

Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia

Communication and Coordination in the Nurse's Interdependent Role in a Hospital in Bogota, Colombia

Comunicação e coordenação no papel interdependente de enfermagem em uma instituição hospitalar de Bogotá, Colômbia

Diana Fernanda **Bejarano R.**,¹
Gloria Lucía **Arango B.**²

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2133>

Recibido: 2017-03-14; aprobado: 2017-08-18

RESUMEN

Objetivo: describir las características de los procesos de comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería y determinar si hay diferencias significativas entre estos procesos en los distintos servicios de un hospital en Bogotá. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal, en el que se utilizaron las escalas de Comunicación y Coordinación del Cuestionario de Práctica Colaborativa ICU Médico-Enfermera en su versión validada al español colombiano. El instrumento se aplicó a 124 profesionales (87 % mujeres con edad promedio de 34,1 años). Se usaron puntajes (de 0 a 100) con el fin de presentar los resultados de las dimensiones y realizar las pruebas de Tukey (diferencia mínima significativa) y Kruskal Wallis para establecer relaciones de diferencia y correlación por medio del SPSS 14.0. **Resultados:** las dimensiones más problemáticas fueron: Exactitud de la comunicación entre los grupos (promedio de 47,8 puntos) en cuanto a comunicación, y Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad (promedio de 51,8 puntos) en cuanto a coordinación, con diferencias significativas en la dimensión de

Citación del artículo impreso

Vancouver: Bejarano DF, Arango GL. Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia. Rev. Colomb. Enferm. 2017; 15: 19-30.

APA: Bejarano, D. F. y Arango, G. L. (2017). Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 19-30.

Citación del artículo en línea

Vancouver: Bejarano DF, Arango GL. Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2017 [consultado día mes año];15. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2133>

APA: Bejarano, D. F. y Arango, G. L. (2017). Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en un hospital de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 19-30. Recuperado de: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2133>

1. Enfermera, especialista en Auditoría en Salud, magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería, estudiante de maestría en Epidemiología. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dfbejaranora@unal.edu.co
2. Enfermera, especialista y doctora en Bioética, magíster en Administración de Salud. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Departamento de Salud de Colectivos, Grupo de Gerencia en Salud y Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Comunicación ($p=0,031$), principalmente de Urgencias y Hospitalización con relación a los otros servicios. **Conclusión:** se evidenciaron problemas en la comunicación y la coordinación, lo cual implica ruptura en la cohesión, fragmentación de la atención y riesgo para la seguridad de los pacientes. Se recomienda promover estrategias de comunicación efectiva y coordinación interprofesional, así como fortalecer el liderazgo y el trabajo en equipo.

Palabras clave: comunicación, rol profesional, rol de la enfermera, colaboración intersectorial, práctica profesional, calidad.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of the communication and coordination processes of the nurse's interdependent role and to determine if there are significant differences within these processes in the different hospital services offered by a hospital in Bogotá. **Methodology:** Descriptive, cross sectional study that used the scales of Communication and Coordination of the "ICU Nurse-Physician Questionnaire" in its Colombian-Spanish validated version. The instrument was applied to 124 healthcare professionals (87%, mean age 34.1 years). Scores from 0 to 100 were used to present the results of the dimensions and to apply the Tukey (minimum significant difference) and Kruskal Wallis tests to establish difference and correlation results using SPSS v.14 statistical software. **Results:** "Accuracy of the intergroup communication" in reference to communication and "Personal and informal coordination mechanisms inside the department" in reference to coordination were the more troublesome dimensions, with 48.7 points and 51.8 points respectively, with significant differences in the dimension of communication ($p = 0.0031$), principally in the emergency and inpatient unit in relation to other departments. **Conclusion:** The study evidenced communication and coordination problems, which implies a rupture in cohesion, a fragmentation of attention, and causes risk for the patient's safety. We encourage the promotion of effective communication and inter-professional coordination, as well as strengthening of leadership and teamwork.

Key words: communication, professional role, nurse's role, intersectoral collaboration, professional practice, quality.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características dos processos de comunicação e coordenação do papel interdependente de enfermagem, em uma instituição de saúde na cidade de Bogotá, e determinar se há diferenças significativas entre estes processos nos diferentes serviços do hospital. **Materiais e métodos:** estudo descritivo de corte transversal, no qual foram utilizadas as escalas de Comunicação e Coordenação do Questionário de Prática colaborativa ICU Médico-Enfermeira (Shortell et al.), na versão validada para o espanhol colombiano. O instrumento foi aplicado a 124 profissionais (87% mulheres, idade média de 34,1 anos). Usaram-se pontuações (0 a 100) para apresentar os resultados das dimensões e realizar os testes de Tukey (diferença mínima significativa) e Kruskal Wallis para estabelecer relações de diferença e correlação, por meio do SPSS 14.0. **Resultados:** as dimensões que resultaram mais problemáticas para os participantes foram a "exatidão da comunicação entre os grupos" na Comunicação (média de 47,8 pts.) e os "mecanismos de coordenação pessoais e informais dentro da unidade" na Coordenação (média de 51,8 pts.), com diferenças significativas na dimensão de Comunicação ($p=0,031$), principalmente no Pronto Socorro e Internação, em relação aos outros serviços. **Conclusão:** evidenciaram-se problemas na comunicação e coordenação, o que envolve ruptura da coesão, fragmentação da atenção e coloca em risco a segurança dos pacientes. Recomenda-se promover o melhoramento contínuo da comunicação efetiva e a coordenação interprofissional, assim como o fortalecimento da liderança e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: comunicação, papel profissional, papel do profissional de enfermagem, colaboração intersectorial, prática profissional, qualidade.

