

Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente

*Joan Carles March, María Ángeles Prieto,
Alina Danet, Olivia Pérez y Francisca Martínez*
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Resumen

Objetivo. Conocer la percepción de los directivos de los hospitales españoles sobre el desarrollo de la comunicación interna en sus centros.

Método. Estudio descriptivo transversal, de ámbito nacional. La información se obtuvo a través de un cuestionario autoadministrado de comunicación interna, distribuido a una muestra de 135 directivos de hospitales públicos, seleccionados a través de muestreo aleatorio estratificado, con afijación proporcional a los dos estratos establecidos según el tamaño del hospital (de 0 a 500 camas y de 501 a 2.000). El error muestral máximo admitido para el conjunto de la muestra es de $\pm 1,58$ para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P=Q$. La tasa de respuesta alcanzada fue del 63%.

Resultados. Mientras que un 43,6% de los directivos de los hospitales de 500 camas o menos se muestran bastante o muy satisfechos con la comunicación interna en sus centros, este porcentaje desciende al 26,3% en los hospitales de más de 500 camas, considerándose un 42,1% de los directivos de estos hospitales de mayor tamaño nada o poco satisfechos. Los hospitales de menor tamaño obtienen puntuaciones superiores en las diversas escalas Likert propuestas para valorar la comunicación interna en el centro (cantidad, claridad, puntualidad, perioricidad y formalización de los canales), siendo esta diferencia estadísticamente significativa para la variable grado percibido de formalización de los canales empleados. Se detecta, además, que los gerentes de los hospitales de 500 camas o menos conceden un mayor peso al equipo directivo, juntas facultativa y de enfermería y a los mandos intermedios como fuentes de información de los profesionales que los gerentes de los hospitales de mayor tamaño. Sin embargo, los compañeros se perciben como una fuente de información significativamente más importante en los hospitales de más de 500 camas.

Conclusiones. Se observa una tendencia a un mayor grado de satisfacción con la comunicación interna en los hospitales de 500 camas o menos que en los grandes. Ello puede explicarse por el hecho de que en los hospitales más pequeños es más fácil el contacto directo entre la dirección y los profesionales. El menor tamaño del hospital favorece la utilización de canales formalizados de carácter personal. Todo ello indica la importancia de desarrollar canales formales bien establecidos en los planes de comunicación para que la información llegue a los públicos definidos y lo haga de la forma más clara posible.

Palabras clave: comunicación interna, hospital, directivo.

Summary

Objective. The aim of this study is to become acquainted with the guidelines of the Spanish hospitals on the development of Internal Communication in their hospitals.

Design and methods. A descriptive, cross-sectional and national wide study was conducted. Information was obtained with a self-administered questionnaires on Internal Communication that was distributed to 135 public hospital managers who were randomly chosen with a stratified method proportional to the distribution to the two strata established according to the hospital's bed-capacity (up to 500 beds or from 501 to 2000 beds). The maximum standard error admitted for the global sample was ± 1.58 , with a 95% Confidence Interval and $P=Q$. The response ratio was 63%.

Results. While 43.6% of the managers of hospitals with up to 500 beds were quite or very satisfied with the Internal Communication in their hospitals, only 26.3% of the managers of the larger hospitals manifested these levels of satisfaction, with 42.1% of the managers of these larger hospitals expressing none or little satisfaction. The smaller hospitals show higher scores on the Likert's scales proposed to assess Internal Communication in the center (quantity, clarity, punctuality, periodicity and channel formalization). This difference was statistically significant for the self-perceived degree or formalization of the channels used variable.

Furthermore, it was observed that the managers of the smaller hospital gave more importance to the Management Teams, Medical and Nursing Committees, and to the middle level managers as sources of information of the professionals than the managers of the larger hospitals. However, the colleagues were perceived as a more powerful resource of information in those hospital having more than 500 beds.

Conclusions. A tendency towards higher levels of satisfaction with the Internal Communication in the smaller hospitals was observed. The phenomenon can be explained by the fact that face-to-face contact between the management levels and the staff is easier in the smaller hospitals. Small size of the hospital favors the use of personal type formal channels. All of the above indicates the importance of developing well-established formal channels in the Communication Plans to assure that the information arrives to defined receptors in the clearest possible way.

Key words: internal communication, hospital, managers.

Introducción

Directivos y profesionales tienen, en muchas ocasiones, objetivos y culturas distintas y diferentes visiones del contexto organizacional en el que se mueven, lo que dificulta su entendimiento¹. Es lo que algunos autores llaman la dicotomía gerencialismo-profesionalismo. Ante ello, se dibuja la necesidad de un perfil del directivo del futuro,

donde la comunicación sea uno de los valores más importantes que tiene que tener en cuenta para la mejora de la gestión. Parece evidente que la optimización de la gestión empresarial requiere que desde la dirección se sintonice con el profesional, y esto sólo es posible si se hace uso de una adecuada comunicación.

