



Conferencia

Cultivar vocacionalmente al trabajador de salud, mejora la satisfacción de los usuarios: ¿hipótesis, o realidad?

Cultivate the Health Worker Vocationally Improves User Satisfaction: Hypothesis or Reality?

Ricardo Ángel González Menéndez^{a, b}  · Ketty Lemus Herrera^c 

a. Hospital Psiquiátrico de La Habana Dr. Eduardo Ordaz. La Habana, Cuba.

b. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Dr. Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

c. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

Recibido: 20/10/2019

Aceptado: 2/11/2019

Resumen

Introducción: Existe una brecha mundial entre los esfuerzos estatales por garantizar una atención adecuada a la salud y la frecuente insatisfacción de los usuarios.

Objetivo: Argumentar que las deficiencias en el desempeño interpersonal juegan mayor papel que las científico-técnicas.

Método: Trabajo de desarrollo basado en reflexiones inductivo-deductivas, pensamiento lógico dialéctico, experiencias docentes, investigativas, y asistenciales, así como aportes bibliográficos.



Resultados: Para cumplir la tríada de *Laín Entralgo* y lograr buenas relaciones médico-paciente, o con mayor generalización, relación proveedores de salud-usuarios, deben superarse, entre otros factores, la tendencia mundial a subvalorar el desarrollo de la vocación médica, de la relación equipo de salud-usuarios y los efectos placebo de la satisfacción con los servicios recibidos. Se enfatiza la subutilización de las potencialidades interpersonales de ayuda, de los trabajadores administrativos y auxiliares de muchos centros de salud, cuya incorporación laboral muchas veces responde al *llamado* consciente o inconsciente a participar en la relación de ayuda en nuestro campo, vocación, nada exclusiva de galenos, ni profesionales y técnicos.

Conclusiones: Sugerir actividades formativas introductorias preempleo sistemáticas, como se hace ocasionalmente en algunas instituciones.

Palabras clave: *vocación médica; evolución conceptual actual; relación proveedor de salud-usuarios; efectos placebo de la satisfacción con los servicios de salud..*

Abstract

Introduction: There is a global gap between state efforts to guarantee adequate health care and frequent user's dissatisfaction.

Objective: Argue that deficiencies in interpersonal performance play a greater role than scientific-technical ones.

Method: Development work based on inductive-deductive reflections; dialectical logical thinking; teaching, research, and care experiences, as well as bibliographic contributions.

Results: In order to comply with the *Laín Entralgo* triad and achieve good doctor-patient relationships, or more generally, health providers- users relationship, among other factors, the global tendency to undervalue the development of the medical vocation, the health team-user relationship, and the placebo effects of satisfaction with the services received must be overcome. It is emphasized the underutilization of the interpersonal potentialities of help of the administrative and auxiliary workers of many health centers, whose labor incorporation often responds to the conscious or unconscious call to participate in the



relationship of help in our field, vocation which is not exclusive to doctors, or professionals and technicians.

Conclusions: Systematic pre-employment introductory training activities are suggested, as it is occasionally done in some institutions.

Keywords: *Medical vocation, current conceptual evolution, health provider-user relationship, placebo effects of satisfaction with health services.*

Introducción

La brecha evidente entre los recursos materiales y humanos invertidos mundialmente en los servicios de salud y la reducida satisfacción de los usuarios es aparentemente incomprensible en países subdesarrollados, como el nuestro, en el cual la voluntad política y los esfuerzos de todo tipo por elevar el nivel de salud de la población, alcanzan-y en ocasiones superan-los de países industrializados.^(1,2,3)

Luego de la notable crisis de humanismo en el campo de la salud,⁽⁴⁾ que tuvo como desencadenante principal la avalancha de tecnología mal incorporada, la subvaloración de la trascendencia de la relación interpersonal de servicio con pacientes y familiares,⁽⁵⁾ así como otros factores socio-históricos y económicos, en que sobresale la privatización,⁽⁶⁾ aumentó sensiblemente la preocupación de eticistas y organizadores de salud por investigar con mayor profundidad, y tratar de resolver, el problema de la creciente insatisfacción con los servicios recibidos.⁽⁷⁾

Muchos de los “nuevos” miembros entre los proveedores de salud han sido motivados por vocaciones similares a las de nuestros antecesores médicos, y conscientemente o no, desean involucrarse en las gestiones interpersonales de salud, desde cualquier perfil de trabajo, en nuestras instituciones.