INTRODUCCIÓN

La comunicación y la coordinación en salud son factores clave para el logro de resultados en la atención del paciente y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En el ámbito hospitalario las

enfermeras se relacionan constantemente con sus colegas y con profesionales de otras áreas para proporcionar al paciente una atención integral. Esta relación puede aportar a los resultados en el

paciente si se reconoce el trabajo en colaboración con los otros miembros del equipo de salud como una condición para que esto ocurra.

Las instituciones hospitalarias requieren de un equipo multidisciplinario para la atención de los pacientes. Este debe incluir personal en diferentes niveles de mando (médicos, profesionales de enfermería, terapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales, personal auxiliar, etc.), que cuente con canales efectivos de comunicación y coordinación. Se busca que los equipos sean interdependientes, es decir, que confíen unos en otros y tengan la certeza de que recibirán apoyo en las dificultades, que eviten los eventos adversos, disminuyan la morbimortalidad y la estancia hospitalaria, aumenten el bienestar del paciente, su propio rendimiento y satisfacción laboral; reduzcan complicaciones y costos, y retengan la experiencia del personal para la institución (1).

La comunicación en salud se entiende como el “intercambio de información entre el personal, que es necesaria para la planificación de la atención y para el ajuste de la atención a las variaciones imprevistas en la condición del paciente” (2) y se mide a través de aspectos que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y la satisfacción (3). Por otro lado, se reconoce como una condición del trabajo colaborativo, donde “los fallos de comunicación son unas de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente” (4).

Por su parte, la coordinación se define como “la sincronización y alineamiento de recursos para afrontar con éxito objetivos organizacionales” (5), es decir, la gestión de las tareas a través de una comunicación efectiva entre los proveedores, al ser particularmente las enfermeras las encargadas de alinear y organizar todo el equipo de atención (5). Otra definición de la coordinación hace referencia a “la actividad consciente de montar y sincronizar esfuerzos diferenciados de trabajo para que funcionen armónicamente en la búsqueda de objetivos organizacionales” (2) y se ha relacionado con la continuidad de los cuidados y con la atención centrada en el paciente, por lo que implica también la coherencia interprofesional. Así, la comunicación y la coordinación se consideran prioritarias para la mejora de la calidad puesto que de su eficacia

dependen la prevención y la gestión eficaz de las potenciales complicaciones, los resultados para el paciente y los costos (6).

El Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, de Irvine y Sidani (7), incluye los roles ejercidos por el profesional de enfermería en el acto del cuidado, los cuales se ven afectados por variables estructurales, que influyen directamente en los resultados de la atención. El modelo está conformado por tres componentes: estructura, proceso y resultado. El proceso ofrece una categorización de actividades de enfermería interrelacionadas, que agrupa las funciones de enfermería bajo tres roles: interdependiente, dependiente e independiente. El *rol interdependiente* –en el cual se centra nuestra investigación– se define como las actividades que las enfermeras adelantan y que dependen parcial o totalmente de las funciones de otro profesional del cuidado en salud.

La comunicación y la coordinación son necesarias para el cumplimiento de las actividades del rol interdependiente. Reconociendo su importancia, el objetivo de este estudio fue describir las características de los procesos de comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería, en una institución prestadora de salud (IPS) de Bogotá con servicios de alta complejidad. Asimismo, se propuso determinar si hay diferencias significativas en la comunicación y la coordinación entre distintos servicios o unidades del hospital estudiado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo en el que se midieron la comunicación y la coordinación. Para ello se contactó a todos los profesionales en enfermería de la institución objeto de estudio (176), con quienes se hizo el proceso de obtención del consentimiento informado. Previo permiso de quien validó el instrumento en español, este se aplicó en el año 2014 a las enfermeras que aceptaron participar: un total de 124 de los diferentes turnos (mañana, tarde, noche y rotativo) y servicios o unidades asistenciales: Urgencias, Unidades de cuidado intensivo (UCI), Salas de cirugía, Hospitalización y Sala de partos y ginecología de una IPS de Bogotá.