La comunicación se puede convertir en un instrumento que posibilite la

creación de un lenguaje común para toda la empresa. La comunicación interna trata de “contar a la organización lo que la propia organización está haciendo, es decir, transmite la cultura de la empresa, su misión, su visión, sus valores, sus mensajes, sus objetivos generales, sus principales noticias”², creando un clima de implicación e integración entre las personas que forman parte de la compañía, al mejorar la cohesión entre la plantilla y por consiguiente su eficacia, junto a suscitar sentimientos de pertenencia y solidaridad frente al exterior e incidir en la propia competitividad de las empresas modernas. Westphalen la define 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”³. Diversos estudios indican que un trabajador bien informado, que conoce los objetivos de su empresa y el contenido de su tarea, tiende a manifestar una actitud positiva hacia el trabajo y contribuye en mayor medida al beneficio global de la organización.

La comunicación se convierte así en una herramienta de la gestión, y como

tal precisa ser planificada y gestionada. Las necesidades de información que surgen en la empresa deben ser atendidas, canalizadas y controladas, de lo contrario podrían rebelarse por vías incontrolables, provocando, por ejemplo, el rumor⁴. La comunicación debe ser pues una política estratégica más de la empresa, que requiere la formulación de unos objetivos, la fijación de unas estrategias y el diseño de una metodología para alcanzarlos. Todo esto conforma un plan de comunicación.

El plan de comunicación parte del “estudio del clima comunicacional existente en la organización de que se trate, con el objetivo de determinar cuáles son las deficiencias de la empresa en esta materia y decidir, en consecuencia, qué tipo de mensajes hemos de transmitir y cuáles son los soportes más idóneos”⁵. Por lo tanto, el contenido de los mensajes que se van a transmitir y la elección de los canales que van a utilizarse son dos decisiones determinantes en la planificación de la comunicación interna. La elección de ambos elementos debe adaptarse a cada situación concreta de comunicación y, en especial, debe tomar en consideración a qué público va dirigido.

En este sentido, Andreu Pinillos plantea que la eficacia de los mensajes no depende tanto de lo que se cuente, sino de cómo se cuente². Pinillos reivindica la importancia de establecer contactos personales entre los superiores y los miembros del equipo de trabajo mediante canales formales (entrevistas, reuniones) junto a otros de carácter informal (como las “tertulias de café”)². Sin embargo, Pinillos constata que en la empresa española todavía son dominantes los canales que él denomina “físicos” (predomina el uso del soporte papel, cuando los trabajadores quieren “que mi jefe hable conmigo”), es decir, aquellos que se fundamentan en un soporte material para transmitir la información². Asimismo, Young⁶ pone el énfasis en la necesidad de potenciar la comunicación cara a cara y directa frente a las notas circulares o a las hojas de interconsulta, en la línea de diversos estudios⁷⁻⁹ donde se considera al jefe directo como el preferido por los trabajadores para la comunicación con ellos, al ser considerado altamente creíble y ser visto como facilitador de la comunicación.

Según MH Wesphalen³, en las auditorías de comunicación^{10,11} abordar el

análisis sobre esta materia de la mejor manera posible conlleva profundizar en el esquema clásico (emisor, receptor, mensaje, canal, contexto) para que de esa forma se puedan conocer los elementos que están incluidos en un fenómeno comunicativo¹²⁻¹⁸.

Así, Young muestra que entre los 8 principios de la comunicación eficaz en la empresa⁶ está como fundamental la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, la credibilidad de sus portavoces, junto a la necesidad de que la información llegue a tiempo y de forma continua. Estas características han sido constatadas en diversos estudios^{19,20}, donde se ha valorado la información en las instituciones de salud como insuficiente, básicamente descendente, no anticipativa, que fluye por canales muy poco formalizados y con una periodicidad irregular, por lo que se plantea como propuesta de mejora que los responsables aumenten el contacto con el personal de base²¹⁻²⁴. Es evidente que el establecimiento de diferentes canales, junto a su continuidad, influye directamente sobre la fluidez y versatilidad de la comunicación, así como sobre el clima comunicacional existente en una organización.

Tener en cuenta la percepción de la dirección nos permite conocer una parte de la realidad de la comunicación en los hospitales, desde el punto de vista de los responsables de la misma²⁵. En esa línea, Amat²⁶ 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.