Pretendemos contribuir a destacar los aportes humanísticos de estos trabajadores y su –aún no suficientemente reconocida– contribución, a mejorar los indicadores de satisfacción con los servicios de salud.

Los comentarios que siguen se derivan de lo aprendido directamente o mediante estudio individual, de los aportes de nuestros grandes maestros nacionales y foráneos, en medicina interna, psicología médica, psiquiatría y ética médica, así como de las experiencias asistenciales, docentes e investigativas del autor y su equipo en estas disciplinas.



Desarrollo

Mediante la observación de monos antropoides actuales,⁽⁸⁾ se infiere que la relación de ayuda en el campo de la salud tuvo como primera manifestación la conducta de un australopiteco, capaz de compadecerse de un congénere, severamente enfermo o herido, y motivarse a acompañarle. Su propósito de ofrecerle algún alimento, protegerle de las fieras y esperar su recuperación espontánea, o su muerte, se erigió como “embrión” filogenético de la relación médico-paciente, cuyo desarrollo histórico implicó la aparición del chamán.⁽⁹⁾

Hasta nuestros días, en todo grupo social han existido personas interesadas en las gestiones de salud y dedicadas a las mismas con mayor o menor éxito de acuerdo con sus conocimientos, habilidades, actitudes, hábitos y experiencia acumulada.⁽¹⁰⁾

La selección para este rol social ha sido atribuida por milenios a factores motivacionales, talento más o menos cultivado, modelos e influencias familiares, estudios y entrenamiento profesional o simplemente a la casualidad.

Sin embargo, siempre se han destacado características comunes, expresadas mediante la solidaridad, el cuidado de la imagen pública, el control de la comunicación verbal y extraverbal, la inteligencia emocional, las actitudes compasivas, respetuosas y, sobre todo, su vocación de ayuda en el campo que nos ocupa.⁽¹¹⁾

En las concepciones populares se establecieron como virtudes el ser astuto, responsable, bondadoso, de buen ánimo, pulcro y con vestuario adecuado. Entre los objetivos básicos de su dedicación se integraron: prevenir, examinar “con manos blandas”, curar, sanar, aliviar y, en último, caso consolar.

Desafortunadamente, en el mundo actual estas características tienden a ser subvaloradas por algunos proveedores y añoradas por muchos habitantes de nuestro planeta.⁽¹²⁾

En este largo trayecto, el papel protagónico inicial-conferido al brujo y después al médico (relación médico-paciente) ha sido necesaria y progresivamente ampliado por la enfermera (relación médico-enfermera-paciente), por el equipo profesional, tecnológico y técnico (relación equipo profesional y técnico-paciente-familiar); por el equipo ampliado, que incluye a trabajadores auxiliares y administrativos (relación equipo ampliado-paciente familiar-comunidad) y ganó su mayor generalización al reconocer entre los proveedores a profesionales y técnicos de disciplinas afines como estomatología, psicología, sociología, ingeniería, física nuclear; así como personal dedicado a la elaboración y expendio de vacunas, reactivos, medicamentos y, también con muy alta relevancia, dirigentes y decisores políticos y administrativos que permiten la distribución equitativa de los recursos materiales y humanos necesarios.⁽⁷⁾



Este listado –aún incompleto– permite inferir cuantos esfuerzos mancomunados se requieren para garantizar la satisfacción con los servicios de salud y cuan trascendente resulta el desempeño laboral e interpersonal idóneo de quienes participamos en la actual “relación proveedores de salud-población que incluye, además, a pacientes, familiares y usuarios sanos de gestiones preventivas, obstétricas, ortodoncicas, estéticas y otras, así como al resto de la comunidad.”^(13,14)

El líder mundial de los estudios sobre satisfacción con los servicios de salud ha sido *Donabedian*,⁽¹⁵⁾ quien acuñó el término insatisfacción de usuarios de la salud y determinó el significado relativo de múltiples factores a identificar en la gestión institucional para tomar las medidas pertinentes y reducir, en lo posible, este relevante indicador negativo de eficiencia, a nivel internacional.⁽¹⁶⁾ Sus hallazgos fundamentales han devenido consenso internacional en este campo, al igual que los macroparadigmas de *Echagüe*,⁽¹⁷⁾ expresivos de conflictos éticos de los organizadores de salud, al manejar el presupuesto disponible y las necesidades, así como los criterios de riesgo-beneficio; costo-eficacia e idoneidad-factibilidad, este último especialmente aplicable en el campo de la selección de personal calificado en situaciones emergentes.