El instrumento presenta en primer lugar unas preguntas sociodemográficas sobre edad, sexo, nivel de estudios y antigüedad tanto en la institución como en el servicio. Luego contiene los ítems que evalúan comunicación y coordinación del Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico-Enfermera de Shortell y colegas (3), correspondientes a dos de las escalas del instrumento original: liderazgo, comunicación, coordinación, manejo y resolución de problemas y conflictos, cohesión de la unidad y la efectividad percibida en ella. Los ítems se miden en escalas de Likert de 1 a 5, donde 1 es Estoy en total desacuerdo y 5 es Estoy completamente de acuerdo.

La comunicación se mide a través de 31 ítems que conforman 8 dimensiones: Apertura o franqueza de la comunicación dentro del grupo: consta de 4 ítems que miden hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando hablan con sus colegas, sin miedo a repercusiones o malentendidos; Apertura o franqueza de la comunicación entre los grupos: compuesta por 4 ítems que miden hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” al hablar con miembros de otros grupos, sin miedo a repercusiones o malentendidos; Exactitud de la comunicación dentro del grupo: conformada por 4 ítems que miden hasta qué punto las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que transmiten sus colegas; Exactitud de la comunicación entre los grupos: consta de 3 ítems que miden el grado en el que las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que transmiten los miembros de otros grupos; Oportunidad en la comunicación: comprende 3 ítems que miden hasta qué punto la información referente al tratamiento de los pacientes se transmite de manera oportuna a las personas que necesitan conocerla; Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos: conformada por 2 ítems que hacen referencia a la efectividad de la comunicación entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos; Entendimiento o comprensión dentro del grupo, entre enfermeras y médicos: consta de 8 ítems y se define como el entendimiento y la efectividad de comunicación entre las enfermeras y los médicos de esta unidad; y la dimensión Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación, con 3 ítems,

que corresponde al grado de satisfacción con la comunicación entre las enfermeras, los pacientes, sus familias y las enfermeras de otras unidades (3).

La coordinación se evalúa mediante 22 ítems y la conforman 5 dimensiones: Coordinación dentro de la unidad: la integran 6 ítems relacionados con planes escritos y horarios, protocolos de tratamiento, políticas y procedimientos, esfuerzos del director de la unidad e interacción cara a cara; hace referencia a la efectividad de procedimientos orientados a la coordinación de esfuerzos del personal de la dependencia; Coordinación entre la unidad: consta de 6 ítems relacionados con la efectividad de procedimientos orientados a coordinar al personal de la unidad con los demás empleados del hospital; Mecanismos de coordinación personales e informales dentro del grupo: conformada por 4 ítems que hacen referencia a la coordinación de los esfuerzos del personal de la unidad; Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad: se mide con 5 ítems que tienen que ver con la efectividad en la coordinación del personal de la unidad con el resto del hospital; y la Relación entre las unidades: consta de 4 ítems concernientes al grado de percepción de colaboración recibida de otras unidades (3).

Para el análisis de los datos se deben calificar en forma inversa aquellos ítems de connotación negativa. El instrumento cuenta con pruebas de validez y confiabilidad (8) realizadas en el contexto colombiano. Además, tiene un índice de validez de contenido de 0,80 y una consistencia interna evaluada mediante el alfa de Cronbach de 0,92 para comunicación y 0,82 para coordinación.

El comité de ética de la institución objeto de estudio avaló el proyecto. Se hizo el proceso de obtención del consentimiento informado y se activaron mecanismos para garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos. Para el procesamiento estadístico se usó el programa SPSS versión 14.0. Los ítems se agruparon según la dimensión a la que correspondían; luego se hizo una estandarización de las dimensiones puntuándolas de 0 a 100 a partir de los valores obtenidos en cada ítem, ya que estas cuentan con diferente número de ítems lo cual dificultaba la lectura y la comparación. Posteriormente se establecieron correlaciones entre los

diferentes servicios de la institución en las dimensiones de la comunicación y la coordinación usando la prueba de Tukey: diferencia mínima significativa (DMS), y se contrastaron hipótesis con la prueba de Kruskal Wallis.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población

Del total de participantes (124), el 87,0 % son mujeres, con un promedio de edad de 34,1 años; el 58,4 % se encuentra en el grupo de edad de 31 a 40 años, el 41,3 % entre 20 y 30 años, y el porcentaje restante, en el de más de 41 años. El 58 % de los encuestados cuentan únicamente con título universitario, seguido de los especialistas con el 37 % y los de maestría con el 5 %. En cuanto al turno laboral, la mayoría de la población (35 %) labora en el turno de la noche, le siguen los de la tarde

con un 26 %, los de la mañana con un 24 % y los del turno rotativo con un 5 %; el 10 % restante no consignó datos al respecto.