Desde esta perspectiva hemos considerado fundamental conocer la percepción de los directivos de los hospitales españoles sobre el desarrollo de la comunicación interna en sus centros.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La información se obtuvo a través de un cuestionario de comunicación interna, diseñado y pilotado para este contexto. El cuestionario fue autoadministrado, en el cual algunas preguntas tenían una escala de respuesta de Likert, mientras que otras eran de respuesta múltiple, utilizándose el correo electrónico como medio de envío y recolección de estos cuestionarios.

El ámbito del estudio fue nacional; Universo: directivos de hospitales públicos de todo el territorio nacional; tamaño de la muestra: 135 entrevistas (tasa de respuesta alcanzada 63%); procedimiento de muestreo: aleatorio estratificado, con afijación proporcional. Los estratos se han formado tomando como elemento diferenciador el tamaño del hospital según el número de camas. El tamaño del hospital ha sido dividido en 2 categorías: de 0 a 500 camas (muestra: 68%; tasa de respuesta: 67%) y de 501 a 2.000 camas (muestra: 32%; tasa de respuesta: 33%).

El error muestral se estableció para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P=Q$; el error es de $\pm 1,58$ para el conjunto de la muestra.

Variables de análisis

1. ¿Cómo valora el estado de la comunicación interna en su hospital?
2. ¿Ha realizado algún estudio/ auditoría de comunicación interna en su hospital? ¿Le ayudaron/orientaron estos resultados para implantar alguna medida en el hospital? ¿Cuándo realizó el estudio? ¿Quién lo realizó?
3. ¿En la actualidad está llevando a cabo algún plan de comunicación

interna en su hospital? ¿Cómo valora la utilidad de este plan de comunicación interna para la consecución de los objetivos globales de su gestión?

4. ¿De dónde cree usted que recibe el profesional la mayor parte de la información sobre el hospital?

5. ¿Cómo es la información que recibe el profesional sobre el hospital?

6. ¿A través de qué canales recibe usted la opinión de los profesionales sobre el hospital? ¿Le gustaría emplear otros canales de comunicación diferentes a los utilizados?

7. ¿A través de qué canales informa usted sobre el hospital a sus profesionales? ¿Le gustaría emplear otros canales de comunicación diferentes a los utilizados?

El cuestionario contenía tres preguntas abiertas:

– ¿Qué elementos facilitan la comunicación interna?

– ¿Qué elementos dificultan la comunicación interna?

– ¿Qué propuestas haría para mejorar la comunicación interna en su hospital?

Análisis

Se hizo un análisis descriptivo de las variables del cuestionario, junto

a la prueba de la “t” de Student para la comparación de medias entre muestras independientes. Se realizó un análisis de alpha de Cronbach del cuestionario, que fue de 0,85. Además, se hizo un análisis discriminante con el fin de descubrir cuáles de las 6 variables que miden el grado de satisfacción con distintos aspectos de la comunicación interna (cantidad, claridad, periodicidad, credibilidad, puntualidad de la información y formalidad de los canales utilizados) determinan en mayor medida el nivel de satisfacción general hacia la comunicación interna en el que se ubicará el entrevistado. Para el análisis se decidió finalmente eliminar la variable “periodicidad de la información”, por correlacionarse altamente con el resto de las variables explicativas, presentando coeficientes de correlación de Pearson superiores al 0,4 en todos los casos de correlación bivariados. Se utilizó como estadístico de contraste la lambda de Wilks. Asimismo, se procedió a un análisis de contrastes de proporciones entre muestras independientes para examinar las posibles diferencias entre los canales más utilizados según el tamaño de los hospitales. Por último, se realizó un análisis de homoge-

neidad realizado entre las variables “grado de satisfacción general con la comunicación interna en su hospital”, “tamaño del hospital” y los canales empleados.

Resultados

Al analizar ¿a través de qué canales recibe usted la opinión de los profesionales del hospital?, según hayan realizado o no una auditoría de comunicación en los últimos años, se observan diferencias significativas al 95% NC (nivel de confianza) en el uso del correo electrónico entre quienes tienen en marcha un plan de comunicación interna frente a los que no lo tienen. Este canal es también notablemente más utilizado entre los hospitales de más de 500 camas frente a los más pequeños. No hay diferencias significativas según el grado de satisfacción general con la comunicación interna. Los que han realizado una auditoría de comunicación utilizan significativamente más que el resto los boletines internos.