Apréciase la relevancia conferida al desempeño interpersonal (de todo el equipo),⁽¹⁸⁾ al humanismo (que es respeto a la dignidad y preocupación por el bienestar del usuario), la vocación médica que debe estar presente como vocación de contribuir a la salud de los usuarios en todos los integrantes de la categoría proveedor de salud ya mencionados, con independencia de su calificación científico-técnica, lo que incluye a porteros, camilleros, ascensoristas, pantristas, auxiliares generales, personal de admisión e información, así como a todos los trabajadores de cualquier institución de salud.⁽¹⁹⁾

Esa es la forma idónea de lograr que nuestros centros devengan oasis de amabilidad, respeto, sensibilidad humana, solidaridad e involucración para contribuir, a la medida de lo posible, a satisfacer la necesidad de atención integral de los pacientes y sus familiares.⁽²⁰⁾ Es bueno destacar que los proveedores que solo se ocupan por elevar su nivel científico-técnico y subestiman el desarrollo personal y colectivo de valores ético-morales, solidaridad y humanismo, corren el gran riesgo de perder –en detrimento de sus pacientes– los efectos placebo y de las relaciones descritas por *Shapiro* y *Frank*, en el contexto dual, multiplicados en el oasis referido, que simboliza las idóneas relaciones interpersonales del colectivo de salud.⁽²¹⁾

La vocación médica en su expresión actual

La primera vez que el autor pensó en el tema que hoy aborda fue solo unos días después de su llegada en 1962 al Hospital Rural “Gelasio Calañas” de Niquero, uno de los primeros hospitales construidos al



triunfar la Revolución. Había concluido mi internado vertical en Psiquiatría y debido a una súbita epidemia de gastroenteritis, todos los internos de especialidades fueron orientados a ejercer la medicina rural integral.^(22,23)

La inesperada situación, lejos de resultar negativa, fue la más relevante de mis experiencias formativas y, desde el inicio, comprendí que el más importante resultado de incorporarse al trabajo en aquel modesto centro de salud, sería aprender muchos “secretos” de la profesión, entre ellos, la enorme importancia del equipo y de su profunda sensibilidad ante la situación humana de los pacientes y familiares, virtudes espontáneamente presentes hasta en los más humildes trabajadores. Para todos los que estábamos bajo el mismo techo institucional, nada humano resultó ajeno. El impacto formativo sobre el bisoño galeno fue inimaginable, y la huella del ejemplo, espero que nunca se borre.

Había sido testigo de que el efecto placebo, estaba también entre las potencialidades de todos los trabajadores capaces de ubicarse en la situación de sus usuarios, compadecerse de los sufrimientos implícitos en la pérdida de la salud y sentir muy profundamente el deber solidario, con total desprendimiento material y mayor responsabilidad de la que el perfil de su puesto de trabajo señala en los reglamentos institucionales

Sin aún saberlo, cumplían –con creces– los tres requisitos básicos para lograr relaciones interpersonales de ayuda satisfactoria descritos por *Laín Entralgo* como esencia de la relación médico paciente⁽²⁴⁾ y, como consecuencia, entonces solo inferible, contribuir, sin proponérmelo conscientemente, a evitar la brecha que con el paso de décadas se haría mundialmente evidente, después de las privatizaciones, el abandono del método clínico y las demandas.⁽²⁵⁾ Para el autor fue un tipo colectivo de disposición de ayuda nunca antes advertida, por su concepción tradicional, de que la vocación médica era exclusiva de los galenos.

La satisfacción de los usuarios era evidente y su evolución superaba las expectativas promedio. Esta experiencia, ratificada durante medio siglo de práctica profesional como observador participante, me hace ver como real la propuesta de estas reflexiones.