La mayoría de la población tiene de 1 a 5 años de permanencia en la institución (41,9 %); le sigue el grupo de 6 a 10 años (25,8 %); y en menor proporción los grupos de 11 a 15 años (7,2 %), de 16 a 20 (6,4 %), de 21 a 25 (4,0 %), el de más de 25 años (1,6 %) y finalmente el grupo sin respuesta (12,9 %). La mayoría del personal es relativamente nuevo, con 1 a 5 años de permanencia en el servicio (43,5 %), seguido del grupo de 6 a 10 años (32,3 %), el de 11 a 15 (4 %), de 16 a 20 (3,2 %), más de 20 años (2,4 %) y finalmente datos sin respuesta (14,5 %).

Características de la comunicación

Los resultados de las dimensiones de la comunicación se presentan en la Tabla 1.

Dimensión	Servicio	Puntaje	Promedio por dimensión
Apertura o franqueza de la comunicación dentro del grupo	Urgencias	66	66,2
	UCI	77	
	Salas de cirugía	72	
	Hospitalización	61	
	Sala de partos y ginecología	55	
Apertura o franqueza de la comunicación entre los grupos	Urgencias	58	58,2
	UCI	66	
	Salas de cirugía	59	
	Hospitalización	48	
	Sala de partos y ginecología	60	
Exactitud de la comunicación dentro del grupo	Urgencias	41	50,2
	UCI	58	
	Salas de cirugía	56	
	Hospitalización	40	
	Sala de partos y ginecología	56	
Exactitud de la comunicación entre los grupos	Urgencias	39	47,8
	UCI	54	
	Salas de cirugía	41	
	Hospitalización	39	
	Sala de partos y ginecología	66	

Dimensión	Servicio	Puntaje	Promedio por dimensión
Oportunidad en la comunicación	Urgencias	56	68,0
	UCI	74	
	Salas de cirugía	80	
	Hospitalización	54	
	Sala de partos y ginecología	76	
Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos	Urgencias	50	59,8
	UCI	66	
	Salas de cirugía	67	
	Hospitalización	52	
	Sala de partos y ginecología	64	
Entendimiento o comprensión dentro del grupo entre enfermeras y médicos	Urgencias	47	57,4
	UCI	65	
	Salas de cirugía	61	
	Hospitalización	44	
	Sala de partos y ginecología	70	
Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación	Urgencias	59	67,8
	UCI	71	
	Salas de cirugía	71	
	Hospitalización	67	
	Sala de partos y ginecología	71	

Tabla 1. Puntajes y promedios obtenidos en las dimensiones de comunicación para cada servicio

Apertura o franqueza de la comunicación dentro del grupo

Las UCI y Salas de cirugía presentaron los mayores puntajes (77 y 72 respectivamente). Tres servicios tienen calificaciones inferiores a 70 (66 en Urgencias, 61 en Hospitalización y 55 en Sala de partos y ginecología). La correlación muestra diferencias entre Sala de partos y ginecología y Salas de cirugía ($p=0,036$), así como entre Sala de partos y ginecología y las UCI ($p=0,001$). Lo mismo ocurre en la correlación entre las UCI y Hospitalización ($p=0,000$), y Urgencias ($p=0,003$).

Apertura o franqueza de la comunicación entre los grupos

En esta dimensión los puntajes son inferiores respecto a la anterior. Aun así, se mantienen las UCI con la mayor calificación (66), seguidas por Sala de partos y ginecología, Salas de cirugía, Urgencias

y Hospitalización con puntajes de 60, 59, 58 y 48 respectivamente. En esta dimensión, Hospitalización obtuvo el valor más bajo (48). Se destaca que Sala de partos y ginecología obtuvo mayor puntaje en esta dimensión que en la anterior, a diferencia de los demás servicios, en los que este disminuyó, en algunos casos incluso más de 20 puntos, como en Hospitalización. La correlación muestra diferencias entre los servicios de Hospitalización y las UCI ($p=0,000$) y entre los servicios de Hospitalización y Urgencias ($p=0,031$).

Exactitud de la comunicación dentro del grupo

Las UCI reportaron mayor exactitud en la comunicación dentro del grupo (58 puntos) en comparación con otras unidades o servicios, como Salas de cirugía y Sala de partos y ginecología con 56 puntos, Urgencias con 41 y Hospitalización con 40; este último con casi 20 puntos menos que las UCI. En esta

dimensión se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Hospitalización y Sala de partos y ginecología ($p = 0,026$), Salas de cirugía ($p = 0,008$) y las UCI ($p = 0,0000$). Urgencias muestra diferencias estadísticamente significativas con Sala de partos y ginecología ($p = 0,031$), Salas de cirugía ($p = 0,010$) y las UCI ($p = 0,000$).

