

COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LOS ENFERMEROS EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE MANIZALES.

Coordination and communication in nurses of three hospitals from Manizales, Colombia

Yolima Gómez-Otálvaro¹, Gloria Lucia Arango-Bayer².

1. RN. Especialista en Promoción de la salud. Docente Auxiliar del Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Area Andina. Pereira. sgomez2@funandi.edu.co
2. RN, especialisa en Bioética, doctora en Bioética y Magister en Administración en Salud. Profesora asociada. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. glarangob@unal.edu.co

Recibido:	05	04	2014	Revisado:	01	08	2014
Corregido:	16	09	2014	Aceptado:	10	11	2014

Estilo de referencias:	<u>Vancouver</u>	APA 6	Harvard	ICONTEC
	X			

RESUMEN:

Antecedentes: La comunicación y coordinación con los miembros del equipo de salud hacen parte del proceso de atención de la enfermera clínica, y tiene impactos importantes sobre los resultados en el paciente y su satisfacción. Aun así, estas habilidades han sido poco exploradas en enfermería, a pesar de que varios de los modelos de atención en salud exigen un trabajo intenso en estos dos aspectos.

Objetivo. Describir la Comunicación y Coordinación como dimensiones del Rol interdependiente de enfermeras que laboran en los servicios de hospitalización en IPS de tercer nivel de atención de la ciudad de Manizales, Colombia. **Materiales y Métodos.** Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, aplicando a 38 enfermeras de tres instituciones hospitalarias privadas de Manizales las escalas de comunicación y coordinación del instrumento desarrollado por Shortell y cols.

Resultados. En el componente de la comunicación se resalta que el 81% del grupo de enfermeras/os se siente satisfecho con la comunicación entre estas y los pacientes. El 84% de los respondientes manifiesta estar bien informado en los

diferentes turnos. De otra parte, se encontraron porcentajes bajos 68% en la franqueza y exactitud de la información en la relación enfermero-médico. Con respecto a la escala de coordinación, los resultados muestran que hay heterogeneidad en las respuestas; la efectividad de las estrategias evaluadas como mecanismos que favorecen la coordinación está en niveles muy bajos tanto a nivel formal como informal. **Conclusión.** Hay dificultades en la comunicación médico-enfermero y del enfermero con el paciente sobre las cuales debe profundizarse. Se sugiere desarrollar habilidades de comunicación y coordinación en las instituciones hospitalarias, especialmente con médicos y familiares de los pacientes, y promoverlas desde la formación profesional, tanto de médicos como de enfermeros.

Palabras Clave: Comunicación, Coordinación, Rol Interdependiente, Calidad, Atención En Enfermería.

ABSTRACT

Background: Communication and coordination among health care team workers belong to the health care process and have important effects in patient outcomes and satisfaction. Despite it, these kind of skills have not been explored in nursing care, although nursing care process requires domain in these aspects. **Objective:** To describe communication and coordination as dimensions of interdependent role of nurses in in-patient services of three hospitals located in Manizales, Colombia. **Materials and method:** A descriptive, cross sectional study was used, applying the communication and coordination scales developed by Shortell to 38 nurses in three hospitals located in Manizales, Colombia. **Results:** 81 % of nurses feel satisfaction with communication among nurses and patients. 84% suggest to be informed in different shifts. 68% consider information given by doctors is accurate. About coordination, results are heterogeneous. Effectiveness of evaluated strategies as mechanisms that promote coordination are low, in both formal and informal levels. **Conclusions:** There are some difficulties in nurse-physician communication and in nurse-patient communication that need to be explored deeply. Developing skills in medicine and nursing professionals in hospitals, specially about communication with physicians and patient's family are suggested as well as promoting these since undergraduate education in both nurses and physicians.

Key words: Communication, coordination, interdependent role, quality, nursing care.

INTRODUCCION

La coordinación y la comunicación entre los profesionales han tomado particular relevancia en las últimas décadas. De hecho, consecuencias tan importantes como la reducción de la seguridad del paciente, el aumento de los costos y pobres resultados de la atención en salud han sido atribuidos a dificultades en estos dos roles, que son

fundamentales en el ámbito hospitalario(1). Inclusive errores en la administración de medicamentos han sido relacionados con la comunicación médico-enfermera. (2). Una buena comunicación entre médicos y enfermeros se ha relacionado con reducción de errores e infecciones asociadas a la atención en salud, tanto como con mejoras en la satisfacción del usuario(3). Del mismo modo, la comunicación colaborativa entre médicos y enfermeros puede mejorar la percepción de liderazgo del enfermero que tienen unos y otros, y reducir el stress personal de las enfermeras. (4)

En el caso particular de Enfermería, Irvine y Sidani(5) desarrollaron un modelo de efectividad del rol, cuyo objetivo es poner en evidencia el impacto que el trabajo de la enfermera clínica tiene sobre la calidad de la atención en salud y sus costos, enfatizando en los factores presentes en la práctica de la enfermería que afectan la eficacia en el desempeño de sus funciones. Para ello se basaron en el modelo de evaluación de la atención en salud de Donabedian, que se hace examinando elementos de estructura, proceso y resultado. En el componente de proceso específicamente, este modelo de efectividad del rol reconoce los procesos de comunicación y coordinación como dos aspectos que aportan a la obtención de resultados positivos en los pacientes. Estudios preliminares apoyan que la contribución de enfermería a la atención puede ser de alta calidad cuando el rol está claro entre los miembros del equipo, por cuanto esto ayuda a entender el propósito y el valor del mismo, impactando en la atención de los pacientes y facilitando la integración del enfermero en el equipo de salud.