Reflexiones conceptuales

El término vocación se deriva de la raíz *vocatio*, cuyo significado es “llamado”.^(26,27) En su esencia, se trata de un llamado que puede expresarse hegemónicamente al arte, la ciencia, los deportes. Dentro del concepto existe una categoría de especial significado humanístico que incluye las vocaciones de servicio. La más identificada popularmente es la vocación religiosa de servicio, con el paradigma de las monjitas dedicadas



a la atención de enfermos y ancianos, tan mencionadas por nuestro Comandante en Jefe como ejemplo del estoicismo que en algún grado está presente en los trabajadores de la salud, que reconocen el significado de sus aportes al bienestar del pueblo.^(28,29)

Un argumento medular para sustentar nuestras reflexiones es que las vocaciones de servicio toman su nombre del contexto en que se expresan, y su condición de ayuda, fundamentada en el altruismo, se identifica fácilmente, tanto en el ámbito de la salud (vocación médica), como en la enseñanza (vocación magisterial), en la defensa de la patria (vocación patriótica y militar), en la atención a desastres (vocación socorrista), en la justicia (vocación jurídica), y en el contexto de la política honesta, como arte de hacer felices a los pueblos (vocación política).⁽³⁰⁾

La idea anterior explica, en parte, la observación popular de que el líder de nuestro proceso social mostrara tanto interés y dedicación por elevar el nivel de salud y educación de nuestro pueblo, como garantía de equidad y defensa de las causas justas. Y es que el humanismo se alimenta de diferentes vocaciones, aunque su mayor relación es con las de servicio.⁽³⁰⁾ Eso ocurrió también con su gran maestro, quien logró con su formidable esfuerzo libertario, que la ley primera de nuestra república fuese el culto de los cubanos por la dignidad plena de las personas.^(31,32)

La sociedad posmoderna mundial actual, trae notables cambios, aunque no para bien

Tal vez, el mayor indicador de la actual crisis de humanismo en la gestión de salud sea la gradual transformación de la clásica relación médico-paciente, en relación proveedor de salud-litigante potencial, fenómeno nada excepcional en algunos países del primer mundo, e incompatible con la actitud compasiva ante el enfermo y sus familiares. Esta situación expresa o determina el fracaso de las relaciones de ayuda en salud y sus efectos reductores de la vocación.⁽³³⁾

Cualesquiera que fuesen los mecanismos hegemónicos en los diferentes países afectados por esta realidad mundial, es bueno señalar que para responder al principio idoneidad-factibilidad, la primera línea de choque debe ser llevar al máximo nuestra misión de formadores del equipo de salud e incrementar la vocación médica en todos los proveedores.

Debemos hacer reconocer que esta motivación solidaria de servicio, pese a nacer con la persona, cultivarse con los valores ético-morales del hogar, la escuela y el medio socio-cultural, puede también reforzarse mediante el ejemplo personal y la formación educativa en talleres preempleo o institucionales, sistemáticos, para concientizar su existencia potencial en los trabajadores de la salud, fortalecer su



autoestima, reforzar las habilidades de apoyo a la recuperación de los pacientes y el disfrute con la satisfacción del deber cumplido.⁽³⁴⁾

También debe ser transmitida y perfeccionada mediante la auto- y heteroexigencia, basada en la ejemplaridad, en forma de cascada, del desempeño de los proveedores de mayor experiencia a quienes se subordinan. En estas actividades pueden, además, prevenirse errores con el manejo de la información médica o en la comunicación con los usuarios.

Los receptores de los servicios, por su parte, no deben subestimar la importancia del respeto como reconocimiento, del esfuerzo y estoicismo permanente, implícitos en un ejercicio profesional digno, así como por la relevancia de los aportes de quienes abrazaron las tareas de la salud⁽³⁴⁾ para sentirse pagados lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece y por el disfrute inherente a la conciencia del deber cumplido.⁽³⁵⁾

A manera de reflexiones finales

La vía idónea para convertir las instituciones de salud en verdaderos oasis de respeto, amabilidad, sensibilidad humana, disposición solidaria y profunda involucración en la satisfacción de los usuarios, es mediante la eficiente selección y reforzamiento cotidiano de la vocación médica existente en la gran mayoría de los trabajadores de la salud y, por extensión, en otros proveedores, políticos y administrativos. Tanto las potencialidades de apoyo a la recuperación de los pacientes, como la prevención de errores en la comunicación o el manejo de información, deben ser reforzadas mediante talleres o cursos breves programados según la movilidad laboral del personal auxiliar y administrativo.