Exactitud en la comunicación entre los grupos

Sala de partos y ginecología y las UCI presentan las mayores calificaciones, con 66 y 54 puntos respectivamente, a diferencia de Salas de cirugía con 41 y Urgencias y Hospitalización con 39 puntos. A pesar del descenso importante de la puntuación en las UCI y Salas de cirugía respecto a la dimensión anterior, se observa una diferencia sustancial (27 puntos) entre la exactitud de Sala de partos y ginecología vs. Hospitalización. Sala de partos y ginecología evidencia diferencias en cuanto a correlación respecto a Hospitalización ($p = 0,002$), Salas de cirugía ($p = 0,011$) y Urgencias ($p = 0,001$). Los servicios de Hospitalización muestran también diferencia con las UCI ($p = 0,002$), y las UCI con Urgencias ($p = 0,001$).

Oportunidad en la comunicación

Salas de cirugía presentó 80 puntos. Este fue el mayor valor respecto a la oportunidad en la transmisión de información relacionada con los pacientes, seguida de Sala de partos y ginecología con 76 puntos, y las UCI con 74; los menores valores se encontraron en Urgencias y Hospitalización con 56 y 54 puntos respectivamente. La diferencia del mayor y el menor puntaje es similar a la dimensión anterior: 26. La correlación entre servicios muestra diferencias de Sala de partos y ginecología con Hospitalización ($p = 0,001$) y con Urgencias ($p = 0,001$). Hospitalización presenta una diferencia estadísticamente significativa con Salas de cirugía ($p = 0,000$) y las UCI ($p = 0,000$), mientras que Urgencias la evidencia respecto a Salas de cirugía ($p = 0,000$) y las UCI ($p = 0,000$).

Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos

La comunicación dentro del grupo y la efectividad de la comunicación de las enfermeras de los diferentes turnos presenta mayores puntajes en Salas de cirugía (67), las UCI (66), y Sala de partos y gineco-

logía (64), de nuevo en comparación con Urgencias y Hospitalización, que obtuvieron los puntajes más bajos (50 y 52 respectivamente). En esta dimensión la correlación entre servicios muestra diferencias entre Hospitalización y Salas de cirugía ($p = 0,037$), Hospitalización y las UCI ($p = 0,007$), Salas de cirugía y Urgencias ($p = 0,014$), y entre las UCI y Urgencias ($p = 0,001$).

Entendimiento o comprensión dentro del grupo entre enfermeras y médicos

Sala de partos y ginecología presenta el mayor valor en esta dimensión con 70 puntos, seguida de las UCI con 65 y Salas de cirugía con 61, en comparación con Urgencias y Hospitalización (47 y 44 puntos respectivamente). Llama la atención la diferencia entre los extremos de los puntajes, que una vez más es de 26 puntos. La correlación entre servicios muestra diferencias entre Sala de partos y ginecología y Hospitalización ($p = 0,000$), Sala de partos y ginecología con el servicio de Urgencias ($p = 0,000$), Hospitalización y Salas de cirugía ($p = 0,001$), Hospitalización y las UCI ($p = 0,000$), Salas de cirugía y Urgencias ($p = 0,008$), y las UCI y Urgencias ($p = 0,000$).

Satisfacción de las enfermeras en cuanto la comunicación

Salas de cirugía, Sala de partos y ginecología, y las UCI obtuvieron 71 puntos por cada uno, seguidos por Hospitalización con 67 y Urgencias con 59 puntos, el menor valor. No obstante, la diferencia entre los puntajes no es tan alta como en otras dimensiones. La correlación entre servicios muestra diferencias entre Sala de partos y ginecología y Urgencias ($p = 0,021$), Hospitalización y Urgencias ($p = 0,004$), Salas de cirugía y Urgencias ($p = 0,004$), las UCI y Urgencias ($p = 0,000$).

Características de la coordinación

Los resultados de las dimensiones de la coordinación se presentan en la Tabla 2.

Coordinación dentro de la unidad

El servicio de Hospitalización presentó 69 puntos, seguido de Salas de cirugía, Sala de partos y ginecología con 67 puntos cada una, las UCI con 66 y Urgencias con 57. La correlación entre servicios muestra dife-

Dimensión	Servicio	Puntaje	Promedio por dimensión
Coordinación dentro de la unidad	Urgencias	57	65,2
	UCI	66	
	Salas de cirugía	67	
	Hospitalización	69	
	Sala de partos y ginecología	67	
Coordinación entre la unidad	Urgencias	55	62,8
	UCI	66	
	Salas de cirugía	62	
	Hospitalización	63	
	Sala de partos y ginecología	68	
Mecanismos de coordinación personales e informales dentro del grupo	Urgencias	53	61,6
	UCI	65	
	Salas de cirugía	67	
	Hospitalización	63	
	Sala de partos y ginecología	60	
Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad	Urgencias	45	51,8
	UCI	57	
	Salas de cirugía	47	
	Hospitalización	53	
	Sala de partos y ginecología	57	
Relación entre las unidades	Urgencias	37	53,0
	UCI	58	
	Salas de cirugía	55	
	Hospitalización	51	
	Sala de partos y ginecología	64	

Tabla 2. Puntajes y promedios obtenidos en las dimensiones de coordinación para cada servicio

rencias estadísticamente significativas del servicio de Urgencias con los de Hospitalización ($p = 0,001$), Salas de cirugía ($p = 0,042$) y las UCI ($p = 0,011$).