Al preguntarles ¿le gustaría emplear otros canales de comunicación diferentes a los utilizados para recibir la opinión de sus profesionales?,

el 59% contestó que sí, siendo el 23,5 encuestas periódicas, el 17,6% intranet, el 14,7% grupos de discusión, el 8,8% reuniones y el 8,8% boletín interno. Además, según el grado de satisfacción general con la comunicación interna en su hospital, se observa que los nada o poco satisfechos presentan un interés significativamente mayor que los bastante o muy satisfechos por utilizar canales de comunicación diferentes a los que se emplean para recibir la opinión de los profesionales, y también para informarles.

A las preguntas ¿de quién cree que recibe el profesional la mayor parte de la información?, ¿a través de qué canales recibe usted la opinión de los profesionales del hospital?, ¿a través de qué canales informa usted sobre el hospital a sus profesionales?, encontramos en las figuras 1, 2 y 3 los resultados.

Entre los canales ascendentes, es decir, aquellos a través de los que los directivos afirman recibir la opinión de los profesionales, no se detectan diferencias significativas (salvo en el uso del correo electrónico entre los hospitales de mayor tamaño), pero sí encontramos una tendencia al mayor empleo de reuniones de equi-

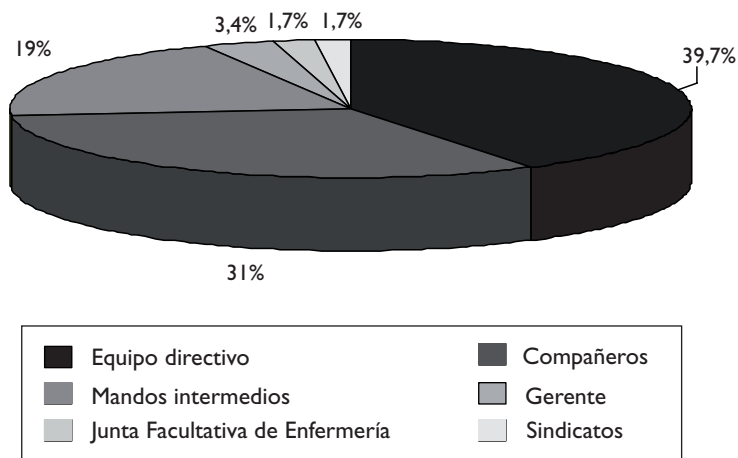


Figura 1. ¿De quién cree que recibe el profesional la mayor parte de la información?

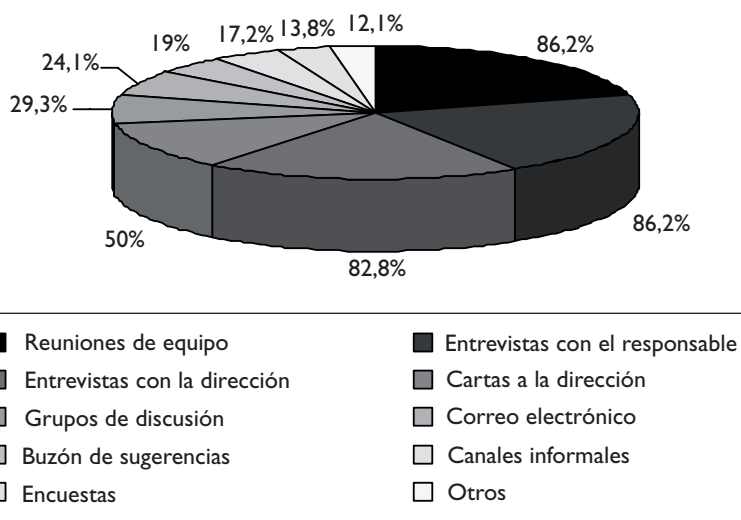


Figura 2. ¿A través de qué canales recibe usted la opinión de los profesionales del hospital?

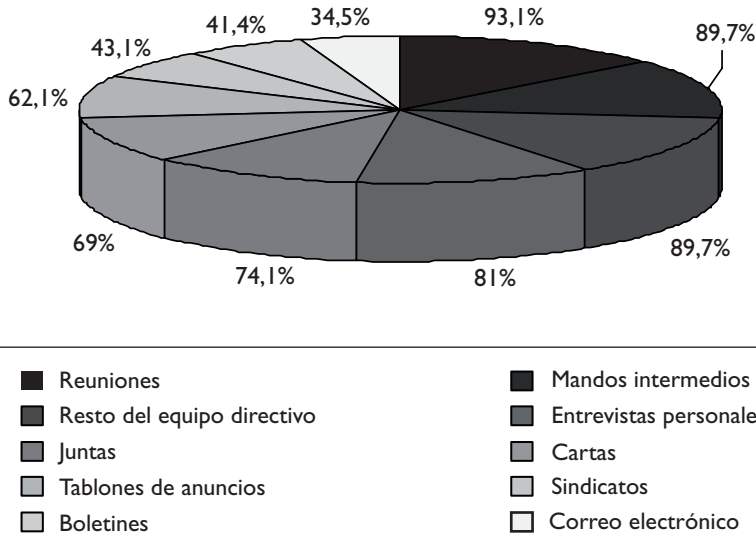


Figura 3. ¿A través de qué canales informa usted sobre el hospital a sus profesionales?

po y entrevistas personales con los responsables entre los hospitales de menor tamaño. Asimismo, es destacable el reducido uso que de los canales informales (charlas, tertulias de café, etc.) se hace en ambos grupos de hospitales, tanto en la comunicación descendente como en la ascendente.