Dar continuidad, coordinar e integrar la atención en salud, son responsabilidades que comparten las enfermeras con otros miembros del equipo en busca de la satisfacción del usuario. Para ello es necesario que las actividades se sincronicen de tal forma que no se produzcan conflictos y el intercambio de la información entre las unidades y los profesionales implicados resuelvan los problemas en el nivel donde se genera la información (6). Así, la comunicación y la coordinación de la enfermera con los demás profesionales son requisitos para que pueda hacer la planeación del cuidado e intervenciones de enfermería (7). La comunicación se entiende como la habilidad de los enfermeros para comunicar y articular su opinión con la de otros miembros del equipo de atención en salud. Esta es medida a través de dimensiones o criterios que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción (8). La coordinación, a su vez, es la actividad consciente por la cual se ensamblan y se sincronizan esfuerzos de trabajo diferenciados de tal manera que las enfermeras funcionan armoniosamente entre sí y con otros miembros del equipo de atención en salud, para el logro de los objetivos organizacionales (9).

Atendiendo a la preocupación que comunicación y coordinación tienen sobre los aspectos ya descritos, varios autores se han dado a la tarea de diseñar instrumentos para medir la comunicación y la coordinación. Shortell y colaboradores desarrollaron uno denominado Cuestionario ICU: Nursing Physician Questionnaire, para medir variables que afectan las relaciones médicos-enfermeros, entre las cuales se caracteriza las escalas de comunicación y coordinación. Estas dos escalas fueron tomadas por Irvine y Sidani para evaluar el rol interdependiente de enfermería(10). Sin embargo, tanto la coordinación como la comunicación de los profesionales de enfermería han sido asuntos pobremente explorados en general y particularmente en el caso colombiano.

Interesados en conocer cómo son los procesos de comunicación y coordinación de las enfermeras en servicios de hospitalización de instituciones hospitalarias privadas de la ciudad de Manizales, se formuló un estudio de tipo descriptivo transversal orientado a examinar estos dos procesos en la totalidad de profesionales que se desempeñan en el área hospitalaria de estas instituciones.

Las variables medidas fueron las incluidas en el instrumento de Shortell y colaboradores, en el que la escala de comunicación consta de ocho dimensiones que miden la comunicación mediante 31 ítems que comprenden los factores de franqueza, exactitud, comunicación en distintos turnos, entendimiento, oportunidad, satisfacción (11).

La escala de coordinación es medida en cinco dimensiones mediante 22 ítems que corresponden a: planes formales y reglas dentro de la unidad y entre las unidades, mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad y entre las unidades.

MATERIALES Y METODOS

La población de estudio está conformada por la totalidad de profesionales que se desempeñan en el área hospitalaria de las IPS privadas, con una antigüedad en la institución igual o superior a los 3 meses, esto es, 38 enfermeras/os, distribuidas así: Clínica 1: 15, Clínica 2: 13, Clínica 3: 10.

Para medir la coordinación y comunicación se utilizaron las escalas diseñadas por Shortell y cols. que miden estos dos conceptos. La primera, de comunicación, incluye 31 ítems agrupados en 8 dimensiones (ver tabla 1), a cuyos ítems se responde a partir de cinco opciones de respuesta: uno (estoy en total desacuerdo/ muy insatisfecho), dos (no estoy de acuerdo/insatisfecho), tres (ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo/ni

estoy satisfecho ni satisfecho), cuatro (estoy de acuerdo/satisfecho) y cinco (estoy completamente de acuerdo) correspondiente a la calificación más alta.

Tabla 1. DIMENSIONES DE COMUNICACIÓN MEDIDAS EN EL INSTRUMENTO DE SHORTELL Y COLS.

1. franqueza en la comunicación entre los enfermero/as dentro de la Unidad	1-4-6-9
2. franqueza en la comunicación entre las enfermero/as y los médicos dentro de la Unidad	12-15-17-19
3. exactitud en la información entre las enfermero/as dentro de la Unidad	2-5-8-10
4. exactitud en la información entre las enfermero/as y los grupos dentro de la Unidad	13-16-20
5. Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos	14-18
6. entendimiento entre el grupo (enfermeras-médicos)	3-7
7. comunicación oportuna	21-23-26
8. satisfacción de las enfermero/as en relación con la comunicación	29-30-31

Fuente: Parra, Dora Inés. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en enfermería. . Tesis para optar al título de Enfermera con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Nacional de Colombia, 2008.

Las dimensiones relacionadas con la Coordinación son 5. Aquí se presentan los resultados de las dimensiones 1 a 4. Para responder a estas preguntas se debe elegir una de cinco opciones de respuesta; uno (nada efectivo), dos (ligeramente efectivo), tres (medianamente efectivo), cuatro (efectivo) y cinco (muy efectivo), correspondiente a la calificación más alta.

El instrumento utilizado cuenta con pruebas de validez y confiabilidad (11). En términos de validez facial la escala de comunicación tuvo un 80.64% de aceptabilidad y la de coordinación el 72.22%.La validez de contenido fue considerada alta para la escala de comunicación con valores de 0.82 para aspectos de pertinencia y relevancia y de 0.84 y 0.88 la pertinencia y relevancia de la escala de coordinación. La consistencia interna de las escalas de Comunicación (0,92) y Coordinación (0,82) fue satisfactoria (11).

Tabla 2. DIMENSIONES DE COORDINACION MEDIDAS EN EL INSTRUMENTO DE SHORTELL Y COLS.

1. Planes formales y reglas dentro de la Unidad	32-33-34-37-38-39
2. Planes formales y reglas entre la unidad y otras unidades	41-42-44-45-47-49
3. Mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la Unidad	35-36-40
4. Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad y otras unidades	43-46-48
5. Relaciones con otras unidades	50-51-52-53

Fuente: Parra, Dora Inés. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en enfermería. . Tesis para optar al título de Enfermera con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Nacional de Colombia, 2008.