Coordinación entre la unidad

Sala de partos y ginecología presentó 68 puntos, seguida de las UCI, Hospitalización, Salas de cirugía y Urgencias con 66, 63, 62 y 55 puntos respectivamente. Al igual que en la dimensión anterior, el servicio de Urgencias presentó diferencias frente a otros servicios.

Mecanismos de coordinación personales e informales dentro del grupo

Salas de cirugía presenta 67 puntos, seguida por las UCI, Hospitalización, Sala de partos y ginecología, y Urgencias con 65, 63, 60 y 53 puntos respectivamente. Se presentó igual diferencia de puntuación que en la dimensión anterior (13 puntos). De nuevo la correlación muestra diferencias estadísticamente significativas entre el servicio de Urgencias y otros, como Hospitalización ($p = 0,009$), Salas de cirugía ($p = 0,019$) y las UCI ($p = 0,002$).

Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad

Las UCI y Sala de partos y ginecología tuvieron la mayor calificación (57), seguidas de Hospitalización, Salas de cirugía y Urgencias (53, 47 y 45 puntos respectivamente). Salas de cirugía presentó menor puntuación respecto a la dimensión anterior, lo que evidencia diferencia en la coordinación dentro de la unidad y con otras unidades.

Relación entre las unidades

Urgencias presenta el valor más bajo con 37 puntos, frente a Sala de partos y ginecología, las UCI, Salas de cirugía y Hospitalización con 64, 58, 55 y 51 puntos respectivamente, con una diferencia de 27 puntos entre Sala de partos y Ginecología

comparado con Urgencias. La correlación muestra diferencias entre Sala de partos y ginecología ($p = 0,001$) y Hospitalización ($p = 0,002$), y entre Salas de cirugía ($p = 0,007$) y UCI ($p = 0,000$).

No se realizó correlación entre las dimensiones de Coordinación entre la unidad y Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad, cuyos valores p fueron 0,077 y 0,162 respectivamente. Estos indican que no hay diferencias estadísticas entre los servicios y estas dimensiones, hallazgo confirmado con la prueba de Kruskal Wallis, en la que se encontraron diferencias entre los servicios en las demás dimensiones, tanto de coordinación como de comunicación, como ya se mencionó (véase Tabla 3).

Hipótesis nula	Sig.	Decisión
La distribución de Apertura o franqueza de la comunicación dentro del grupo es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,001	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Apertura o franqueza de la comunicación entre los grupos es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,011	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Exactitud de la comunicación dentro del grupo es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Exactitud de la comunicación entre los grupos es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,002	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Oportunidad de la comunicación es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,003	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Entendimiento o comprensión dentro del grupo, entre enfermeras y médicos es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,000	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,001	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Coordinación dentro de la unidad es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,035	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Coordinación entre la unidad es la misma entre las categorías de servicios agrupados	0,077	Conserve la hipótesis nula
La distribución de Mecanismos de coordinación personales e informales dentro del grupo es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,023	Rechace la hipótesis nula
La distribución de Mecanismos de coordinación personales e informales entre el grupo es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,162	Conserve la hipótesis nula
La distribución de Relación entre las unidades es la misma entre las categorías de servicios agrupados.	0,000	Rechace la hipótesis nula

Tabla 3. Resumen de contrastes de hipótesis Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

Nota: se demuestran significaciones asintóticas. El nivel de significancias es de 0,5

DISCUSIÓN

La coordinación y la comunicación parecen ser asuntos poco explorados en las instituciones hospitalarias, más aún en Latinoamérica. La búsqueda de literatura científica que pudiera apoyar el análisis de los hallazgos arrojó pocas investigaciones que abordaran específicamente este tema en el ámbito hospitalario.

En primer lugar, en los resultados del estudio se destaca que ninguno de los puntajes fue superior a 80, obtenido por el personal de Salas de cirugía en la dimensión Oportunidad de la comunicación. El puntaje más bajo, 39, corresponde a la dimensión Exactitud de la comunicación entre los grupos, tanto en Urgencias como en el servicio de Hospitalización. La dimensión que en promedio tuvo el puntaje más alto fue Oportunidad en la comunicación, con 68 puntos de 100, y la de menor puntaje fue, de nuevo, Exactitud en la comunicación entre los grupos, con un promedio de 48 puntos. Este resultado es interesante puesto que varios autores se han referido a la importancia de este aspecto de la comunicación. Robinson, Golman y colegas (9), a través de grupos focales, preguntaron a médicos y enfermeras acerca de los factores que, a su juicio, resultaban definitivos para una comunicación efectiva. Los profesionales señalaron la claridad y la precisión (9). Otros autores, de hecho, mencionan la precisión como una de las características de la comunicación (10).

