presenta una breve descripción de la Situación de la Salud en Bolivia, en el tercero se explica la relación entre Desarrollo, Salud y Comunicación, en el cuarto punto se aborda específicamente la Comunicación para la Salud, en el quinto se desarrollan los aspectos referidos a la Comunicación Interpersonal en los Servicios de Salud y finalmente en el sexto punto se hacen algunas consideraciones a manera de Conclusiones.

II. SITUACION DE LA SALUD EN BOLIVIA II.1. DATOS GENERALES

Bolivia está dentro de los países del continente con mayor crecimiento demográfico, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Las mujeres tienen un promedio de 4.2 hijos constituyéndose en uno de los más altos de América del Sur (en áreas rurales la fecundidad es de 6.2 hijos por mujer).

La situación de la salud sexual y reproductiva en el país, aunque ha mejorado en algunos aspectos, es todavía muy difícil pues está caracterizada por las carencias propias de la pobreza y la falta de adecuadas estrategias de comunicación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la actual condición de la salud en Bolivia se particulariza por su inequidad e ineficiencia.

De todos los problemas de salud, la mortalidad infantil y la mortalidad materna son los más graves; pues las cifras que se producen son alarmantes. Estas dos dificultades han acaparado la mayor atención por parte de los gobiernos de turno.

La tasa de mortalidad infantil está en el rango de 75 a 80 por mil nacidos vivos. En el caso de la mortalidad materna se observa la dramática gravedad del problema, puesto que anualmente mueren 390 madres por cada 100.000 niños nacidos vivos, siendo una de las tasas más altas no sólo de América Latina sino del mundo.

En la actualidad, en nuestro país mueren cerca de 1.500 mujeres debido a causas asociadas al embarazo, al parto y al posparto. Las diferencias por lugar de residencia son notables, la mortalidad materna en la región del Altiplano se estimó en 602 muertes por 100.000 nacidos vivos, más del doble que en el Valle (286 muertes) y entre tres y cuatro veces más que en el Llano (166 muertes).

II.2. POLITICAS NACIONALES PARA MEJORAR LA SITUACION DE LA SALUD

El marco de situación de la salud antes descrito ha obligado a que los últimos gobiernos consideren a las mujeres y niños/as como grupos poblacionales prioritarios en las políticas de salud.

De este modo a inicios de la pasada década, el gobierno del Lic. Jaime Paz Zamora expresó la decisión de priorizar la atención a la mujer y al niño e inauguró el Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna 1990-1993, así se prestó atención a los problemas de la mujer derivados del embarazo. En 1990 también se impulsó el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Posteriormente el Gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada implantó el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño 1994-1997, cuyo objetivo era reducir la mortalidad materna e infantil. El año 1996 creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, logrando el acceso a los servicios de salud de grupos poblacionales que hasta ese momento no contaban con estos.

El actual Gobierno del Gral. Hugo Bánzer Suárez lanzó el Plan Estratégico de Salud 1997 2002 (PES) que, al igual que las anteriores políticas en salud, plantea como una meta principal reducir la tasa de mortalidad materna.

III. RELACION ENTRE DESARROLLO, SALUD Y COMUNICACION

En Latinoamérica se empezó a utilizar la Comunicación para el Desarrollo mucho antes que se hubiera propuesto teorizar para ello, pues son bastantes años que se utiliza la comunicación al servicio del desarrollo. Sin embargo, como disciplina profesional tiene su origen en Estados Unidos al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Una definición clara es la de Beltrán: "Comunicación para el Desarrollo es el empleo planificado y organizado de medios para crear en el público una atmósfera favorable al cambio de comportamiento, que se considera indispensable para que las sociedades tradicionales y atrasadas se conviertan en modernas y adelantadas por medio de la innovación tecnológica y del crecimiento económico."

No es correcto hablar de un desarrollo alcanzado si los indicadores de salud pública no son favorables. Cualquier modelo de desarrollo que no establezca estrategias que promuevan la salud pública debe ser considerado como ineficiente. Es preciso que las políticas, estrategias y planes propuestos para mejorar la salud sean difundidos de forma eficiente y continua, así realmente llegarán de "la forma como se pretenden" y "a quiénes deberían" a través de los medios de comunicación interpersonales, grupales y masivos.