Este instrumento se aplicó a 38 enfermeras que se desempeñaban en el área hospitalaria de IPS privadas del municipio de Manizales (Colombia) cuya identidad se mantiene en reserva por solicitud de las instituciones. No se hizo muestreo, puesto que se aplicó a todas las enfermeras que trabajaban en los servicios de hospitalización de esas instituciones y que aceptaron participar en el estudio. Con ellas se hizo el proceso de consentimiento informado y se contó con su participación voluntaria. La recolección de la información se hizo a lo largo de 12 meses. Los datos se tabularon a en una base de datos Excel 2007, en el que se hizo el procesamiento de los datos. Con la información obtenida se procedió a identificar en la población las variables de edad y género; tiempo de permanencia en la institución y en el servicio; tiempo de trabajo semanal y nivel educativo. Los datos se presentaron en gráficas que agrupaban las dimensiones examinadas en coordinación y comunicación, previa inversión de los valores registrados en ítems planteados como negativos.

RESULTADOS

Caracterización de los participantes

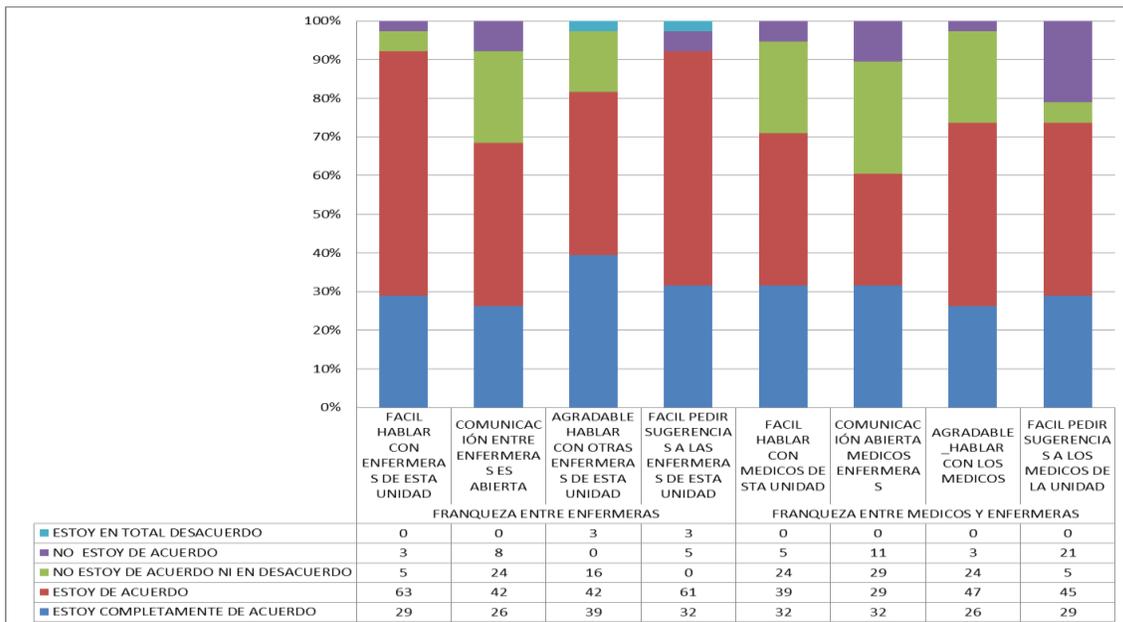
La edad de los participantes oscila entre 22 a 51 años, siendo la moda de 28 años, la mediana de 30 y el promedio de 32, con una desviación estándar de 7.2. El 73% de la población es menor de 35 años, siendo una población adulta joven, mayoritariamente de género femenino con 95% (36).

Con respecto a la formación de posgrado, el 68% (26) de los profesionales de enfermería que laboran en las IPS, no han realizado estudios de posgrado: el 32% (12) restante tiene postgrado.

Con respecto a la antigüedad de los participantes en la institución se encuentra entre 3 y 216 meses (11 años), con un promedio de 5 años. El menor tiempo registrado en el servicio de hospitalización fue 3 meses y los mayores 72 meses (6 años), con un promedio de 3 años.

Comunicación entre enfermeras y con otros miembros del equipo en términos de franqueza, exactitud y comunicación en distintos turnos, entendimiento, oportunidad y satisfacción.

Figura 1. Escala Comunicación. Dimensiones 1 y 2, franqueza en la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS III Nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En lo que respecta a la franqueza en la comunicación al interior del grupo de enfermeras, se destaca que el 93% de los encuestados está “completamente de

acuerdo” o “de acuerdo” con que es fácil pedir sugerencias a las enfermeras de la unidad, mientras que el 92% de ellas está “completamente de acuerdo” o “de acuerdo” en que es fácil hablar con las colegas. El más bajo porcentaje de acuerdo, con un 68%, corresponde al ítem de la comunicación abierta entre las enfermeras.

Todos los porcentajes de acuerdo en cuanto a la franqueza en la comunicación entre médicos y enfermeros resultan siendo menores en comparación con los encontrados entre las enfermeras siendo, de nuevo, el que menor grado de acuerdo muestra, el relativo a la comunicación abierta con los médicos. El mayor porcentaje de respuestas de acuerdo se registran en los ítems referidos a lo agradable de hablar con los médicos (73%) y a la facilidad que se tiene para pedir a ellos sugerencias (74%). Nótese que en este último ítem el 21% de las enfermeras manifestó no estar de acuerdo con que esto les resultara fácil. Con un porcentaje un poco menor se encuentra acuerdo en que es fácil hablar con los médicos (71%), mientras que el 61% de ellos está de acuerdo en que hay una comunicación abierta entre médicos y enfermeros.

