

ORIGINALES

Profesionales y gestores ante la comunicación interna en el Programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía

J.C. March, M.A. Prieto, P. Gutiérrez y Equipo de Evaluación del PSMI

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivo. Conocer las opiniones de directores de distrito de atención primaria y de profesionales de centros de salud (CS) de Andalucía sobre la comunicación interna en el Programa de Salud Maternoinfantil (PSMI) implantado en esta comunidad autónoma.

Diseño. Estudio descriptivo que utiliza metodología cualitativa y cuantitativa.

Emplazamiento. Distritos de atención primaria y centros de salud de Andalucía, entre julio de 1994 y febrero de 1995.

Participantes. Directores de distrito de atención primaria (51) y profesionales de CS (91).

Mediciones y resultados principales. Cuestionario autoadministrado (directores) y grupos focales (profesionales).

Análisis mediante pruebas no paramétricas para comparación de medias y análisis de contenido de discursos.

La comunicación interna aparece como una debilidad importante en el PSMI y en la atención primaria en general. Se evidencian importantes diferencias en las percepciones de directivos y profesionales en relación a las directrices del PSMI. Así, en todos los distritos se afirma que existen objetivos del programa pactados con los profesionales y canales de transmisión de dichos objetivos entre el distrito y los centros, aunque en menos de un 25% de los distritos esta transmisión se realiza de forma escrita.

Por otro lado, los profesionales piensan que los objetivos y directrices del programa están poco claros y definidos. Además, es bastante común la opinión de que los objetivos anuales no se negocian.

Conclusiones. La comunicación interna en atención primaria se describe como una debilidad importante en la gestión de los CS. Los profesionales perciben importantes desacuerdos entre los intereses de los directivos de la organización y los suyos propios.

Palabras clave: Comunicación interna. Evaluación de programas. Gestores-profesionales. Técnicas cualitativas. Salud maternoinfantil.

PROFESSIONALS AND MANAGERS ON INTERNAL COMMUNICATION WITHIN THE MOTHER-CHILD HEALTH PROGRAMME IN ANDALUSIA

Objective. To find the views of primary health area directors and of professionals in health centres (HC) in Andalusia on internal communication within the Mother-Child Health Programme introduced in this autonomous community.

Design. Descriptive study that uses qualitative and quantitative methodology.

Setting. Primary care (PC) areas and HC in Andalusia, between July 1994 and February 1995.

Participants. 51 PC area directors and 91 HC professionals.

Measurements and main results. Self-administered questionnaire (directors) and focus groups (professionals) were used. Analysis by non-parametric tests compared averages and analysed discourse contents. Internal communication was an important weakness in the Mother-Child Health Programme and in PC in general. There were important differences between the perceptions of directors and professionals in relation to the guidelines of the Mother-Child Programme. As such, in all the area administrations it was affirmed that there were programme objectives agreed with the professionals, and transmission channels for these objectives between the area and the centres, although these were transmitted in writing in under 25% of the areas. However, professionals thought that the objectives and guidelines of the programme were unclear and ill-defined. In addition, the view that the annual objectives are not negotiated was quite common.

Conclusions. Internal communication in PC is a considerable weakness in HC management. The professionals perceive considerable conflicts of interest between them and the organisation's directors.

Key words: Internal communication. Evaluation of programmes. Professionals-managers. Qualitative techniques. Mother-child health.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 16-21)

Proyecto financiado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Correspondencia: María Ángeles Prieto Rodríguez
Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja.
Apartado de Correos 2.070. 18080 Granada.
Correo electrónico: prieto@easp.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-V-1999.

Introducción

La comunicación interna es un elemento central para todos los actores de una organización¹, que puede posibilitar la creación de un lenguaje común en ella, al tratar de «contar a la organización lo que la propia organización está haciendo»².

La comunicación interna es definida por Wesphalen como «los procesos y procedimientos que, utilizando unos canales determinados, transmiten informaciones o mensajes en el interior de la organización, determinando con precisión los emisores y los receptores de la información»³.

La comunicación interna permite construir la identidad de la empresa al conciliar entre sí al conjunto del personal y generar un clima de confianza y motivación^{4,5}. Diversos estudios indican que un trabajador bien informado, que conoce los objetivos de su empresa y el contenido de su tarea, contribuye al beneficio global de la organización y tiene tendencia a manifestar una actitud positiva hacia el trabajo^{6,7}.

En los estudios realizados en España sobre comunicación interna se detecta que sólo un 23% de los empleados españoles se declaraba satisfecho con el modo en que funciona la comunicación en el seno de su empresa^{8,9}. Asimismo, los profesionales y gestores comentan que la gestión de la comunicación interna está muy poco profesionalizada en las organizaciones, lo que la convierte en un instrumento secundario en la realidad diaria¹⁰.

Y es que la comunicación interna hay que gestionarla. Toda organización tiene una serie de líneas estratégicas y la comunicación interna tiene que ser una más de esas políticas^{11,12}. La comunicación entendida de esta forma requiere la formulación de unos objetivos para cada uno de los públicos a los que se quiere llegar, la elaboración de mensajes adecuados a las características del segmento receptor y el diseño de unos canales o intervenciones específicos para cada público. Todo esto conforma un plan de comunicación¹³.

