



Auditoría de comunicación interna de un hospital

D. R. Pajares Conde / J. C. March Cerdá / M.^a E. Gómez Martínez
Escuela Andaluza de Salud Pública

Correspondencia: Joan Carles March Cerdá. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada

Recibido: 22 de enero de 1997
Aceptado: 22 de septiembre de 1997

(Audit of internal communication in a hospital)

Resumen

Objetivos: Conocer el estado actual de la comunicación interna percibida por los profesionales (médicos, enfermeras), por los cargos intermedios y por el equipo directivo, junto a conocer posibles estrategias futuras de mejora de la comunicación interna percibidas por los propios profesionales.

Metodología: El abordaje del estudio se realizó siguiendo una *metodología cualitativa*, consistente en grupos focales y entrevistas semiestructuradas. El *ámbito de estudio* se centra en un hospital comarcal. Los sujetos de estudio están compuestos por el personal asistencial (médicos y enfermeras), los cargos intermedios (supervisores y jefes de servicio) y los directivos (jefes de bloque, directora de enfermería y director médico). Del personal de base se seleccionaron veinte enfermeros y dieciocho médicos, en cuatro grupos focales. De los cargos intermedios se seleccionaron dos supervisores y cuatro jefes de servicio aleatoriamente. Además se entrevistaron a tres directivos.

Resultados: Se pone de manifiesto las debilidades y fortalezas de la comunicación interna en el hospital. Tanto los profesionales de *enfermería* como los *médicos* destacan como una importante debilidad la poca credibilidad y la baja valoración de las Direcciones. Los *médicos* consideran una debilidad el hecho de no sentirse escuchados por la Dirección. Los profesionales destacan como debilidad, que no se den felicitaciones ni refuerzos positivos de ningún tipo. Respecto al *canal descendente*, los profesionales destacan que éste falla, ya que la primera información llega en forma de rumores. Los médicos valoran como fortaleza que la información siempre pasa por el jefe de servicio. Valoran como fortaleza la muy buena relación dentro del propio servicio. Las *enfermeras* valoran como punto débil las trabas que se ponen a la comunicación. Plantean como mejoras futuras a desarrollar, la comunicación itinerante, la elección de los directivos, la utilización de canales informales, el reconocimiento del trabajo de los profesionales y la realización de un plan de comunicación.

Conclusiones: La comunicación interna debe ser entendida por los directivos, en términos de estrategia básica de la gestión de los profesionales. Ante los resultados de la auditoría, será importante establecer un plan de comunicación interna que permita conseguir los objetivos en el hospital en todos los sentidos, niveles y categorías profesionales.

Palabras clave: Auditoría. Comunicación interna. Análisis cualitativo. Profesionales sanitarios.

Summary

Objectives: To know the current status of internal communication as perceived by the professional staff (physicians, nurses), middle-level managers, and executive team, and possible future strategies for improving internal communication as perceived by the professional staff.

Methods: The study approach consisted of qualitative methods such as focal groups and semistructured interviews. The study area was a regional hospital. Study subjects included the attending staff (physicians and nurses), middle-level managers (supervisors and department heads), and executives (area heads, nursing director, and medical director). From the base staff, 20 nurses and 18 physicians were chosen for four focal groups. Among the middle-level managers, 2 supervisors and 4 department heads were chosen randomly. Three executive officers were interviewed.

Results: The weak and strong points of the hospital's internal communication were shown. Nursing and medical staff noted as an important weak point the fact that they did not feel that directors were listening to them. The professional staff noted as a weak point that they do not receive congratulations or positive reinforcement of any type. With respect of downward information channels, the staff indicated that they do not work because their first information received is always in the form of rumors. The physicians evaluated as a strong point that information always passes through the department head. They evaluated as a strong point good intradepartmental relations. The nurses evaluated as a weak point the obstacles to communication that they encounter. They propose future improvements such as developing itinerant communication, electing directors, using informal channels, recognizing staff achievements, and developing a communication plan.

Conclusions: Internal communication should be understood by executives as part of basic professional management strategy. Given the results of this audit, it will be important to establish an internal communication plan to advance hospital objectives in every sense, at every level and for all professional categories.

Key words: Audit. Internal communication. Qualitative analysis. Health care professionals.

Introducción

Las empresas de servicios han intentado conquistar el mercado con la utilización de técnicas de marketing dirigido hacia los posibles clientes. Este tipo de estrategias han ido avanzando, y en la actualidad las organizaciones se enfrentan a dos tipos de clientes, los externos y los internos. Por eso se plantea dotar a las empresas de servicios de una herramienta de gestión que le permita satisfacer las necesidades de su mercado interno exactamente igual que ha sabido hacerlo en su mercado externo^{1,2}.