Sin embargo, hay que anotar que el progreso en la salud, el desarrollo y la comunicación, es en algunos casos desequilibrado. Uno de los factores fundamentales de ese desequilibrio es el mal uso de los medios de comunicación que se realiza, ocasionando que, por ejemplo, los mensajes no sean difundidos en forma eficiente, o que los mensajes no lleguen a las personas que realmente los necesitan. Proponer estrategias y planes que superen estas falencias representa uno de los mayores retos para los profesionales que trabajan en el área de la Comunicación para la Salud.

Con el transcurso de los años y de acuerdo a posiciones manifestadas por instituciones mundiales se ha concluido que los asuntos de salud y desarrollo no pueden separarse. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha expresado que la salud contribuye importantemente al proceso de construcción de un desarrollo sostenido. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), reconoce la relación entre salud y desarrollo al postular a la vida saludable, como una de las grandes dimensiones para la elaboración de su Índice de Desarrollo Humano.

No se puede hablar de desarrollo sin referirse a la situación de la salud, de igual forma la salud no puede alcanzarse o mantenerse sin un desarrollo que le brinde soporte. En todo este contexto la comunicación juega un papel trascendental como instrumento de apoyo y servicio en beneficio del desarrollo y la salud.

La Comunicación para la Salud resulta eficaz si primero se garantiza la existencia y posibilidad de aplicación efectiva de los productos o servicios que se ofrecen, tanto la oferta como la demanda deben ser previstas con anticipación.

IV. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

IV.1. ORIGEN Y CONCEPTUALIZACION

La Comunicación para la Salud tuvo sus orígenes en la Educación Sanitaria, que era una subdisciplina de la Comunicación para el Desarrollo. En los 80^{os}, la Educación Sanitaria fue superada por una nueva subdisciplina que es la Comunicación para la Salud, cuyas principales ventajas radican en dos aspectos: mayor y mejor empleo de medios de comunicación (masivos, grupales e interpersonales) y la producción de mensajes con una planificación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de éste.

Beltrán sostiene que la Comunicación para la Salud, es la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública.

"La meta principal que tiene es facilitar el cambio en las prácticas relacionadas con la salud y en el estado de la salud. Esto exige aumentar la demanda de los productos y mejorar la calidad de los servicios."

IV.2. PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN BOLIVIA

Desde la aparición de la Comunicación para la Salud en Bolivia, las limitaciones se manifiestan en la falta de información por parte de la población acerca de los servicios que se le ofrecen y el insuficiente conocimiento de las medidas de cuidados y atención. Estos y otros aspectos están siendo superados a través de instituciones que apoyan proyectos mediante instrumentos generados por la comunicación.

En el curso de la última década, organizaciones no gubernamentales como el Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES), el Programa de Coordinación en Salud Integral

(PROCOSI), Johns Hopkins University, Mother Care, y varias otras instituciones, en colaboración con instituciones gubernamentales y organismos de cooperación, se han dedicado a la realización de programas de comunicación y salud.

El año 1989 el Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES) inició su tarea en el área de la comunicación con el objeto de mejorar las condiciones de salud de la población, con énfasis en la mujer, el niño y el adolescente. El mismo año el Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) ejecutó un programa de salud integral que incluía una estrategia de comunicación basada en materiales.

En 1990 Johns Hopkins University y el Gobierno Nacional establecieron el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), con la finalidad de tratar la mortalidad materna infantil y mejorar las necesidades de planificación familiar. Del PNSR surgió la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva que fue tal vez la más grande Estrategia de Comunicación para la Salud llevada a cabo en Bolivia. "La intervención de comunicación incluyó 11 spots televisivos, 4 spots radiales, 100.000 copias de dos afiches, 3 videos para uso en salas de espera, 1 paquete comprensivo de materiales impresos, 2 cursos sobre la calidad de atención y 4 audio-casetes sobre temas de salud reproductiva para ser transmitidos en autobuses urbanos." Posteriormente se conformó el Comité de Información, Educación y Comunicación (IEC) del PNSR, en el cual intervienen mas de 30 instituciones del sector público y privado.