Figura 2. Escala comunicación. Dimensión 3 y 4. Exactitud de la comunicación dentro del grupo de enfermería y entre los grupos de enfermería y médicos en tres IPS III Nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011

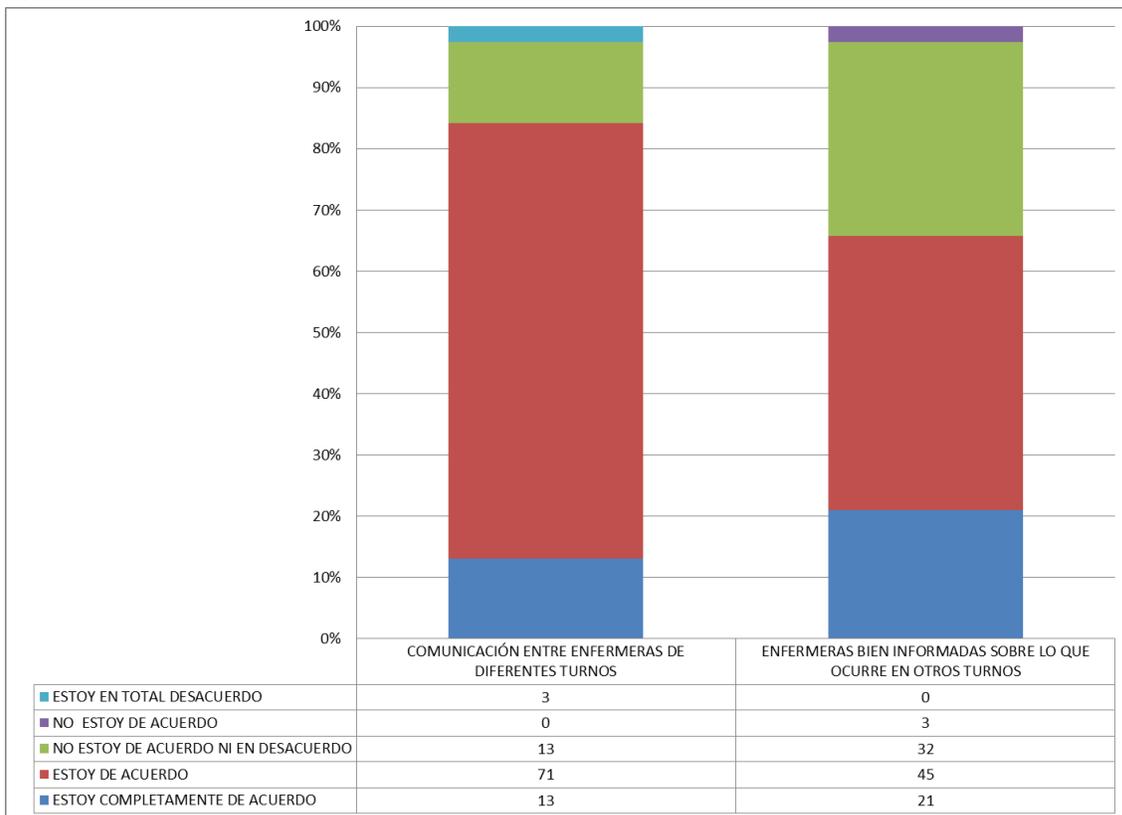


Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En lo que tiene que ver con la exactitud de la información los resultados revelaron que hay diferencias importantes entre la comunicación de las enfermeras con los

médicos y la que se establece entre las propias enfermeras. El 69% de las enfermeras expresó algún grado de desacuerdo con haber recibido en más de una ocasión información incorrecta de las enfermeras, mientras que el 21% está de acuerdo con que la han recibido por lo menos una vez. En un porcentaje similar (24%) las enfermeras consideraron que tienen necesidad de confirmar la exactitud de la información que reciben de sus colegas, mientras que solo un 5% está de acuerdo en algún grado en que la exactitud de la información deja mucho que desear. En cuanto a la exactitud de la información que se recibe de los médicos, 21% de las enfermeras estuvo de acuerdo en que reciben información incorrecta de los médicos y el mismo porcentaje compartieron algún grado de acuerdo en que se requiere confirmar la información que los médicos de la unidad proveen. El 24% acuerda en que ellos no entienden la información que reciben.

Figura 3. Escala comunicación. Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo de enfermería entre distintos turnos en tres IPS III Nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011