Referencias bibliográficas

1. Batlle, J. José Martí. Aforismos. La Habana: Ed. Centro de Estudios Martianos; 2004.
2. González, R. La Psicología, en el campo de la Salud y la Enfermedad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
3. Balager, JR: La batalla por la excelencia de los servicios de salud- estrategia para alcanzarla. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2004.
4. Ninos, N. Humanism and Technology. Critical Care Medicine. 1994;16(17):1252-3.
5. González, R. ¿Quo vadis Relación Médico Paciente? Rev. Hosp. Psiq. Habana. 2013 [acceso: 22/08/2018]; 10(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2013/nro2/quovadis?relación.html>



6. González, R. Valores morales del equipo de salud y satisfacción de pacientes: criterios de alumnos de 5to año de medicina Rev. Hosp. Psiqu. Habana. 2015 [acceso: 22/08/2018]; 12(1). Disponible en: http://www.revhph.sld.cu2015/nro1/valores_morales.html
7. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra 2006 [acceso: 06/06/2012]; 29(3):7-17. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600002&script=sci_arttex
8. Acarín, N. El cerebro del Rey. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
9. Coulanh, J. Compassionate, solidarity, suffering, poetry and medicine. Perspect Bio Med. 2009;52(4):585-6.
10. Amaro, M. Ética Médica y Bioética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
11. González, R. Sobre una preocupación que no es solo mía. Medisur. 2016;18(2):507-8.
12. González, R. Ética para proveedores y usuarios de salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2018.
13. González, R. La Relación Equipo de Salud-Paciente-Familia-Comunidad. Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
14. González, R. La nueva dimensión de la Relación Médico Paciente. En: Acosta J, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997.
15. Donabedian, A. Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. Qual. Assur Health Care. 1998;1(1):3-11.
16. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables. J. Surg. Res; 2010;164(1):53-9.
17. González, R. Humanismo, Espiritualidad y Ética en la atención de Salud. Madrid: Editorial Academia; 2013.
18. Elhauge, E. The moral paradigm for allocating Health Care Recourses [dissertation]. [Cambridge, Massachusetts]: Harvard Law School Faculty Workshop; April 4, 1994.
19. González, R: Significación humanística y terapéutica del colectivo moral y de la relación usuario institución. Rev. Cub. Salud Públ. 2011 [acceso: 06/06/2012]; 35(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300011



20. González, R. Las relaciones con el paciente en el marco institucional. Rev Cubana Med. 1976;15(4):345-50.
21. González, R. Los efectos placebo de la relación médico paciente. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [acceso: 22/09/2018];20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500016&lng=es&nrm=iso
22. González, R. Divulgación sanitaria en el salón de espera del Hospital Gelasio Calañas de Niquero. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1963.
23. González R. Volver a la semilla: confidencias de un médico rural. La Habana: Editorial Política; 2010.
24. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Editorial Tric astrac; 2003.
25. Muñoz R, Eist H. People vs. Managed Care. Washington D. C.: A.P.A. Alliance Care; 2000.
26. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Medical vocation in physicians with prestigious professional behavior. An. Fac. Med. 2013;74(2):2-18.
27. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Medical vocation: need for its scientific study. An. Fac. Med. 2013;74 (4):23-9.
28. González, R. La salud actual de la vocación médica. Revista Clínico Quirúrgica Bolivariana de Venezuela. 2011;1(2):77-80.
29. González, R. La unidad bio-psico-socio-cultural y espiritual del hombre. Su importancia en la formación del médico. Rev. Hosp. Psiq. Habana. 2008 [acceso: 31/08/2018]; 1(4). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0104/hph08104.htm>
30. González, R. ¿Es nuestra concepción integral actual del ser humano suficiente? Medisur. 2016;18(3):816-21.
31. Pérez-Galdós V. José Martí, fuente de motivación y enseñanza. La Habana: Editorial José Martí; 2012.
32. Gutiérrez, E. La resiliencia de José Martí. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2012.
33. González, R. Galán Beiro GM, Pérez González N, Amador Montejó J. Significado y calidad del desempeño interpersonal y ético del equipo de salud en la apreciación de pacientes y estudiantes 5to año de medicina: Evolución en siete lustros. Rev. Hosp. Psiq. Habana. 2011 [acceso: 26/02/2016]; 8(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2011/hph08311.html>
34. Gervas J, Hernández Monsalve L. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Med. Clin. 1994;103(5):421-2.



35. González, R. Humanismo y gestión de salud en el siglo XXI. ¿Avanzamos o retrocedemos? La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