En 1994, el Gobierno con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF, presentó el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño 1994-1997, en este programa se emplearon medios de comunicación interpersonales y grupales para capacitaciones.

En 1997 el Comité de Información, Educación y Comunicación (IEC) diseñó la Estrategia de IEC en Salud Sexual y Reproductiva para el área rural. "La *Carpa Lila* es la actividad más importante de dicha estrategia, es un proyecto destinado a apoyar a la población de 57 municipios rurales de más de 20.000 habitantes desde Septiembre de 1998 a Diciembre de 1999, este proyecto busca la generación de actitudes y prácticas favorables al cuidado de la salud sexual y reproductiva"

Ese mismo año el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Previsión Social, lanzó el Plan Estratégico de Salud 1997-2002 (PES). El PES plantea una Línea Estratégica de Gestión Social que incorpora como uno de sus pilares la Información y Comunicación Social, cuyo objetivo es implementar estrategias de información y comunicación para que las políticas y normas del Sistema Boliviano de Salud lleguen adecuada y oportunamente a las áreas de salud y a su población, y así mismo recoger las demandas de la población.

Es preciso destacar en este proceso, la coordinación, cooperación y acercamiento que existe entre todas estas entidades que asumen el rol de responsables del área de salud de la población en general.

V. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD V.1. CONCEPTUALIZACIONES

La comunicación interpersonal es el principio básico de cualquier forma de comunicación. Berlo señala que la comunicación interpersonal es un proceso en el que sus componentes no descansan e interactúan de manera continua. El teórico Schramm, considerado "Padre de la Comunicación para el Desarrollo", define a la comunicación humana como el acto de compartir información, ideas o actitudes con respecto a un conjunto informacional de signos.

Hybels y Weaver señalan: "Se llama comunicación interpersonal al hecho de hablar juntos en un nivel uno a uno o uno a varios. En estas situaciones frente a frente los participantes inician y responden a los mensajes mientras mutuamente se influyen unos a otros. Los mensajes verbales son enviados y recibidos siguiendo un orden de sucesión mientras los mensajes no verbales son enviados y recibidos según bases continuas y constantes. (...) No se puede tener la misma comunicación dos veces ya que ni usted ni la otra persona serán iguales. Las comunicaciones interpersonales se ven afectadas por todas las variables de la situación, los participantes y el mensaje."

Es utilizada en todos los servicios de salud, tal es así que todo el personal de esta área confía en la comunicación persona a persona, puesto que tiene un valor fundamental en áreas en la atención. Esta relación interpersonal que se lleva a cabo entre el/la profesional de salud, los/as pacientes y los miembros de la comunidad tiene igual o mayor importancia que la comunicación en los medios masivos debido a que complementa, refuerza y explica los mensajes emitidos por estos.

"La comunicación interpersonal es el intercambio, verbal o no verbal, cara a cara de información o sentimientos entre dos o más personas y tiene lugar en todas las áreas de los servicios de salud."

La comunicación interpersonal que se desarrolla entre proveedores/as de salud y usuarios/as del servicio es de vital importancia, puesto que en este proceso el/la profesional tiene la oportunidad de informar a el/la paciente y familiares, animar a adoptar un nuevo comportamiento para el cuidado de su salud, ofrecer a el/la paciente información y ayudar a que tome sus propias decisiones mediante el incremento del conocimiento de algún tema de salud, entre otras varias cosas.

Las habilidades interpersonales que utilizan los/as profesionales de salud con los/as pacientes son una medida importante para determinar la calidad de atención. La calidad de la atención es entendida como la característica que proporciona el máximo bienestar a quien demanda un servicio de salud, sus dos aspectos fundamentales son: el manejo de las relaciones interpersonales y la atención científico-técnica.

V.2. FUNCIONES Y PRINCIPIOS

Después de haber definido comunicación interpersonal es preciso realizar un análisis de sus funciones, dicho análisis está centrado en el dinamismo del proceso de la comunicación. De acuerdo a los autores Ricci Bitti y Zanni, las funciones de la comunicación interpersonal son las

siguientes: 1.Referencial (intercambio de informaciones sobre un punto), 2.Expresiva (influencia de las características de personalidad de los interlocutores), 3.Control (satisfacción de exigencias personales), 4.Coordinación de Secuencias Interactivas (conocimiento de las reglas que gobiernan todo intercambio interactivo), 5.Metacomunicación (modo en que el mensaje es interpretado).