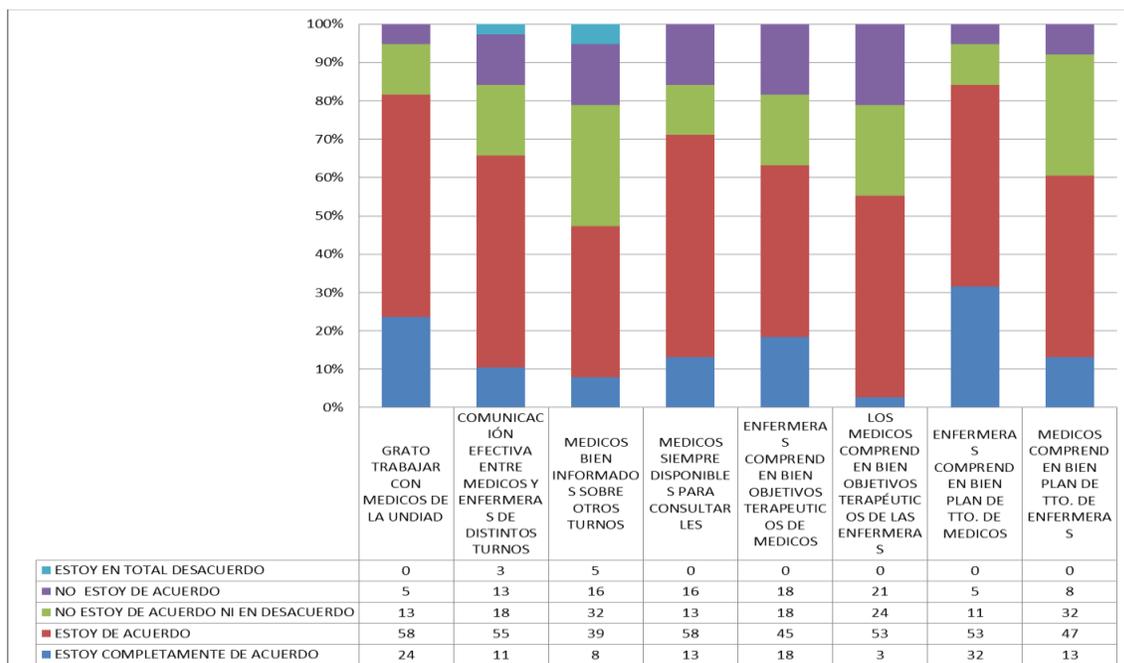


Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En relación a la comunicación dentro del grupo de enfermería entre los distintos turnos, más del 84 % de ellas expresa algún grado de acuerdo con que la información que se recibe es efectiva. En relación a si las enfermeras están bien informadas en cuanto a lo que ocurre en otros turnos, un 66% refirieron estar de acuerdo o completamente de acuerdo con la afirmación, frente a un porcentaje significativo (32%), que expresó indiferencia y un 3% que expresa total desacuerdo con la afirmación.

Con respecto al entendimiento entre el grupo enfermeras- médicos un 82% de los encuestados manifestó algún grado de acuerdo en que es grato trabajar con médicos de la unidad mientras que para el 13% resulta indiferente y el 5% no está de acuerdo con la afirmación. Este es el ítem para el que se encuentra mayor porcentaje de respuestas con algún grado de acuerdo, seguido del ítem en el que se afirma que las enfermeras comprenden bien el plan de tratamiento de los médicos con un 85% de acuerdo. En contraste, sobre el plan de tratamiento de enfermería, el 60% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que los médicos comprenden bien el plan de tratamiento de enfermería, el 8% consideraron que los médicos no comprenden estos planes y 32% mostró indiferencia al respecto.

Figura 4. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras-Médicos) en tres IPS Tercer Nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011

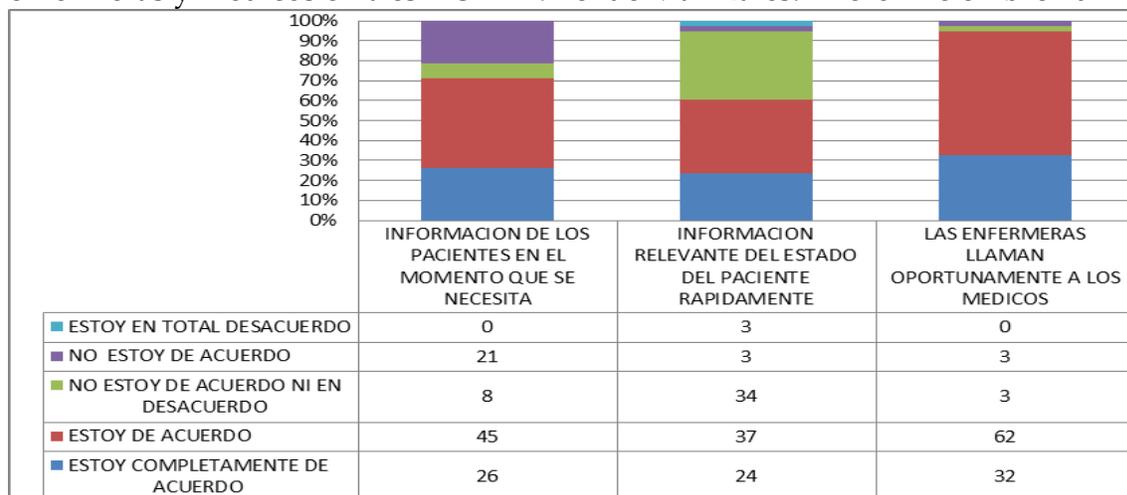


Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

Por otra parte, mientras que el 63% de las enfermeras está de acuerdo con que ellas comprenden bien los objetivos terapéuticos de los médicos, el 56% está de acuerdo con que ellos comprenden los objetivos terapéuticos de las enfermeras. Un 71% manifestaron acuerdo en que los médicos siempre están disponibles para consultarles; sin embargo un 16% señaló no estar de acuerdo con la afirmación, si bien ninguno de los encuestados manifestó estar en total desacuerdo.

Con respecto a la comunicación entre turnos, el 66% de las enfermeras expresó acuerdo en que hay comunicación efectiva entre médicos y enfermeras de diferentes turnos, mientras que 18% se muestra indiferente, 13% no está de acuerdo y el 3% restante está en total desacuerdo. Sin embargo, el 21% expresa algún grado de desacuerdo con la afirmación de que los médicos están bien informados sobre otros turnos.