Para examinar las posibles diferencias entre los canales más utilizados según el tamaño de los hospitales, procedimos a un análisis de contrastes de proporciones entre

muestras independientes. Así, detectamos cómo en los hospitales de 500 camas y menos, los mandos intermedios y las juntas facultativas y de enfermería tienen un papel significativamente mayor como transmisores de información descendente que el que desempeñan en los hospitales de mayor tamaño. Se observan también diferencias significativas en el uso de los tablones de anuncios a favor de los hospitales de tamaño menor y del correo electrónico a favor de los de mayor tamaño.

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig
Cantidad de información que recibe el profesional	0,819	5,849	2	53	0,005
Claridad de la información	0,743	9,151	2	53	0,000
Credibilidad de la información	0,842	4,990	2	53	0,010
Puntualidad de la información	0,848	4,734	2	53	0,013
Formalidad de los canales	0,735	9,548	2	53	0,000

Tabla 1. Pruebas de igualdad de las medias de los grupos.

	Función	
Formalidad de canales	1,749	2,392
Claridad de la información	0,738	-0,223
Cantidad que percibe el profesional	0,585	0,346
Puntualidad de la información	0,529	0,212
Credibilidad de la información	0,525	0,593

Tabla 2. Matriz de estructura del análisis discriminante.

La importancia de los mandos intermedios es también significativamente mayor entre los hospitales de 500 camas y menor frente a los mayores, cuando se pregunta por las fuentes a través de las cuales se cree que el profesional obtiene la mayor parte de la información sobre el hospital, en tanto que en los hospitales de más de 500 camas se señala a los compañeros como principales fuen-

tes de información en una medida significativamente superior a los hospitales más pequeños.

En la tabla 1 podemos observar el poder discriminante de las variables utilizadas, al emplear el estadístico de contraste, la lambda de Wilks. En la tabla 2 podemos encontrar la matriz de estructura que nos permite conocer la correlación absoluta entre cada variable independiente y las funciones extraídas del análisis. En nuestro caso se extraen dos funciones; para la primera de ellas, que explica el 93,9% de la varianza total, las variables que presentan una correlación absoluta más alta son precisamente la formalidad de los canales utilizados, seguida de la claridad de la información, en tanto que la credibilidad de la información correlaciona de manera destacada con la segunda de las dos funciones.

Discusión

A nivel metodológico es importante comentar que el porcentaje de respuesta en los hospitales grandes y la tendencia a la deseabilidad social por parte de los respondentes pueden haber afectado a los resultados.

La valoración que hacen los gerentes sobre la comunicación interna es más positiva que negativa, lo cual contrasta con el modo en que los profesionales, por su parte, califican la comunicación interna en los hospitales de escasa, poco clara, informal, confusa, discontinua y poco creíble^{10,11,17,19,21,25,27}. En algunos boletines de comunicación interna de hospitales²⁸⁻³⁰ se describen las características de la información tradicional en las instituciones de salud, en opinión de los profesionales de dichos centros, como básicamente descendente, no anticipativa, que fluye por canales informales y con una periodicidad irregular.

El contexto donde se desarrolla la comunicación es donde existe el mayor choque entre gestores y profesionales^{2,22,23}. Así, los directivos de Atención Primaria entrevistados en un estudio realizado en Andalucía²⁵ opinan que el fallo de la comunicación está claramente en el personal,

que no se implica, a pesar de que ellos hacen grandes esfuerzos para que la comunicación sea fluida. Los profesionales perciben todo lo contrario, afirmando que por una parte la Dirección guarda información y, en segundo lugar, que cuando la transmite lo hace de forma selectiva a los directores y adjuntos de enfermería, y no al conjunto de profesionales de los centros, lo cual aumenta la distancia entre gestores y profesionales. En otros estudios realizados en Atención Primaria³¹⁻³⁶, los profesionales que reciben la información de sus compañeros, y por tanto no de los directivos, afirman tener una satisfacción laboral más baja, perciben que su centro ofrece una imagen al exterior peor de lo que piensan sus compañeros y consideran que la calidad de la información que reciben es baja. En el análisis de la comunicación interna realizado en el entorno hospitalario en un colectivo de enfermería¹¹ se obtuvieron como puntos débiles a destacar la falta de información anticipativa, la comunicación y evaluación en momentos puntuales y la carencia de información en momentos claves. Estos aspectos coinciden con los encontrados en otros estudios, al descubrir que la

periodicidad de la comunicación no es continua²⁵.