El marketing interno o mercadotecnia aplicada al público interno se rige por un principio básico: la optimización de la gestión del capital humano de la empresa no puede hacerse sin el acuerdo previo y la implicación de todo el personal, cualquiera que sean sus niveles de responsabilidad, o su categoría, y esto es imposible si no se hace uso de una adecuada comunicación³.

La comunicación se puede convertir en un instrumento de creación de un lenguaje común para toda la empresa, como vector de la organización³. Así, la comunicación interna que trata de «contar a la organización lo que la propia organización está haciendo»⁴, es entendida como «los procesos y procedimientos que utilizando unos canales determinados de antemano, transmite informaciones o mensajes en el interior de la organización, determinando con precisión los emisores y los receptores de la información». Ello permite construir una identidad de la empresa susceptible a conciliar entre sí al conjunto del personal y generar un clima de confianza y motivación⁵⁻⁷, lo cual puede ser rentable para la institución, ya que un trabajador bien informado, que conoce los objetivos y el contenido de su tarea, contribuye al beneficio global de la organización y tiene tendencia a manifestar una actitud positiva hacia el trabajo^{8,9}.

Pero la comunicación interna hay que gestionarla. La empresa tiene una serie de políticas corporativas que tienen carácter estratégico y la comunicación interna tiene que ser una más de esas políticas estratégicas^{10,11}. La comunicación entendida de esta forma requiere (como cualquier otro sistema interno de gestión), la formulación de unos objetivos y la fijación de unas estrategias, diseño de unos soportes y metodologías que serán necesarias para ponerlos en práctica. Todo esto conforma un *Plan de Comunicación*¹¹.

Pero, ¿qué ocurre en los hospitales y centros de salud? ¿Qué aplicaciones ha tenido la mercadotecnia en el sector salud o marketing sanitario?¹². La mercadotecnia a nivel hospitalario o marketing hospitalario pretende que la organización hospitalaria se ponga al servicio del usuario considerando al enfermo como centro y objetivo de la atención hospitalaria. Sin embargo, es casi imposible esperar una buena relación del personal del hospital con los usuarios si ya se parte de una degradación de las propias relaciones internas. Los

profesionales necesitan saber qué se espera de ellos y qué papel se les pide que jueguen dentro de la estrategia¹³⁻¹⁵ a través de la configuración de Planes de Comunicación Interna¹⁵⁻¹⁷.

Pero antes de poner en marcha un plan de comunicación interna, es preciso conocer el estado de situación, es decir, qué tipo de información le interesa al trabajador, qué canales de comunicación utiliza, etc., y para conseguir esto se emplea una metodología que se conoce como *Auditoría de Comunicación Interna*¹⁸. Siguiendo esta línea de investigación se plantea conocer el actual estado de la *comunicación interna* en el personal asistencial de un hospital comarcal mediante una metodología cualitativa.

Los objetivos del estudio han sido, por una parte, conocer el estado actual de la comunicación interna percibida por los profesionales (médicos, enfermeras), por los cargos intermedios y por el equipo directivo (características del emisor, percepción del receptor, tipos de mensajes, canales ascendente, descendente y horizontal y contexto de la comunicación), junto a conocer posibles estrategias futuras de mejora de la comunicación interna percibidas por los propios profesionales.

Metodología

El abordaje del estudio se realizó siguiendo una metodología cualitativa, consistente en grupos focales y entrevistas semiestructuradas. El *ámbito de estudio* se centra en un hospital comarcal relativamente joven, que cuenta con tan sólo ocho años de funcionamiento. Los sujetos de estudio están compuestos por el personal asistencial (médicos y enfermeras), los cargos intermedios (supervisores y jefes de servicio) y los directivos (jefes de bloque, directora de enfermería y director médico). Los criterios de inclusión que se siguieron fue personal no sustituto, tanto enfermeras como médicos que estuvieran presentes en el hospital durante el período de tiempo que va desde el 1 de julio, hasta el 31 de agosto de 1996. Se abordó a la totalidad de los miembros del equipo directivo (jefes de bloque, directores de enfermería y médico).

La selección de participantes se realizó de forma aleatoria a partir de un listado del personal activo facilitado por el departamento de personal del propio hospital. Del personal de base se seleccionaron veinte enfermeros y dieciocho médicos. La distribución por grupos fue en el GRUPO 1, 10 enfermeros cuya fecha de alta fuese posterior a 1993, quedando este año incluido; en el GRUPO 2, 10 enfermeros cuya fecha de alta fuese anterior a 1993, quedando este año excluido; en el GRUPO 3, nueve médicos cuya fecha de alta fuese anterior a 1993, quedando este año excluido; y en el GRUPO 4, nueve médicos cuya fecha de alta fuese posterior a 1993, quedando éste incluido.

De los cargos intermedios se seleccionaron dos supervisores y cuatro jefes de servicio aleatoriamente. En los grupos focales se contactó por medio de una carta personalizada en la que se explicaba el tema de estudio, la importancia de su participación y la fecha, hora y lugar de reunión. Luego el mismo día de reunión se contactaba telefónicamente con cada uno de ellos para que confirmaran su asistencia.