Figura 5. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna entre enfermeras y médicos en tres IPS III Nivel de Manizales. Enero-Diciembre 2011

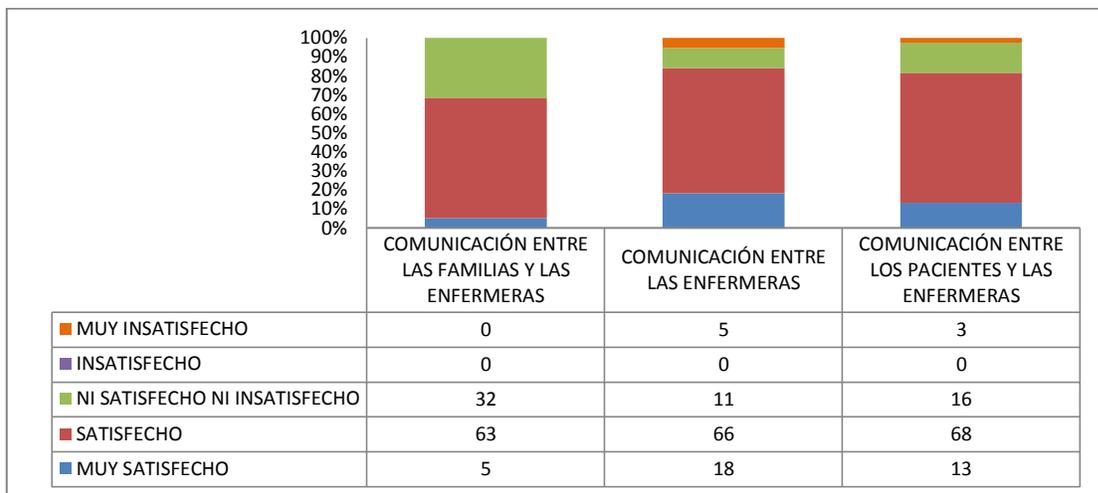


Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En lo que tiene que ver con la oportunidad de la comunicación entre médicos y enfermeros 71% de los enfermeros expresó algún grado de acuerdo en que la información de los pacientes en el momento que se necesita es oportuna y el mismo porcentaje reconoce que la información relevante del estado del paciente se recibe

rápidamente. Aun así, el porcentaje más alto de acuerdo en este aspecto lo obtuvo el llamado oportuno a los médicos por parte de las enfermeras, puesto que el 94% expresó algún grado de acuerdo con esta afirmación.

Figura 6. Escala comunicación. Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación en tres IPS III Nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011.

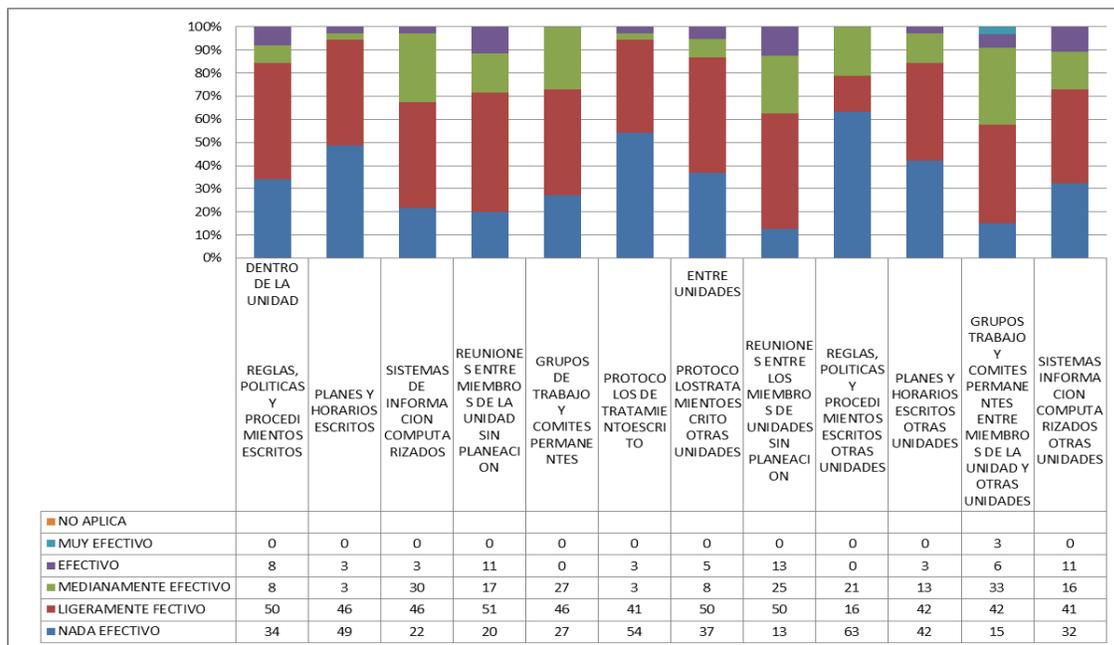


Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En cuanto a la satisfacción con la comunicación, el 68% de los encuestados se encuentra satisfecho en algún grado con la satisfacción en la comunicación entre familias y enfermeras. Un porcentaje mayor está satisfecho con la comunicación enfermera-paciente (81%) y un 84% expresa satisfacción con la comunicación entre enfermeras.