Con relación a los principios de la comunicación interpersonal, Weaver define ocho: 1.Siempre estamos comunicando, 2.Puede ser verbal o no verbal, 3.Cada comunicación contiene información, 4.Puede ser igual o desigual, 5.La comunicación es un proceso, 6.Es circular, 7.Es compleja, 8.Es irreversible.

Toda comunicación tiene su objetivo o su meta, es decir, producir una respuesta. Al analizar la comunicación y al tratar de que ésta sea lo más efectiva posible, lo primero que se debe preguntar es cuál es el fin que se persigue y qué resultado espera obtener el emisor al dar su mensaje.

En su trabajo los/as médicos/as y los/as enfermeros/as se comunican con el público los/as pacientes y sus familias con diferentes propósitos. Una de las principales intenciones es ayudar a que el/la paciente mejore su bienestar personal.

Las funciones de la comunicación interpersonal en salud pueden ser especificadas. El Ministerio de Salud y Previsión Social acepta una clasificación de las funciones de comunicación tanto para el/la profesional de salud (denominado/a "remitente") como para el/la paciente (denominado/a "receptor/a"). Las funciones para el/la profesional de salud son: atraer, informar, enseñar, convencer, reforzar, obtener atención, ofrecer incentivo, capacitar y señalar acción. Las funciones para el/la paciente son: disfrutar, comprender, entender, aprender, decidir, mantener un comportamiento, incrementar la conciencia, aprender las destrezas y tomar acción.

V.3. MODELOS DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

El interés que ha surgido por la comunicación ha producido muchos intentos tendientes a desarrollar modelos de este proceso. La descripción de los elementos que componen la comunicación interpersonal se remonta a Aristóteles quien veía la Retórica compuesta por: Locutor, Discurso y Oyente.

Varios siglos más tarde, surge el modelo de Schramm y Berlo, el cual mejora al anteriormente descrito, explica que el proceso de la comunicación humana incluye seis elementos: Fuente, Encodificador, Mensaje, Canal, Decodificador y Destinatario.

Posteriormente Hymes, desarrolló un modelo que describe con mayor detalle el proceso de la comunicación interpersonal denominado como el "Modelo Speaking", incluye: 1.Situación (momento y lugar donde se desenvuelve el acto), 2.Participantes (emisor y receptor), 3.Finalidad (intenciones del emisor y sus resultados), 4.Actos (mensaje), 5.Tono (acento con que se emite el mensaje), 6.Instrumentos (canal), 7.Normas (regulación interaccional de conversación), 8.Género (categorías como poema, cuento, etc. bajo las cuales se pueden clasificar a las palabras).

El Programa de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica presentó un modelo de comunicación interpersonal en salud, el cual está conformado por los siguientes seis elementos: 1. Medio Físico (lugar donde se realiza la interacción), 2. Actores (proveedores de salud y pacientes), 3. Finalidades (intenciones y resultados de la interacción), 4. Actos (mensajes), 5. Personas Significativas (las personas presentes que influyen en la interacción), 6. Contexto Social (situación social en que se encuentran los Actores para establecer la regulación de la conversación).

Como se puede advertir es muy similar al presentado por Hymes, pues incluye casi todos sus elementos.

V.4. COMUNICACION VERBAL

El lenguaje verbal es una de las diferencias que separa a las personas de los animales; sin la palabra, tanto la cultura como la historia serían imposibles. Todos los seres humanos hablan, excepto que algún defecto físico lo impida. Sin embargo, la expresión verbal, como instrumento del hombre, puede servir o estorbar, guiar o desorientar, de acuerdo con la intención y la inteligencia con que se la utilice. El lenguaje hablado es un importante factor de socialización.