Para las entrevistas semiestructuradas, se contactaba con ellos personalmente. En ambos casos la recogida de información se realizó mediante la elaboración de un guión¹⁹⁻²² previo (tabla 1), siendo seis las categorías objeto de estudio. La duración promedio de los grupos focales fue de 60 minutos (oscilando entre 45 y 70) y la de las entrevistas semiestructuradas fue de 30 minutos, con un rango entre 15 y 45 minutos.

El análisis de la información se comenzó con el análisis de las transcripciones de los cuatro grupos focales y

las nueve entrevistas, y la posterior lectura de las mismas para tener una visión general, posteriormente se realizó una lectura identificando en las transcripciones las distintas categorías de estudio y se procesaron los segmentos correspondientes a cada una de las categorías de análisis extraídas de las transcripciones. El análisis se realizó, por un lado, introduciendo los segmentos extraídos en una matriz DAFO modificada en la que se resaltaban los puntos débiles y los puntos fuertes de cada dimensión²³ y, por otro lado, extrayendo las propuestas de mejora.

Tabla 1. Guión de entrevista

1. EMISOR: Deberá codificar el mensaje de tal forma que pueda ser interpretado por la/s persona/s a quien va dirigido, ya que si no es así, la comunicación no será efectiva.

2. RECEPTOR: Quien decodifica, descifra e interpreta el mensaje, prediciéndose en éste unos efectos, que si no son los que deseaba producir el emisor, dará como resultado una comunicación efectiva.

3. MENSAJE: El estímulo que emite el emisor, es la idea que se comunica.

4. CANAL:

4.1. Canal ascendente: Se utiliza para enviar informes, sugerencias y quejas.

4.2. Canal descendente: Persigue enviar información referida a las políticas, procedimientos y reglas de organización.

4.3. Canal horizontal: Se utiliza para múltiples interacciones entre empleados del mismo o distinto departamento.

5. CONTEXTO: Donde se desarrolla la comunicación, afecta a ésta.

6. MEJORAS FUTURAS.

Resultados

Los resultados ponen de manifiesto las debilidades y fortalezas que tienen mayor impacto sobre la comunicación interna en el hospital.

Tanto los profesionales de *enfermería* como los *médicos* destacan como una importante debilidad la poca credibilidad y la baja valoración de las direcciones de cada una de las categorías profesionales, no percibiéndose ninguna fortaleza en los emisores.

«Desde que se presentó sabes que está ahí abajo, pero relación ninguna, a no ser que haya problemas. No te premian y sólo te llaman cuando metes la pata hasta el fondo.»

La visión de la dirección como receptores de la comunicación genera entre los *médicos* consideraciones de que es una debilidad el hecho de no sentirse escuchados por la dirección.

«...tú te comunicas pero te da la sensación de que no has llegado. Es como si estuvieras emitiendo en una onda y el que tiene que recibir estuviera intentando recibir en otra totalmente distinta.»

Al hablar de los mensajes que se transmiten, los profesionales destacan como debilidad, que no se den felicitaciones ni refuerzos positivos de ningún tipo (ver tabla 2). La dirección considera una debilidad que no abunden las felicitaciones.

Tabla 2. Fortalezas y debilidades de los mensajes percibidas por los entrevistados

Debilidades	Fortalezas
* Los mensajes se refieren sobre todo al mal funcionamiento.	* Los mensajes más valorados con los referidos a cursos, congresos, préstamos, o a modificaciones de jornada laboral.
* Los temas organizativos siempre se comunican a destiempo.	* Los pocos mensajes que llegan son referentes a la organización y funcionamiento.
* No se comunica ni grandes cambios ni objetivos generales.	* Llega toda la información que llega al jefe de servicio.
* No se suelen comunicar felicitaciones de tipo personal, del servicio, ni a nivel del hospital.	* Entre profesionales de distintos servicios los mensajes suelen ser de temas clínicos.
	* Desde la dirección médica se transmiten mensajes referidos a sistemas de información, índices de ocupación y resultados del servicio.
	* El contenido hace referencia asimismo a aspectos de reglamentación y datos sobre actividades.

«Yo hace tiempo que no recibo ninguna felicitación, no personal, sino por el hospital (...) Ni de felicitación personal, ni de comunicación..., o de cuestiones que afecte a todos...»

Al adentrarse en el análisis de los canales de comunicación existentes, se percibe a nivel del canal ascendente diferentes perspectivas según sean profesionales, cargos intermedios y directivos (ver tablas 3 y 4). Respecto al canal descendente, los profesionales destacan que ésta falla, ya que la primera información llega en forma de rumores.

«Al final te acabas enterando por segundos o quintos de que te quiere comunicar una jefatura...»