Coordinación entre enfermeras y entre los dos grupos según escala de Shortell

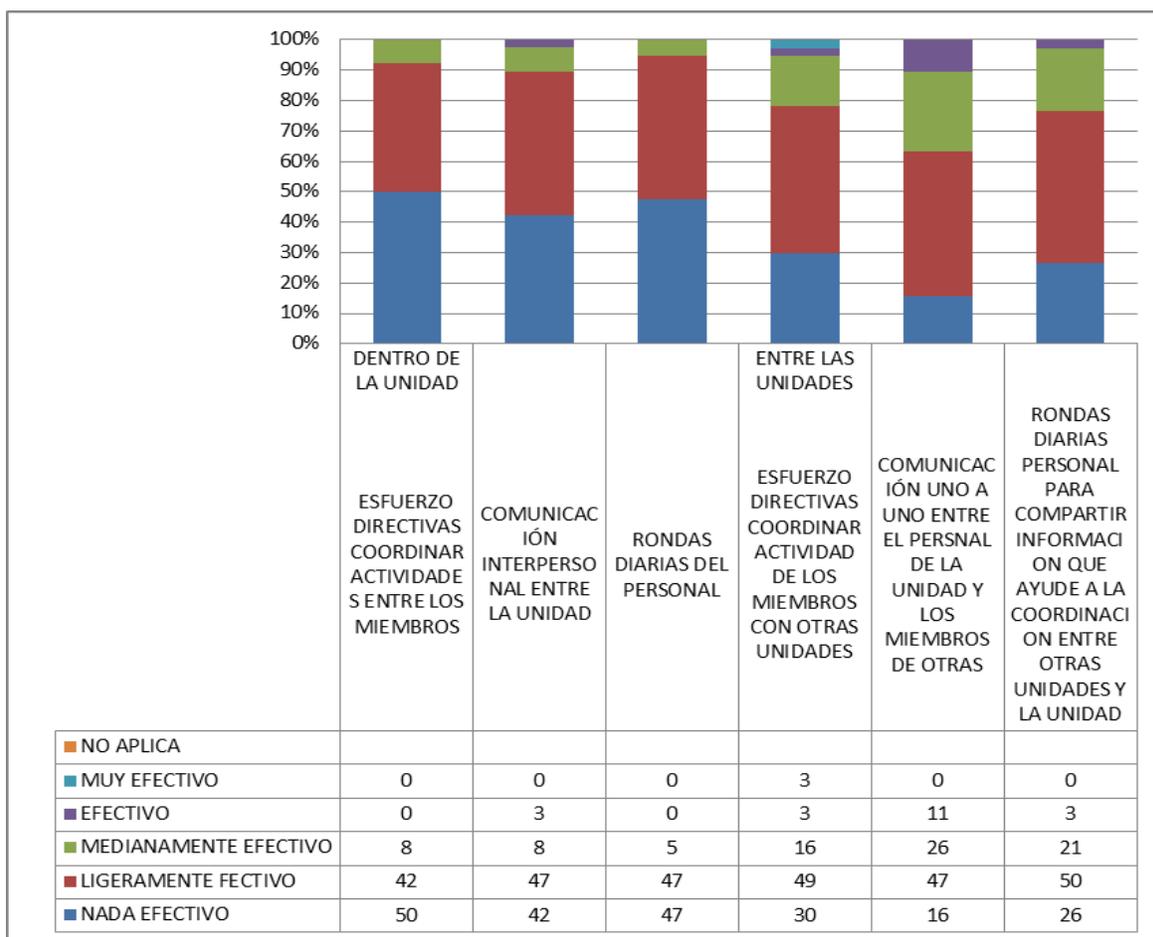
Figura 7. Escala coordinación. Dimensión 1 y 2. Planes formales y reglas dentro de la unidad y entre las unidades de hospitalización en tres IPS de III nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

Según los encuestados, la mayoría de los mecanismos de coordinación relacionados con planes formales y reglas no son efectivos, puesto que se obtuvieron altos porcentajes de “nada efectivo” o “ligeramente efectivo” para la mayoría de los ítems de estas dimensiones. Así, en lo que tiene que ver con los planes formales y reglas dentro de la unidad, el 84% considera ligeramente o nada efectivas las reglas, políticas y procedimientos escritos, el 95% piensa lo mismo de planes y horarios escritos, así como de los protocolos de tratamientos escritos en la unidad. Los ítems considerados como más efectivos fueron las reuniones, tanto dentro de la unidad (11% las considera efectivas) como entre unidades (13% las considera efectivas), si bien ninguno de los encuestados encontró estos como mecanismos “muy efectivos”.

Figura 8. Escala Coordinación. Dimensión 3 y 4. Mecanismos de coordinación, personales e informales dentro de la unidad de hospitalización y entre las unidades en tres IPS III nivel Manizales. Enero-Diciembre 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de las escalas de comunicación y coordinación a enfermeras de tres IPS de Manizales, Colombia

En relación con los mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad de hospitalización y entre las unidades el mecanismo considerado más efectivo es la comunicación uno a uno entre el personal de la unidad y los miembros de otras, con un 11% de respuestas de “efectivo”. Los esfuerzos de las directivas por coordinar actividades entre los miembros, la comunicación interpersonal entre la unidad, las rondas diarias del personal dentro de la unidad fueron reconocidas con altos porcentajes de “nada efectivo” o “ligeramente efectivo” con porcentajes de 92%, 89% y 94% respectivamente.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio son similares en varios aspectos a los encontrados en otros realizados en Colombia y en otros países. Llama la atención que la comunicación de las enfermeras con sus colegas es mejor que la de estas con los médicos. Otros estudios han mostrado hallazgos similares en los que la comunicación entre las enfermeras es más abierta que entre estas y los médicos. Aún así, las enfermeras perciben mayor precisión en la comunicación que tienen con los médicos que en aquella que tienen con las colegas (12).

De igual manera, el hecho de que la comunicación con los médicos registre resultados menos favorables que el de las enfermeras entre sí en términos de franqueza no resulta novedoso. De hecho, varios autores han explicado esto en el rol que ejercen las relaciones de poder y la conceptualización de la enfermera como un grupo oprimido (13). La “buena enfermera” no genera conflictos.

En exactitud de la información, los resultados revelan discordancias importantes entre la comunicación entre las propias enfermeras y entre las enfermeras y los médicos, demostrando que en algunas ocasiones hay necesidad de confirmar la información que se recibe.

Por otra parte, el 32 % de los enfermeros no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo con que los médicos comprendieran el plan de tratamiento de enfermería. Esto contrasta con la evidencia que hay acerca del impacto que tiene la comunicación médico-enfermero en los resultados en el paciente. Prácticas como las rondas compartidas han mostrado por ejemplo una reducción importante en los errores en la medicación (14).