Las personas se comunican de diferentes maneras, una de ellas es a través de la palabra, a la cual se la llama comunicación verbal. Para cumplir un papel profesional y responder a las necesidades de el/la usuario/a, el/la proveedor/a de salud debe saber comunicarse por medio del lenguaje verbal, es decir, comprender que por medio de las palabras seleccionadas, está comunicando alguna intencionalidad a el/la usuario/a del servicio.

Una definición de comunicación verbal en el área de la salud es la propuesta en la Norma Boliviana de Salud: "Comunicación Verbal es el intercambio de información cara a cara donde se presentan ideas o sentimientos utilizando el habla."

Es preciso reiterar que las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal que el/la profesional de salud sea capaz de utilizar, determinarán las consecuencias de la interacción que se produce con el/la paciente.

V.5. COMUNICACION NO VERBAL

El lenguaje no verbal es la manera más espontánea de que disponen las personas para manifestar sus estados de ánimo. La importancia del lenguaje no verbal como forma de comunicación, radica en que la persona transmite mensajes normalmente de manera inconsciente. Cada gesto, expresión facial, movimiento corporal y manejo del espacio individual, es una gran fuente de riqueza desde el punto de vista informativo.

Para definir en términos más sencillos, la comunicación no verbal generalmente se utiliza para describir los acontecimientos de la comunicación humana que superan las palabras dichas o escritas.

Knapp divide la comunicación no verbal, en siete áreas: 1.Movimiento corporal, 2. Características Físicas, 3.Comportamientos Táctiles, 4.Paralenguaje, 5.Proxémica, 6.Artefactos, 7.Factores del Entorno.

Es tan importante la comunicación no verbal en todo tipo de encuentro interpersonal, que varios estudios han señalado que hasta un 70% del significado que se transmite en cualquier encuentro cara a cara, pertenece al ámbito de lo no verbal. No cabe duda de que la expresión corporal se complementa con lo verbal.

El/la profesional de salud debe saber utilizar el lenguaje no verbal, ya que se constituye en una parte elemental de la comunicación interpersonal. La Norma Boliviana de Salud realiza la siguiente definición: "Comunicación No Verbal es el intercambio de información cara a cara, donde se presentan ideas o sentimientos mediante posturas o gestos que no se escuchan."

Para ser efectivo/a como comunicador/a, el/la profesional de salud debe ser sensible a la gran variedad de comportamientos no verbales que exhiben los/as pacientes, además de recordar que sus propios comportamientos y reacciones le están mandando mensajes positivos o negativos a el/la paciente

En comunicación no verbal, algunas de las habilidades que el profesional de salud debe tener son: sentarse cara a cara con el/la usuario/a, actuar de manera abierta, estar sonriente o de acuerdo a la situación, estar relajado, etc.

V.6. ASPECTOS DE LA COMUNICACION INTERPERSONAL EN LA CONSULTA MÉDICA

Para ofrecer calidad en la atención y ayudar a que los/as pacientes puedan expresar sus problemas y encontrar las soluciones, los profesionales de salud deben saber utilizar algunas habilidades y destrezas de comunicación interpersonal.

Todo profesional de salud deberá tener necesariamente al menos estas seis habilidades y destrezas de comunicación interpersonal: 1.Utilizar el silencio (saber respetar las pausas que hacen los/as pacientes al hablar), 2.Aclarar (es una pregunta que se le hace a el/la usuario/a para aclarar algún aspecto de la situación expuesta), 3.Parafrasear (es la repetición de una idea expuesta por el/la paciente en las propias palabras de el/la profesional de salud), 4.Reflejar (es repetir el mensaje de el/la usuaria/o describiendo los sentimientos expuestos por el/ella), 5.Preguntas abiertas y de sondeo (permiten a los/as pacientes expresar y explorar sus ideas y sentimientos fácilmente), 6.Resumir (el personal de salud responde a los temas expuestos por el/la usuario/a agrupando los temas que se han presentado).

Para lograr una buena calidad de atención que incluya un nivel de respeto y confianza, es primordial que los/as profesionales de salud realicen las actividades esenciales de la comunicación interpersonal en la consulta médica.