Los médicos valoran como fortaleza que la información siempre pasa por el jefe de servicio. Los car-

gos intermedios de enfermería ven como fortaleza el hecho de que ellos canalicen los mensajes que vienen desde la dirección, la cual ve como debilidad la falta de habilidades de comunicación en algunos supervisores.

«...Depende de la capacidad que tiene cada uno de comunicar..., depende de cómo se dicen las cosas y hay quienes comunican bien y llevan bien las cosas y hay cosas que no es que se comuniquen pero sino que entienden que hay cosas que no tienen que decir que a lo mejor tienen que decir...»

Asimismo valoran que hay cosas que no fluyen correctamente desde la dirección hasta las bases.

«...hay cosas que no fluyen como es debido y hay malos entendidos y situaciones penosas...»

Tabla 3. Valoración de fortalezas y debilidades del canal ascendente desde la perspectiva de enfermería, en sus diversos niveles

Debilidades	Fortalezas
<p>I. Percibidas por los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los supervisores/as son vistos como un «cortocircuito». A veces «chocan» con ellos por lo que se elude cada vez más la figura del supervisor. 	<p>I. Percibidas por los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utilizan la vía informal. * El hecho de cuidar las «formas», asegura el éxito.
<p>II. Percibidas por los cargos intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> * Rara vez el personal ha eludido la supervisión. * El personal manda quejas fundamentalmente. 	<p>II. Percibidas por los cargos intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> * La supervisión canaliza la comunicación, por lo que nunca se elude dicho nivel. * Siempre se hace de manera verbal. * Si hubiera sugerencias se tendrían en cuenta.
<p>III. Percibidas por la dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> * A veces, existe comunicación del profesional directamente por no llegar a un acuerdo o por desencuentro con el/la supervisor/a. 	<p>III. Percibidas por la dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se estimula la comunicación directa con el personal. * Política de puertas abiertas. * Se suele comunicar verbalmente.

Tabla 4. Valoración de fortalezas y debilidades del canal ascendente desde la perspectiva de los médicos, en sus diversos niveles

Debilidades	Fortalezas
<p>I. Percibidas por los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> * La buena relación no se traduce en buena comunicación. * Los servicios sin jefe tienen peor comunicación. 	<p>I. Percibidas por los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se utiliza la vía personal. * Con la dirección, la vía directa es para temas personales y con los jefes sobre funcionamiento. * Los servicios con jefe tienen una mejor comunicación.
<p>II. Percibidas por los cargos intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> * Algún jefe de servicio, es la única vía formal. * A veces los profesionales se comunican directamente con la dirección médica. * Se pretende «by-passear» el canal establecido. 	<p>II. Percibidas por los cargos intermedios</p> <ul style="list-style-type: none"> * Desde el personal hasta ellos hay una vía informal, normalmente por vía oral. * La comunicación por escrito ocurre pocas veces. * El personal tiene acceso directo a la dirección.
<p>III. Percibidas por la dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> * Algo falla, ya que de muchas cosas no se enteran. 	<p>III. Percibidas por la dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> * A veces informalmente, a través de una gestión itinerante. * A veces desde el personal, directamente.

Con respecto al canal horizontal, las enfermeras destacan como debilidad la falta de comunicación entre los servicios. Valoran como fortaleza la muy buena relación dentro del propio servicio.

«A nivel de chiringuito nuestro, lo que yo creo es que nos llevamos más o menos bien... Hay gente que te cae mejor o peor, pero que eso es normal y en general, en tu recinto... hay buena relación.»

Los médicos discrepan; unos destacan como fortaleza la comunicación entre servicios y otros lo presentan como debilidad. Aunque hay buena relación no se traduce en comunicación.

«Hay comisiones hospitalarias que están establecidas. Luego hay servicios que tienen sesiones clínicas conjuntas y habitualmente nos buscamos cuando lo necesitamos. Funcionamos también con hojas de interconsultas. Pero no es nada raro que nos llamemos y nos digamos que te mando una hoja de consulta para que me mires a este paciente y es raro no encontrarse si quieres verte.»

Con respecto al contexto en el que se desarrolla la comunicación, las enfermeras valoran como punto débil las trabas que se ponen a la comunicación.

«...Yo veo demasiadas puertas cerradas..., demasiados cajones con llave... No piden opinión...»

Hay que destacar que no se percibe ninguna fortaleza en el contexto, que facilite la comunicación. Los médicos destacan como algo que supone una marca de debilidad, que en alguna ocasión se hayan encontrado más de una versión sobre un mismo tema.

«Se tiene la impresión de que circula por el hospital diversas versiones sobre el mismo problema. Y al final no sabes cuál es la auténtica... ¿Por qué, de dónde ha salido y con qué intención?»

Los cargos intermedios de enfermería destacan como debilidad que hay rumores que se les escapan y no llegan a enterarse. Además, los jefes de servicio opinan que últimamente ha habido un deterioro en la comunicación, debido a que en alguna ocasión se han transmitido mensajes poco veraces.