Observamos que el grado de satisfacción con la comunicación interna es superior en los hospitales de 500 camas o menos que en los grandes. Ello puede explicarse por el hecho de que en los centros más pequeños es más fácil el contacto directo entre dirección y profesionales. Igualmente, los hospitales de más de 500 camas obtienen puntuaciones medias más bajas que los de menor tamaño en las diversas escalas Likert propuestas para valorar diferentes aspectos de la comunicación interna en el hospital. Únicamente en la variable “credibilidad de la información” los hospitales grandes obtienen una media ligeramente superior a los más pequeños, lo cual puede parecer sorprendente al ser la credibilidad la variable más relevante para que los mensajes sean escuchados y generen confianza. Asimismo, Young muestra que entre los 8 principios de la comunicación eficaz en la empresa⁶ está la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, cosa que en este estudio se plantea como aspecto fundamental ante la diferente opinión existente entre lo que piensan los directivos que hacen,

y lo que los directivos dicen conocer en otros estudios sobre el proceso de definición de los objetivos. Por otra parte, otros autores² plantean que la eficacia de los mensajes no depende tanto de lo que se cuente, sino de cómo se cuente.

En el análisis discriminante se muestra cómo las variables “formalidad de los canales” y “claridad de la información” presentan un mayor poder discriminante que el resto de las variables explicativas. Asimismo, estas dos presentan niveles de significación más altos, contribuyendo mejor a la función discriminante. Eso explica la importancia que tiene en los planes de comunicación el desarrollar canales formales bien establecidos como sistema para que la comunicación llegue de la forma más clara posible². Además, la menor formalización de las líneas de comunicación interna que encontramos en los hospitales más grandes podría estar incidiendo negativamente en la satisfacción general percibida por sus directivos en torno a la comunicación. En un estudio realizado en Atención Primaria³¹⁻³⁶ los resultados indican que los profesionales tienden a buscar vías de información más formalizadas, y los que tienen una mejor relación con ellas

son las personas que poseen una percepción más optimista tanto de su satisfacción con el trabajo como de lo que ocurre en él.

Se observan también diferencias significativas en el uso de los tablones de anuncios a favor de los hospitales de tamaño menor y del correo electrónico a favor de los de mayores, si bien estas divergencias pueden estar determinadas por los diferentes recursos con los que cuentan ambos tipos de hospitales, junto a la factibilidad de ser fácilmente utilizado y reconocido por parte de los profesionales. En un estudio realizado en empresas españolas encontramos que existe una tendencia cada vez mayor a valorar los canales físicos electrónicos como vías a potenciar por parte de los directivos, aunque tienen como punto débil la dificultad del retorno de la información³⁷.

Por lo que se refiere a la Comunicación ascendente se aprecia una relación clara entre la baja satisfacción de los directivos con la comunicación interna y el tamaño de más de 500 camas del hospital. Los niveles más altos de satisfacción se sitúan próximos al empleo de canales de comunicación como grupos de discusión, canales informales y entrevistas con

los responsables. Encontramos una asociación entre niveles de satisfacción intermedios con la comunicación en el centro y el uso del buzón de sugerencias y de las encuestas periódicas como medios para recibir la opinión de los profesionales. En cuanto a los canales valorados, en un estudio con directivos de distritos de Atención Primaria²⁵, sobre el canal ascendente, hay una clara discrepancia entre el planteamiento de la dirección y lo que piensan los profesionales, ya que si esta habla de comunicación, negociación y pacto, los profesionales comentan no sentirse escuchados cuando ellos afirman ser los mejores conocedores de los problemas de sus zonas y sus ciudadanos. En una auditoría de comunicación interna realizada en Atención Primaria, en lo que se refiere a las vías por las que los profesionales dan a conocer sus opiniones³¹⁻³⁶, los que hacen uso de las reuniones y las cartas con la dirección, junto a los que no utilizan los canales informales o las encuestas como medio de expresión, son los que tienen los niveles más elevados de satisfacción laboral y perciben la calidad de la información como más alta, al igual que la imagen que el centro da al exterior.