Durante la revisión médica los/as profesionales de salud deben realizar las siguientes actividades esenciales de la comunicación interpersonal: 1.Saludar a el/la paciente y su familia amablemente,

2.Asegurar privacidad en el consultorio, 3. Conversar cara a cara con el/la paciente, 4.Explicar a el/la paciente en que consiste la revisión, 5.Explicar a el/la paciente qué se ha encontrado en la revisión, 6.Pedir a el/la paciente que repita lo que acaba de escuchar, 7.Corregir mensajes que el/la paciente repitió incorrectamente, 8.Pedir el consentimiento de el/la paciente para tomar una acción, 9.Repetir las veces que sea necesario la información, 10.Proporcionar información sobre salud integral, 11.Elogiar a el/la paciente por haber acudido al servicio de salud, 12.Indicar día y hora de la próxima vez que se verán.

La comunicación interpersonal entre el/la profesional de salud y el/la usuario/a no puede realizarse en cualquier sitio, es muy importante que este lugar tenga ciertas condiciones mínimas que le den a el/la usuario/a comodidad y tranquilidad.

Este lugar debe cumplir por lo menos con cuatro requisitos para que el/la paciente tenga toda la confianza, tranquilidad y seguridad durante el lapso de tiempo que este allí: 1. Ser un lugar privado, 2.Ser un lugar cómodo, 3.Ser un lugar tranquilo, 4.Ser un lugar imperturbable.

VI. A MANERA DE CONCLUSIONES

Para que las personas utilicen los servicios de salud estos deben ser eficientes, seguros y confiables. La atención debe estar basada en la comunicación interpersonal entre profesionales de salud y pacientes, puesto que se constituye en uno de los dos componentes fundamentales de la calidad de atención (el otro componente es la prestación científico-técnica).

Es evidente de que el trato dispensado a los/as pacientes refleja el estado de las comunicaciones interpersonales dentro del equipo de salud. Para recuperar la calidad en la atención, es necesario humanizar la formación profesional y técnica.

Todas las personas que asisten a un servicio de salud merecen comprensión y apoyo, muchas de las personas que llegan al servicio no tienen la confianza para hacer las preguntas que quisieran. Es importante que los profesionales de salud sepan comunicarse con los/as pacientes, para poder aliviar la ansiedad y obtener una mayor cooperación durante el tratamiento.

Para que las personas asistan a los centros de salud, es necesario que se les garantice calidad en la atención fundamentada en una comunicación interpersonal de respeto hacia su situación.

Varias notas y publicaciones en los distintos medios de comunicación han denunciado que en varios centros de salud, sobretodo públicos, el personal de salud maltrata a los/as usuarios/as de estos servicios, generando una aparente contradicción, entre las consignas de los médicos y enfermeras que consagran el servicio al enfermo, y su propio desempeño en el espacio de la salud, que con relativa frecuencia viola sus mismas consignas.

Esta contradicción se observa en los profesionales de salud y la población usuaria de sus servicios: los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autoevalúan entablando una relación de autoritarismo que resulta poco benéfica para la salud y reproduce condiciones de desigualdad.

Ante esta situación algunas medidas que se pueden recomendar para beneficiar a la sociedad en su conjunto son:

- Realizar investigaciones de comunicación interpersonal en distintos tipos de centros de salud (clínicas, hospitales públicos, hospitales dependientes de la Caja Nacional de Salud, etc.)
- Elaborar estrategias de comunicación interpersonal que estén dirigidas a los profesionales de salud y a las pacientes con problemas específicos (aborto incompleto, complicaciones obstétricas, consultas pre-natales, etc.)
- El Ministerio de Salud podría establecer sistemas de incentivos y reconocimientos a los profesionales y a los servicios de salud para la mejora en la calidad de atención.
- En los centros hospitalarios realizar seminarios, cursos, talleres y charlas periódicamente para ir mejorando y recordando las características para una adecuada comunicación interpersonal.
- Diseñar toda clase de mecanismos y materiales de comunicación que permitan concientizar a los profesionales de salud sobre la necesidad de mejorar el trato interpersonal.
- Informar a la ciudadanía sobre sus derechos como usuarios del servicio de salud: derecho a trato respetuoso, derecho a ser informado claramente, derecho a elegir.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ANDRADE. SHEDLIN. BONILLA. 1987. "Métodos Cualitativos para la Evaluación de Programas. Un Manual para Programas de Salud y Servicios Sociales". Editorial Pathfinder Fund. New York, EE.UU. [[Links](#)]
- 2- BELTRAN, Luis. S.a. "La Salud y la Comunicación en Latinoamérica: Políticas, Estrategias y Planes". Editorial UNESCO – OPS. Quito, Ecuador. [[Links](#)]
- 3- BELTRAN, Luis. 1986. "Un Adiós a Aristóteles: La Comunicación Horizontal". Editorial UCB. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 4- BERLO, David.1986. "El Proceso de la Comunicación". Editorial Atenéo, Buenos Aires, Argentina. [[Links](#)]
- 5- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE).1994 "Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1994". Editorial Ministerio de Desarrollo Humano – INE. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 6- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). 1998. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1998". Editorial INE. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 7- JHONS HOPKINS UNIVERSITY (JHU).1996. "La Salud Reproductiva esta en tus Manos. Impacto de la Campaña del Programa Nacional de Salud Reproductiva" Editorial JHU. Baltimore, EE.UU. [[Links](#)]

- 8- JHONS HOPKINS UNIVERSITY (JHU). 1997. "Planeamiento Estratégico de la Comunicación en Salud". Editorial JHU. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 9- HYBELS, Sandra. WEAVER, Richard. S.a. "La Comunicación". S.e. S.p. [[Links](#)]
- 10- KNAPP, Mark. 1986 "La Comunicación No Verbal". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. [[Links](#)]
- 11- MARC, Edward y PICARD, Dominique. S.a. "La Interacción Social". Editorial Alianza. Madrid, España. [[Links](#)]
- 12- MATAMALA, M. BERLAGOSCKY, M. SALAZAR, G. NUÑEZ, L. 1995. "Calidad de la Atención Género ¿Salud Reproductiva de las Mujeres?". Editorial Matamala. Santiago, Chile. [[Links](#)]
- 13- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO. SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. 1996. "Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia" Editorial MDH – SNS. La Paz, Bolivia [[Links](#)]
- 14- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO (MDH). SECRETARIA NACIONAL DE SALUD (SNS). 1996. "Salud Sexual y Reproductiva". Editorial MDH - SNS. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 15- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO (MDH). SECRETARIA NACIONAL DE SALUD (SNS). 1997. "Reformas de Salud. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez". Edit. MDH - SNS. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 16- MOTHER CARE BOLIVIA. 1995. "Comunicación Interpersonal. Personal de Salud". Editorial Mother Care Bolivia. Cochabamba, Bolivia. [[Links](#)]
- 17- MOTHER CARE. 1998. "Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales" Editorial Ministerio de Salud y Previsión Social / Mother Care. La Paz, Bolivia [[Links](#)]
- 18- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). "Manual de Comunicación Social Para Programas de Salud". Editorial OMS, 1992. Washington D.C. Estados Unidos [[Links](#)]
- 19- RANCE, Susanna. 1995. "Mujer, Aborto y Atención en Salud. Historia de Todos los Días". Editorial SNS, 1995. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]
- 20- RASMUSON, Mark. SEIDEL, Renata. SMITH, William. MILLS, Elizabeth. 1988 "Comunicación para la Salud del Niño". Editorial Healthcom. Washington D.C. Estados Unidos. [[Links](#)]
- 21- RICCI BITTI y ZANI, Bruna. 1990. "La Comunicación como Proceso Social". Editorial Grijalbo. México D.F. [[Links](#)]
- 22- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD (SNS). 1996. "Norma Boliviana de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido". Editorial SNS. La Paz, Bolivia. [[Links](#)]

23- SILVERSTEIN, Albert. 1985. "Comunicación Humana". Editorial Trillas. México D.F. - STEINFATT, Thomas. 1986 "Comunicación Humana". Editorial Diana, México D.F. [[Links](#)]

Fuente: ESPINOZA, Mauricio. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Punto Cero [online]. 2003, vol.8, n.7 [citado 2016-08-17], pp. 20-30 . Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762003000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1815-0276.