«...la comunicación se ha deteriorado, pues ha habido un abandono de las costumbres establecidas y más si la información que se da no es veraz. El personal lo percibe y esa comunicación está condenada al fracaso para siempre. Eso ha ocurrido aquí.»

La dirección de enfermería destaca como debilidades más importantes que a veces se pierde información a nivel de supervisión por el efecto de lo que denominan «cuellos de botella».

«...Pero hay veces que hay cuellos de botella. O bien en los supervisores o bien a lo mejor llega que hay una

reunión y luego ese mensaje se tergiversa cuando llega al resto del servicio.»

También ven como debilidad que a veces personal y dirección «emiten en ondas distintas».

«Pienso que muchas veces los responsables estamos en una onda y la gente de base va en otra...»

Por su parte la dirección médica valora como fortaleza que siguen una política de puertas abiertas.

«El talante de la dirección es de puertas abiertas (...) pero percibimos que no es bastante...»

Respecto a las mejoras futuras planteadas, destaca la elección de los representantes, la búsqueda de los canales informales y de la comunicación fuera de los despachos (dirección itinerante), el reconocimiento de la labor profesional y la realización de un Plan de Comunicación (ver [tabla 5](#)).

Tabla 5. Mejoras futuras planteadas por los profesionales entrevistados

1. Enfermería:

– Profesionales:

- Que los miembros de la dirección salgan de sus despachos y se relacionen más con el personal.
- Elección democrática de supervisores, incrementaría su credibilidad y respeto.
- Eliminación de retribuciones variables que traen más prejuicios que beneficios.
- Que la directora tome café con los profesionales.
- Que se considere como supervisor ideal aquél que estimule al personal.
- Consideran un punto clave a la supervisión como transmisor entre ellos y la dirección.
- Conocer cómo funciona la dirección, sus problemas e inquietudes.

– Cargos intermedios:

- Análisis de la situación para saber qué está fallando.

– Dirección:

- Escuchar a la gente lo que le interesa que les comuniquen. Preguntarles.
- Análisis de la situación para saber en qué están fallando.

2. Médicos:

– Profesionales:

- Cambiar la filosofía que se está dando en el hospital.
- Los directivos que los vayan a representar sean elegidos por ellos mismos.
- Proyecto único del hospital y reconocimiento de la labor de los profesionales.
- Modificar el funcionamiento de la junta facultativa.
- Se debería hablar más y transmitir mensajes más veraces.
- Formalizar charlas y reuniones de la mañana en la cafetería.
- Desarrollar un plan de comunicación.
- Hacer explícitas la cultura del hospital para explicar a los que lleguen nuevos.

– Cargos intermedios:

- Utilizar las buenas relaciones entre los distintos profesionales en busca de objetivos comunes.
 - Analizar el contexto del hospital. Hacia donde va el hospital.
-

Discusión

Abordar el análisis de la comunicación interna de la mejor manera posible según M. H. Wesphalen⁵ conlleva la utilización conjunta de una metodología cuantitativa-cualitativa, ya que este doble abordaje permite unir la finura y la profundidad del procedimiento cualitativo y la precisión estadística del procedimiento cuantitativo.

En el presente estudio sólo se ha hecho un abordaje cualitativo, porque según señalan algunos autores²⁴⁻²⁶, la utilización de técnicas cualitativas en una investigación de mercado suele considerarse pertinente en una primera aproximación a fenómenos que luego quieran abordarse en profundidad¹⁵⁻¹⁷. Además, tal como plantean D. Tourish y O. Hargie en una auditoría de comunicación en el National Health Services inglés, conocer cómo los profesionales expresan directamente sus sentimientos y opiniones sobre todos los aspectos de su trabajo, mediante preguntas abiertas, genera en los respondentes libertad de expresión y saca a la luz más problemas²⁷. Las técnicas cualitativas son una metodología que tiene interés por obtener respuestas ricas y matizadas, abordando una serie de cuestiones (dimensiones de estudio) en profundidad, no tratando de buscar representatividad estadística, sino identificar grupos específicos de personas que poseen características o viven circunstancias relevantes para el fenómeno que se estudia²⁸.

El estudio se ha centrado exclusivamente en el personal asistencial porque, aunque limite las conclusiones de la globalidad del hospital, da una importante visión de cómo se está desarrollando la comunicación interna en el mismo¹⁶, al ser el grupo más numeroso.

Toda la bibliografía consultada sobre comunicación, tanto en el ámbito personal como en las organizaciones²⁹⁻³⁵, muestra el esquema clásico (emisor, receptor, mensaje, canal, contexto) como la mejor forma de conocer todos los elementos que están incluidos en un fenómeno comunicativo.