En cuanto a la comunicación descendente volvemos a encontrar en el mismo cuadrante los hospitales más grandes y los niveles más bajos de satisfacción con la comunicación interna, mientras que los más altos de satisfacción y el tamaño de 500 camas o menos se ubican en el mismo punto del gráfico, mostrando una elevada asociación; el comité de empresa y los canales informales se encuentran en ese mismo cuadrante. Por último, observamos cómo los niveles de satisfacción intermedios entre los gerentes de hospital aparecen asociados a canales tales como el correo electrónico, los boletines internos y los medios de comunicación. Sobre la comunicación descendente en un estudio realizado en distritos sanitarios de Atención Primaria²⁵ los directivos afirman que la comisión de dirección, de la cual forman parte los responsables de los centros de salud, es el soporte formal existente para la relación entre directivos y profesionales; este método, sin embargo, no es valorado por el personal de base, que habla de incompreensión, rechazo y falta de credibilidad del nivel gestor como emisor. Coincide con los resultados obtenidos en un estudio anterior, donde

se describe que la comunicación descendente se limita a circulares o reuniones anuales con los responsables¹⁹. En un estudio realizado en Atención Primaria, en lo que se refiere a las vías por las que recibe información³¹⁻³⁶, se encuentra que los que hacen uso de las reuniones de equipo y las entrevistas individuales presentan niveles de satisfacción laboral altos, una percepción más positiva de la imagen que ofrece el centro al exterior.

En los hospitales de menor tamaño se favorece la utilización de canales formales de carácter personal, otorgando en la comunicación descendente un papel más activo a los mandos intermedios y a las Juntas Facultativa y de Enfermería. En esta línea, Young⁶ se plantea la necesidad de poner énfasis en la comunicación cara a cara, prefiriendo la comunicación directa que las notas circulares (canal descendente).

Hay que recordar que en un estudio sobre la comunicación interna en los distritos andaluces²⁵, sólo en 6 de los 43 se negocia directamente con los profesionales de los centros. En este estudio, los profesionales describen el proceso de negociación de objetivos como una imposición, y además comentan desinterés por

parte de los directivos. Es importante recordar que en comunicación se afirma que el cómo afecta al qué, es decir, la relación afecta a la percepción del contenido²⁻⁴, por lo que la valoración de imposición que hacen los profesionales ha afectado sin duda al proceso de negociación.

En algunas auditorías de comunicación^{9,10,25,27} se encontró que los profesionales no recibían información suficiente de la dirección sobre lo que deben hacer, ya que los responsables no informan de los objetivos ni de los problemas y logros del programa. Asimismo, se propuso como mejora de la relación entre gestores y profesionales el aumento del contacto de los responsables con el personal de base. En algunos estudios el personal destaca que no recibe suficiente información por parte de la dirección, y

pide un aumento en el contacto de los cargos directivos con las bases. También proponen como mejora que los sistemas de evaluación sean más participativos^{10,11,17,21,25}.

Considerando la complejidad del fenómeno comunicacional en las empresas y en concreto en los centros sanitarios^{10,11,17,21,25-30} y el hecho de que la comunicación interna debe ser entendida por los directivos en términos de estrategia, parece obligado el establecimiento de planes de comunicación que permitan conseguir una mejora de la comunicación en todos los sentidos. Esta política de comunicación debería considerar al trabajador como cliente al que dirigir las acciones, y tener unos directivos y unos cargos intermedios activos que lideraran el proceso de la comunicación en ambas direcciones³⁸⁻⁴².

BIBLIOGRAFÍA

1. López LA, Aranda JM. Perspectivas de futuro de la Atención Primaria de Salud. *Aten Primaria*. 1995;15(3): 140-2.
2. Pinillos A. Comunicación interna, un paseo por el tiempo. *Harvard Deusto Business Review*. 1995;314:48.
3. Westphalen MH, Piñuel JL. La dirección de comunicación. Madrid: Ed. Del Prado; 1993.
4. Piñuel JL, Westphalen MH. El juego de la comunicación interna: la técnica. Cap. 5. En: Westphalen MH, Piñuel JL, editores. La dirección de comunicación. Madrid: Ediciones del Prado; 1993. p. 175.
5. Garrigós JL. Cómo elaborar un plan de comunicación interna. *Capital Humano*. 1996;94:16-20.
6. Young MB. Los ocho principios de la comunicación eficaz. *Harvard Deusto Business Review*; 1995. p. 94-103.
7. Lara I, Henríquez MC. Desarrollo de la comunicación interna a través de la unidad de Recursos Humanos. *Capital Humano*. 1995;75:53-62.
8. Somoza F. La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa. *Alta Dirección*, 1995:37-43.
9. Barranco FJ. Planificación estratégica de recursos humanos del marketing interno a la planificación. Madrid: Ed. Pirámide; 1993.
10. Pajares D, March JC, Gómez ME. Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gacet Sanit*. 1998;12(5): 231-8.
11. Silva M, March JC, Pérez H. Comunicación interna y percepción del servicio hospitalario. *Rol de Enfermería*. 1995;199:13-8.
12. Bannel Y. Comunicación y marketing interno: la revolución empresarial de hoy. Barcelona: Ed. Colección - Grupo ICESA; 1989.
13. Cabrera JA. Las relaciones públicas en la empresa. Madrid: Acento editorial; 1996.
14. Villafañe J. Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas. Madrid: Ed. Pirámide; 1993.
15. Ramos E. La estrategia de comunicación en la empresa. *Harvard Deusto Business Review*; 1995. p. 88-91.
16. Lewton KL. Public relations in health care. A guide for professionals. USA: AHA; 1991.
17. 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: Traba-