Por otra parte, se encuentran diferencias importantes entre los servicios estudiados y los puntajes obtenidos en cada dimensión. Las mayores se observan en Exactitud de la comunicación entre los grupos, en donde, mientras en Sala de partos y ginecología se obtuvo una calificación de 66, en los servicios de Urgencias y Hospitalización esta fue de 39, lo que representa diferencias estadísticamente significativas. Oportunidad en la comunicación y Entendimiento o comprensión dentro del grupo entre enfermeras y médicos tuvieron puntajes muy distantes. Respecto a la primera, mientras que en Salas de cirugía se puntuó esta dimensión con 80, en el servicio de Hospitalización logro una calificación de 54, diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la segunda dimensión, mientras el puntaje de Sala de partos y ginecología

fue de 70, en los servicios de Hospitalización este fue de 44; esta diferencia resultó también estadísticamente significativa.

Se destaca asimismo cómo la mayoría de los puntajes obtenidos son inferiores a 70. A pesar de ello, algunas de las calificaciones más altas se encuentran en la dimensión Satisfacción de las enfermeras con la comunicación, con 71 puntos en las UCI, Salas de cirugía y Sala de partos y ginecología, a pesar de los bajos valores en las otras dimensiones.

Como se ve, los puntajes obtenidos en las dimensiones de comunicación muestran que hay diferencias entre los servicios estudiados, que podrían estar relacionadas con las dinámicas concretas de cada uno de ellos. Van, Wagner y colegas (11) refieren que existen rasgos individuales de los servicios que facilitan o no la comunicación, tales como las características del personal, el número de profesionales o el tamaño de los servicios.

En lo que respecta a la coordinación, se destaca la importante diferencia que hay en los puntajes obtenidos en aspectos relacionados con la Coordinación dentro de la unidad, Coordinación entre la unidad, así como los Mecanismos de coordinación personales informales dentro del grupo con respecto a los bajos puntajes en las dimensiones Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad y Relación entre las unidades.

En Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad, Urgencias presenta 45 puntos, el valor más bajo en esta dimensión; sin embargo, ningún servicio/unidad obtuvo puntajes superiores a 57. Por otro lado, en cuanto a Relación entre las unidades, Urgencias presenta una vez más el puntaje más bajo (37) frente a los otros servicios. Es evidente que en todas las dimensiones de coordinación el servicio de Urgencias obtiene los menores puntajes, ninguno supera 69.

Lo anterior sugiere que el comportamiento de la comunicación y la coordinación en los servicios puede ser diferente. De hecho, varios aspectos propios de las organizaciones y de los servicios podrían explicar estas diferencias; el diseño organizacional interviene en la manera como se

da la comunicación entre los profesionales. Esto se expresa por ejemplo en las relaciones jerárquicas: “la jerarquía extrema entre los médicos y enfermeras, en particular, pueden contribuir a la disfunción de comunicación, haciendo menos óptima la atención al paciente” (11). Las diferencias en el número de personas que integran los servicios, un aspecto no explorado en este estudio, también inciden en la comunicación, puesto que la necesidad de trabajar juntos para asegurar una atención óptima puede aumentar cuando se cuenta con menos profesionales (12). En últimas, parece ser que, como lo destacan Rowlands y Callen (13), la organización es quien determina la estructura en la cual interactúan los profesionales, el desarrollo profesional, las oportunidades de trabajo de las enfermeras y del grupo, la cultura organizacional y las normas de comportamiento.

CONCLUSIONES

Las características de la comunicación y la coordinación en el rol interdependiente de enfermería muestran diferencias importantes en los servicios estudiados. Esto sugiere problemáticas relacionadas con el intercambio de información interprofesional, los desafíos en la colaboración, el trabajo en equipo, y la interdependencia y articulación de esfuerzos en el proceso de atención, como lo muestra la literatura.

Tanto la apertura de la comunicación entre grupos como su exactitud presentan diferencias marcadas con respecto a las dimensiones dentro de las unidades. Esto podría estar conduciendo a alteraciones en la coordinación, así como a la ruptura de la cohesión entre grupos y la fragmentación de la atención de una unidad a otra, lo que puede generar impactos negativos del cuidado. A pesar de las diferencias evidenciadas entre las unidades con respecto a la comunicación y coordinación, los profesionales dicen sentirse satisfechos en su mayoría con la comunicación tanto entre las enfermeras de su unidad, como con colegas de otras unidades, pacientes y sus familiares.