Plantear un estudio de mercado interno implica segmentar la población^{21,22}. Por ello, se había elegido a la hora de plantear la metodología un criterio de segmentación basado en la categoría laboral y la antigüedad en la empresa. Sin embargo, a la hora de mostrar los resultados se hace solamente teniendo en cuenta la categoría laboral. El no diferenciar el tiempo en la empresa queda justificado por no haber encontrado diferencias importantes respecto al discurso de cada grupo. Sólo se ha detectado algún tipo de diferencia en los resultados de los médicos en lo que hace referencia al canal horizontal; los médicos más antiguos pensaban que aunque existe una buena relación entre los profesionales de distintos servicios, esto luego no se traduce en una buena comu-

nicación, mientras que los miembros más recientes opinan que si hay una buena comunicación entre servicios.

Con respecto al número de grupos, se hicieron dos por segmento, tal como indica la bibliografía consultada^{21,22}. Asimismo, el número de personas que participaron en los grupos va en la línea de lo que plantea el U.S. Department of Health and Human Services²¹; entre 4 y 12.

Parece acertado tener en cuenta la percepción de los cargos intermedios y la dirección, ya que permite una visión más completa de la realidad de la comunicación en el hospital y además permite observar la integración entre grupos profesionales para conseguir una mayor adaptación del entorno hospitalario¹⁵.

Respecto al personal de base, los cargos intermedios y la dirección discrepan en alguna dimensión, ya que lo que unos ven como fortaleza, para otros es una clara debilidad. En relación a los *médicos*, cuando se plantea cómo perciben el *canal ascendente*, hay una clara discrepancia entre el planteamiento de la dirección que dice tener una política de puertas abiertas y lo que piensan los facultativos. En la comunicación descendente, la dirección plantea las notas circulares como su único soporte formal, sin embargo, este método no es valorado por el personal de base. Young³⁶ plantea la necesidad de poner énfasis en la comunicación cara a cara, prefiriendo la comunicación directa que las notas circulares o que las hojas de interconsulta. Los jefes de servicio perciben que cuando se trata de comunicar un tema importante es mejor transmitirlo de manera oral y personalmente.

En lo referente al personal de *enfermería*, también se perciben algunos aspectos diferentes, incluso contradictorios según sean planteados por cada uno de los niveles jerárquicos. En lo que respecta al canal ascendente, tanto los profesionales como el equipo directivo, perciben que se elude cada vez más a las supervisoras, considerándolo una debilidad importante. Las supervisoras opinan lo contrario. En ese sentido en algunos estudios³⁶, se considera al jefe directo como el preferido para que se comunique con los trabajadores. En varios estudios^{16,17}, aparecen como puntos fuertes la buena posición que tienen los supervisores en la comunicación con el personal de base y la alta credibilidad que le atribuyen a éstos, al verlos como facilitadores de la comunicación. Sin embargo, nuestros resultados muestran lo contrario, es decir, los supervisores son vistos incluso como «cortocircuitos» en la comunicación. Sin embargo, cuando se plantean medidas para mejorar la comunicación, no piden que se elimine la figura de la supervisión sino todo lo contrario. Por el contrario, los médicos atribuyen al jefe de servicio mucha credibilidad.

Al comentar sobre el canal descendente, el hecho de que la comunicación descendente siempre se canalice por medio de las supervisoras y funcione bien

es considerado una fortaleza para dirección y supervisores, mientras que los profesionales lo perciben como una importante debilidad, ya que en la mayoría de las ocasiones la información les llega mediante rumores e incluso por canales ajenos al hospital.

Por último, y donde parece que hay mayor choque es al abordar el *contexto* donde se desarrolla la comunicación. Así, tanto supervisión como dirección opinan que el fallo de la comunicación está claramente a nivel del personal, que lee poco, que no le interesa y que no se implica, aunque ellos hacen grandes esfuerzos para que la comunicación sea fluida. Los profesionales perciben todo lo contrario; es decir, no sólo es que la dirección se mueve por pulsos políticos, sino que guarda información y cuando la transmite lo hace de forma selectiva, pero sobre todo «se perciben cada vez más puertas cerradas y más cajones con llave...».

Todo esto pone de manifiesto, que dirección y profesionales tienen objetivos distintos y se mueven en culturas distintas, lo que dificulta el entendimiento y la comunicación. Algunos autores³⁷ se plantean esta diferencia de culturas como la dicotomía gerencialismo-profesionalismo, mostrando que son muchos los que piensan que la cultura de la gestión que se ha importado desde otros sectores al sistema sanitario no ha reconocido de forma suficiente el papel que ocupan los profesionales en los hospitales y centros de salud. En esa línea, Amat¹³ plantea que para el desarrollo de cualquier estrategia de mercadotecnia (comunicación interna incluida) en el hospital, es necesario que desde la gestión se sintonice con el profesional.