Adicionalmente, los resultados sugieren una falta de trabajo colaborativo. Así lo evidencian los altos porcentajes de indiferencia frente a la comunicación de las enfermeras en diferentes turnos y, más aun, la indiferencia frente a lo que ocurre en los otros turnos.

El papel de la administración en la coordinación cobra importancia en este estudio. Los mecanismos formales de comunicación, reglas y protocolos son considerados por las enfermeras como poco efectivos y además menos que mecanismos como las reuniones que, según se ha evidenciado, permite a las enfermeras sentirse valoradas y reconocidas, a la vez que observan que se establece una comunicación de arriba hacia abajo (15).

Entre tanto, los protocolos y guías que, según algunos de sus defensores, aportan a que enfermería se empodere en los servicios, no son reconocidos en este estudio como mecanismos efectivos de coordinación (16).

Otro tanto ocurre con los sistemas de información computarizados, considerados ligeramente efectivos o nada efectivos por el 68% de los respondientes, a pesar de ser reconocidos como mecanismos que aportan a la continuidad, precisión y consistencia del cuidado (17).

Se destaca también el hecho de que las enfermeras registren satisfacción en la comunicación con el paciente pero no de igual modo con la familia. Esta dificultad ha sido registrada en estudios previos. En uno de ellos, por ejemplo, las enfermeras administradoras de servicios de oncología anotaban que resulta engorroso para la enfermera lidiar con tanta información procedente de tantas fuentes clínicas y tratar de juntarla para transmitirla al paciente (18).

CONCLUSION

Los resultados sugieren que hay problemas en la comunicación y la coordinación entre médicos y enfermeros más que de los enfermeros entre sí, así como dificultades en la comunicación de la enfermera con la familia de los pacientes. Elementos organizacionales que favorecerían la coordinación, tales como reglas, supervisión y protocolos son considerados poco efectivos, mientras que se reconoce el diálogo directo con los colegas y los otros profesionales como más efectivo.

Las implicaciones de estos hallazgos trascienden la búsqueda de estrategias organizacionales que resulten más apropiadas para avanzar en la comunicación y coordinación. Será necesario fortalecer el trabajo colaborativo al interior de los equipos, para lo cual se requiere generar un clima de confianza y apertura.

Fortalecer en la academia la transversalidad del logro en competencias comunicativas, de trabajo en equipo y liderazgo efectivo en el profesional de enfermería, tanto como en el de medicina es un reto ineludible. En este sentido, será necesario buscar alternativas pedagógicas que reúnan a ambos profesionales y les planteen la necesidad de comunicarse entre sí. Otro tanto habrá que hacer con la comunicación con la familia.

Si, como se espera desde el diseño del Sistema Único de Acreditación, los profesionales deben trabajar con el enfoque de procesos, esto exigirá habilidades de comunicación y coordinación que deben desarrollarse desde la formación. El trabajo con médicos y otros profesionales en el escenario de la gestión por procesos, en el que el trabajo en equipo, más que la suma de individualidades, es lo que se reconoce como más favorable para resultados positivos en el paciente, implica estas habilidades como indispensables.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

AGRADECIMIENTOS

A los enfermeros de los servicios hospitalarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas de Manizales, por su valioso apoyo durante la realización de este estudio.

REFERENCIAS

1. American Nursing Association. The Value of Nursing Care Coordination. ANA. [internet] J 2012. [citado 4 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/carecoordinationwhitepaper>.
2. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007 Nov;16(6):536-43.
3. Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. *Online J Issues Nurs* 2005;10(1):5.
4. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Adm*. 2004, Feb; 34(2):60-70
5. Doran DI, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *J Adv Nurs*. 2002 Apr;38(1):29-39.
6. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006 Nov-Dec;20(6):485-95..
7. Guarín Berrio GE, Castrillón Agudelo MC. El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. *Contexto de los cuidados*. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(2): 226-234.
8. Shortell SM1, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Med Care*. 1991 Aug;29(8):709-26.
9. Irvine D, Sidani S, Hall L. Finding value in nursing care: a framework for Quality improvement and clinical evaluation. *Nurs Econ*. May 1998; 16(3):110-131.

10. Sidani S1, Doran DM, Mitchell PH. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *J Nurs Scholarsh.* 2004;36(1):60-5.
11. Parra D, Arango G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. [internet] *av.enferm.* XXVIII (1):51-62,2010. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revis/articulos/xxviii1_6.pdf
12. Tschannen D, Lee E. The impact of nursing characteristics and the work environment on perceptions of communication. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:401905. doi: 10.1155/2012/401905. Epub 2012 Feb 22.
13. Roberts SJ. Oppressed group behavior: implications for nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1983 Jul;5(4):21-30.
14. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA, Bates DW. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics.* 2003 Apr;111(4 Pt 1):722-9.
15. Garon, M. (2012) Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *J Nurs Manag.* 2012 Apr;20(3):361-71.
16. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? . *Nurs Crit Care.* *Nurs Crit Care.* 2011 Jan-Feb;16(1):5-10.
17. Szabo C. Improving patient care and safety in the community through technology. Volume 13, 20 November 2013 *Int J Integr Care* 2013; T&T Conf Suppl.
18. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clin J Oncol Nurs.* 2013 Apr;17(2):152-8.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Gómez Otálvaro SY, Arango Bayer GL. Coordinación y Comunicación de los enfermeros en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Tercer Nivel de atención de Manizales. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2014; 9(2):73-92 (julio-diciembre). Disponible en <http://www.shs.histosaluduptc.org/> (Fecha de consulta ()

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2014