Esta investigación aporta a la comprensión de un asunto poco investigado y que exige trabajarse amplia y profundamente en las instituciones hospitalarias, que cada vez demandan mayor trabajo interprofesional. Por otra parte, permite reconocer

que el comportamiento de las unidades o servicios hospitalarios en términos de comunicación y de coordinación puede ser diferente, aunque se trate de una misma organización. Para las instituciones universitarias que preparan recurso profesional en salud, particularmente médicos y enfermeros, este trabajo se suma al esfuerzo que se está haciendo por transformar la manera como se establecen las relaciones interprofesionales en el ámbito hospitalario, en busca de mejoras de calidad que incidan positivamente en los resultados de los pacientes.

Aun así, este estudio tiene algunas limitaciones. La principal es que no se exploraron asociaciones entre comunicación y coordinación y características sociodemográficas de los participantes que pudieran contribuir a la comprensión del fenómeno y que han sido reconocidas por diferentes autores, como la educación, los años de experiencia laboral y antigüedad en los servicios, entre otros. Una limitación adicional es no haber contado con información proporcionada por los médicos, que hubiese podido ampliar la perspectiva sobre un asunto que involucra al equipo médico tanto como al de enfermería.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos se sugiere, en primer lugar, desarrollar estrategias para mejorar los procesos de comunicación y coordinación en las unidades hospitalarias de la institución en la que se realizó el estudio. El énfasis debería ponerse en la exactitud de la comunicación.

Por otro lado, la IPS debe implementar acciones con especial acento en el trabajo con otras unidades, de modo que se constituyan equipos de trabajo no solo entre colegas sino también con los médicos. Es preciso que la organización explore aspectos como la jerarquización y la asimetría de poder entre médicos y enfermeros, un elemento que, como lo indica la literatura, puede afectar de manera importante las relaciones entre estos profesionales y, por ende, la comunicación y coordinación entre ellos.

Se recomienda a la IPS fortalecer a los profesionales en enfermería en estrategias de liderazgo, comunicación efectiva y trabajo en equipo, a partir del modelo de atención centrada en el paciente.

Será necesario realizar una nueva evaluación de la comunicación y coordinación posterior a la implementación de estrategias, con instrumentos que sean aplicables a otros profesionales de la salud, con el fin de identificar su perspectiva y el impacto de las acciones de mejora.

Para la academia, la tarea pendiente es avanzar en el estudio de la comunicación y coordinación en el marco del modelo de atención centrado en el paciente. Es necesario incorporar en los currículos de pregrado y posgrado la importancia de la comunicación y la coordinación en la conducta de rol del profesional, su impacto en los procesos de atención y cuidados de enfermería. Pero no será suficiente con ello; se requiere afianzar las habilidades de los estudiantes de enfermería en estos dos aspectos desde el pregrado, de manera que como profesionales estén preparados para trabajar en colaboración con otros profesionales y con sus colegas.

Finalmente, se sugiere que investigaciones futuras en torno a este asunto incluyan la exploración de asociaciones reportadas en la literatura referenciada en la sección de discusión, de tal manera que sea posible trabajar en aquellos aspectos de la enfermería y de la organización que más influyen en la comunicación y la coordinación. Asimismo, es deseable aplicar el instrumento completo de Shortell y colegas, previa realización de pruebas de validez y confiabilidad, y con el permiso de los autores, con el fin de abordar otros fenómenos e identificar posibles oportunidades de mejora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epstein NE. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg Neurol Int.* 2014;5(7):295-303.
2. Irvine D, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *J Nurs Admin.* 2002;38(1):29-39.
3. Shortell SM, 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;29(8):709-26.
4. Joint Commission International. [Internet] Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition. Oakbrook terrace; 2011 [consultado 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>
5. Clancy T, Anteau C. Managing organizational complexity, coordination, new ways of harnessing complexity. *J Nurs Admin.* 2008;38(4):158-61.
6. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ.* 1998;16(2):58-87.
7. Sidani S, Irvine D. A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *J Adv Nurs.* 1999;30(1):58-66.
8. Parra DI, Arango GL. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en enfermería. *Av. Enferm.* 2010;28(1):51-62.
9. Robinson P, Gorman, G, Slimmer L, Yudkowsky R. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nurs Forum.* 2010;45(3):206-16.
10. Havens D, Vasey J, Gittell JY, Wei-Ting L. Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *J Nurs Manag.* 2010;18(8):926-37.
11. Van A, Wagner C, Spreeuwenberg P, Frijters H, Ribbe M, Groenewegen P. Communication, advice exchange and job satisfaction of nursing staff: A social network analyses of 35 long-term care units. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):2-9.
12. Nair D, Fitzpatrick J, McNulty R, Click E, Glembocki M. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *J Interprof Care.* 2012;26(2):115-20.
13. Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care.* 2013;22(1):20-31.