Comparando los resultados obtenidos con los de otros estudios similares, se observa que existe coincidencia en los aspectos más relevantes. Young muestra que entre los ocho principios de la comunicación eficaz en la empresa³⁶ está como fundamental la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Aspecto que en este estudio, tanto enfermeros como médicos plantean como fundamental, al haberse encontrado que en alguna ocasión se les ha mentido, lo cual afecta a la credibilidad de la comunicación interna y de sus portavoces. Junto a todos estos elementos, Young plantea la necesidad de que la información llegue a tiempo (los profesionales del hospital ven como una debilidad importante el hecho de que la información llegue tarde) y de forma continua.

Andreu Pinillos⁴ plantea que la eficacia de los mensajes no depende tanto de lo que se cuente, sino de cómo se cuente, y que es fundamental establecer contactos entre las personas mediante canales formales (charlas, reuniones, etc.), junto con otros informales como las «tertulias de café». Este aspecto es valorado en el estudio, ya que al plantear la posibilidad de realizar más reuniones de manera formalizada, quieren que «la directora de enfermería venga a tomar café a los servicios y que les permita ahí tratar los

problemas o cuestiones que inquieten al personal del servicio».

E. Martí¹² plantea las características de la información en las instituciones de salud como básicamente descendente, no anticipativa, que fluye por canales muy formalizados y con una periodicidad irregular; lo que coincide con los resultados obtenidos, al plantear tanto enfermeros como médicos que la comunicación descendente en el hospital se limita a «papelitos» que llegan desde la dirección.

En un estudio realizado¹⁶ para analizar la comunicación interna entre el personal de enfermería de un hospital, se obtuvo como puntos débiles a destacar la ausencia de información en el desempeño del puesto de trabajo, la carencia de información en momentos clave y la falta de comunicación entre unidades. Estos aspectos coinciden con los encontrados en este estudio, ya que los profesionales opinan que las cartas que les manda la dirección no contienen información sobre los objetivos ligados al puesto de trabajo y no se les comunica ni los cambios ni los grandes objetivos del hospital. En otras auditorías de comunicación^{15,38} se ha encontrado que los profesionales no perciben información suficiente de la dirección de los problemas y logros del hospital, por lo que se plantea como propuesta de mejora que los responsables aumenten el contacto con el personal de base. En nuestro estudio, tanto el personal de enfermería como los médicos perciben insuficiente información por parte de la dirección, coincidiendo en las propuestas de mejora en que aumente el contacto de los cargos directivos con las bases.

En un reciente trabajo¹⁷, aparece como una importante debilidad el hecho de que no exista comunicación entre los distintos servicios ni mecanismos que lo faciliten, aspecto coincidente con los resultados de nuestro estudio. En este sentido, las enfermeras de nuestro estudio valoran la existencia de problemas de comunicación horizontal, ya que la información, en su opinión llega a destiempo y por parte de los jefes de bloque que aunque no son considerados expresamente como «cortocircuitos», utilizan cierto carácter impositivo y no hacen nada para que sea más fácil la comunicación horizontal.

Considerando la complejidad del fenómeno comunicacional en las empresas y en concreto en el hospital³⁹⁻⁴⁴ y el hecho de que la comunicación interna debe ser entendida por los directivos en términos de estrategia, parece obligado el establecimiento de un adecuado plan que permita conseguir los objetivos de una buena comunicación en todos los sentidos. Esta política de comunicación debería enmarcarse en la óptica de una estrategia de mercadotecnia interna, en la que se considera al trabajador como cliente al que dirigir las acciones^{45,46}. De todas las formas no se puede hablar de mercadotecnia a nivel interno si no existe una comunicación fluida en ambas direcciones.