- jar juntos: pero.... ¿cómo?. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995.
18. Heras C. Marketing interno y servicios: un reto para las organizaciones hospitalarias. *Hospital* 2000. 1991;5(1): 35-46.
 19. March JC. Internal audit on internal communication in the Hospital of Reina Sofía in Córdoba. Lisboa: Congreso de la EHMA; 1996.
 20. Tourish D, Hargie O. Communication in the NHS: using qualitative approaches to analyse effectiveness. *J Management Med.* 1996;10(5):38-54.
 21. Farley MJ. Assessing communication in organizations. *J Nursing Adm.* 1989; 19(12):27-31.
 22. Lively BT. Employer-employee relationships: philosophy before strategy. *American Pharm.* 1995;35(8):40-9.
 23. Martí E. El Marketing hospitalario desde el punto de vista gerencial. *Todo Hospital.* 1988;47:25-8.
 24. Weinert AB. Manual de psicología de la organización. Barcelona: Ed. Herder; 1985.
 25. Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G y Equipo de Evaluación del PSMI. Profesionales y gestores ante la comunicación interna en el programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía. *Aten Primaria.* 2000;25(1):16-21.
 26. Amat D. El Marketing dentro del hospital: su conexión con el público interno. *Todo Hospital.* 1988;47:37-44.
 27. Tourish D, Hargie O. Don't you sometimes wish you were better informed. *Health Services J.* 1993;25(103):28-9.
 28. El Reina Sofía nº0. Boletín de comunicación interna del Hospital Reina Sofía. Córdoba; 1995.
 29. Valme Noticias nº 0. Boletín de comunicación interna del Hospital de Valme. Sevilla; 1999.
 30. La Serranía nº 0. Boletín de comunicación interna del Hospital de Ronda. Ronda (Málaga); 2000.
 31. March JC. La comunicación como jornadas de evaluación y costes sanitarios. Libro de Ponencias. Bilbao; 2000.
 32. Prieto MA, March JC, Martínez F, Ordóñez MV. Un antes y un después de una política de comunicación interna en un hospital. Comunicación presentada. Jornadas de Evaluación y Costes Sanitarios. Bilbao 2000.
 33. March JC, Prieto MA, Mayol J, Minué S. Auditoría de comunicación interna. *Rev Cal Asist.* 2000;15(7):528.
 34. Herencia AJ, March JC, Prieto MA. Modelo conceptual de medición de la satisfacción laboral y la comunicación interna en AP. Comunicación presentada a las XIV Jornadas de

- Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 2000.
- 35.** Herencia AJ, March JC, Prieto MA. Análisis comparativo de respuestas multinomiales en encuestas. Comunicación presentada a las XIV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 2000.
- 36.** Herencia AJ, March JC, Prieto MA. El índice de dispersión de respuesta como un índice del grado de satisfacción laboral. Comunicación presentada a las XIV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 2000.
- 37.** A.I. a red gana terreno al papel en la comunicación interna. El PAIS, domingo 15 de octubre de 2000. Suplemento NEGOCIOS. p. 42.
- 38.** Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hacia el Carlos Haya del 2000: Plan Estratégico (resumen). Málaga; 1996.
- 39.** Costa J. La imagen de la empresa. Métodos de comunicación integral. Barcelona: Ed. Ibérico Europea de Ediciones; 1977.
- 40.** Woodard DA. Transformational leaders. Ten practices to help executives meet the challenge. Health Progress. 1992;73(9):40-4.
- 41.** Rice RE, Atkin CHK. Public communication campaigns. Newbury Park, California: SAGE Publications; 1989.
- 42.** Saló N. Nuevas orientaciones en comunicación en las organizaciones actuales. Capital Humano. 1995;82: 52-62.