Bibliografía

1. Levionnois M. Marketing interno y gestión de recursos humanos. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1992.
 2. Ruiz A. La comunicación interna, impulsora del programa de calidad de cercanías de RENFE. *Capital Humano* 1996;85:36-54.
 3. Bannel Y. Comunicación y marketing interno: la revolución empresarial de hoy. Barcelona: Ed. Colección Grupo ICESA, 1989.
 4. Pinillos A. Comunicación interna, un paseo por el tiempo. *Harvard Deusto Business Review* 1995;314:48-63.
 5. Wesphalen MH. La dirección de comunicación. Madrid: Ed. Del Prado, 1993.
 6. Lara I, Henríquez MC. Desarrollo de la comunicación interna a través de la unidad de recursos humanos. *Capital Humano* 1995;75:53-62.
 7. Somoza F. La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa. *Alta Dirección* 1995:37-43.
 8. Barranco FJ. Planificación estratégica de recursos humanos del marketing interno a la planificación. Madrid: Ed. Pirámide, 1993.
 9. March JC, Martínez JI, López LA, Solas O. El marketing en atención primaria. Hacia una nueva orientación de los servicios. *Atención Primaria* 1993;11(2):97-102.
 10. Villafañe J. Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas. Madrid: Ed. Pirámide, 1993.
 11. Ramos E. La estrategia de comunicación en la empresa. *Harvard Deusto Business Review* 1995:88-91.
 12. Martí E. El marketing hospitalario desde el punto de vista gerencial. *Todo Hospital* 1988;47:25-8.
 13. Amat D. El marketing dentro del hospital: su conexión con el público interno. *Todo Hospital* 1988;47:37-44.
 14. García-Puche JL. La comunicación en los hospitales. Comunicación presentada en las X Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. En: *Trabajar juntos, pero... ¿cómo?* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
 15. Prieto MA, March JC. La comunicación de un hospital: ondas de entendimiento. Ponencia presentada en las X Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. En: *Trabajar juntos, pero... ¿cómo?* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
 16. Silva M, March JC, Pérez H. Comunicación interna y percepción del servicio hospitalario. *Revista de Enfermería* 1995;199:13-8.
 17. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hacia el Carlos Haya del 2000: plan estratégico (resumen). Málaga, 1996.
 18. Saló N. Nuevas orientaciones en comunicación en las organizaciones actuales. *Capital Humano* 1995;82:52-62.
 19. Barranco J, Solas O, Martínez-Cañavate T. La obtención de información mediante entrevista. Diseño y validación de cuestionarios. Cap. unidad 68: 729-741. En: Gallo FJ y cols. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: Ed. Beecham, 1993.
 20. Frattini E, Quesada M. La entrevista. El arte y la ciencia. Madrid: Ed. Eudema, 1994.
 21. US Department of Health and Human Services. *Pretesting in health communication*. Maryland: N.H. Publication, 1984.
 22. Khan ME, Anker M, Patel BC, Barge S, Sadhwani H, Kohle R. The use of focus groups in social behavioural research: some methodological issues. *World Health Statistics Quarterly* 1991;44: 145-9.
 23. Montero A, Martínez R. La matriz DAFO para la formulación estratégica. Ampliación al sector financiero. *Capital Humano* 1988;137:69-86.
 24. Heras C. Marketing interno y servicios: un reto para las organizaciones hospitalarias. *Hospital* 2000 1991;5(1):35-46.
 25. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Ed. Interamericana, 1985.
 26. Cruz I. Métodos de análisis de la demanda. *Investigación comercial*. En: *Fundamentos de marketing*. Madrid: Ed. Ariel Economía, 1990.
 27. Tourish D, Hargie O. Communication in the N.H.S.: using qualitative approaches to analyse effectiveness. *Journal of Management in Medicine* 1996;10(5):38-54.
 28. Mays N, Pope C. Rigor e investigación cualitativa. *BMJ* 1995;311:109-12.
 29. Rodríguez A. *Psicología de las organizaciones*. Valencia: Promolibro, 1988.
 30. Katz D, Kahn RL. *Psicología social de las organizaciones*. México: Ed. Trillas, 1983.
 31. Weinert AB. *Manual de Psicología de la Organización*. Barcelona: Ed. Herder, 1985.
 32. Bateson y cols. *La nueva comunicación*. Barcelona: Ed. Kairos, 1990.
 33. Bornman y cols. *La comunicación. Un problema de la organización moderna*. Bilbao: Ed. Deusto, 1979.
 34. Costa J. *La imagen de la empresa. Métodos de comunicación integral*. Barcelona: Ed. Ibérica Europea de Ediciones, 1977.
 35. Molés A y cols. *La comunicación y los Mass Media*. Bilbao: Ed. Mensajero, 1985.
 36. Young MB. Los ocho principios de la comunicación eficaz. *Harvard Deusto Business Review*. 1995:94-103.
 37. López LA, Aranda JM. Perspectivas de futuro de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1995;15(3):140-2.
 38. March JC. Internal Audit on Internal Communication in the University Hospital of Reina Sofía in Córdoba. Congreso de la EHMA. Lisboa, 1996.
 39. Tourish D, Hargie O. Don't you sometimes wish you were better informed. *Health Services Journal* 1993;25(103):28-9.
 40. Woodard DA. Transformational leaders. Ten practices to help executives meet the challenge. *Health Progress* 1992;73(9):40-4.
 41. Farley MJ. Assessing communication in organizations. *Journal of Nursing Administration* 1989;19(12):27-31.
 42. Lively BT. Employer-employee relationships: philosophy before strategy. *American Pharm* 1995;35(8):40-9.
 43. Fussell SR, Benimorf NI. Social and cognitive processes in interpersonal communication: implications for advanced telecommunications technologies. *Human Factors* 1995;37(2):228-50.
 44. Rice RE, Atkin CH K. *Public communication campaigns*. Newbury Park, California: SAGE Publications, 1989.
 45. Lewton KL. *Public relations in health care: a guide for professionals*. Trump: AHA, 1991.
 46. Grönroos CH. *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1990.
-