Los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) destacan en diversos estudios que una importante debilidad de la comunicación interna es la poca credibilidad y la baja valoración de las direcciones^{8,9}. Asimismo, consideran un punto débil el hecho de no sentirse escuchados por la dirección¹⁴.

Todo esto pone de manifiesto una distancia importante entre dirección y profesionales. El análisis de dicha relación nos muestra que los 2 colectivos tienen objetivos distintos y se mueven en culturas distintas^{8,9,14}. Algunos autores¹⁵ se han planteado esta diferencia de culturas como la dicotomía gerencialismo-profesionalismo, argumentando que la cultura de la gestión no ha reconocido de forma suficiente el papel que ocupan los profesionales en los hospitales y centros de salud. En esa línea se afirma que para el desarrollo de cualquier estrategia de marketing (comunicación interna incluida) en el sector sanitario es necesario que, desde la gestión, se sintonice con el profesional¹⁶.

Por todo ello, en el marco de la evaluación del Programa Maternoinfantil en Andalucía¹⁷, tras sus primeros 10 años de funcionamiento, se han analizado las opiniones de directivos y profesionales respecto a la comunicación interna en los distritos de atención primaria, como una variable estratégica con influencia en el ambiente de trabajo y en la consecución de los objetivos organizacionales.

TABLA 1. Distribución de participantes de los grupos focales

	Provincia	ZBS	Años de funcionamiento	Número de participantes
Grupo 1	Almería	Rural	3-8 años	13
Grupo 2	Cádiz	Mixta	3-8 años	12
Grupo 3	Córdoba	Mixta	< 3 años	12
Grupo 4	Granada	Urbana	> 8 años	9
Grupo 5	Huelva	Rural	> 8 años	7
Grupo 6	Jaén	Rural	> 8 años	13
Grupo 7	Málaga	Mixta	3-8 años	12
Grupo 8	Sevilla	Urbana	> 8 años	12

El Programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía (PSMI), que se puso en marcha en 1984¹⁸⁻²¹, incluye un conjunto amplio y diverso de actuaciones encaminadas a mejorar la salud de la población maternoinfantil de Andalucía, dirigido a 3 grupos diana: las mujeres en edad fértil, los niños y las niñas y los/as adolescentes.

Los distritos de atención primaria constituyen los centros de gestión autónoma de atención primaria en Andalucía, asumiendo la dirección de varias zonas de salud de forma integrada, disponiendo de un presupuesto propio.

El objetivo de este estudio es conocer las opiniones de los directores de distrito de atención primaria y de los profesionales de los centros de salud (CS) sobre comunicación interna (directrices, canales de comunicación de los objetivos y mecanismos de evaluación de resultados) en el PSMI en Andalucía.

Material y métodos

Estudio descriptivo en el que se ha utilizado metodología cuantitativa y cualitativa para la recogida y análisis de la información.

Las opiniones de los directores se han recogido a través de un cuestionario autoadministrado a los 51 directores de distrito de la comunidad autónoma andaluza (n = 51), en el que se ha estudiado la comunicación de las directrices del PSMI a los profesionales (objetivos y estrategias), los canales de comunicación entre el distrito, los CS y los profesionales y la comunicación de los mecanismos de evaluación de resultados.

El cuestionario utiliza escalas tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

El cuestionario se envió por correo y se recogió de la misma forma. A las 2 semanas de su envío se llevó a cabo un recordatorio por teléfono.

Se ha realizado un análisis multivariante de las variables del cuestionario para describir las características y opiniones de los directores de distrito. Para detectar posibles diferencias en la opinión de los directores, según características personales de los mismos o de los distritos, se han realizado test de Mann-Whitney para los casos en los que la variable de agrupación era dicotómica, y test de Kruskal-Wallis cuando la variable de agrupación tenía más de dos categorías. En ambos tests se estableció un nivel de confianza del 95%.

Las opiniones de los profesionales de centros de salud se han obtenido a través de la técnica de grupo focal. Se han realizado un total de 8 grupos focales, en los que han participado 91 profesionales: médicos generales, médicos de familia, pediatras, matronas y enfermeras de centros de salud de la comunidad autónoma andaluza (tabla 1).

Se utilizaron como criterios de segmentación de los grupos focales el tipo de zona básica de salud (ZBS) (rural y urbana) y el número de años de funcionamiento (< 3 años, 3-8 años y > 8 años). Además, se tuvo en cuenta el hecho de realizar un grupo focal como mínimo por provincia. El guión de la entrevista utilizado en los grupos focales se presenta en la tabla 2.

A partir de estos criterios de segmentación, se eligieron, por un procedimiento aleatorio, las ZBS (8) que participaron en el estudio. Una vez elegida la ZBS, se invitó a participar en el grupo focal a todos los profesionales de la misma que en el momento de realizar el estudio estaban desa-

TABLA 2. Guión de entrevista

Emisor. Credibilidad del emisor y de los mensajes que transmiten los directivos a los profesionales (directrices, objetivos)
Receptor. Valoración por parte de quienes reciben e interpretan los mensajes (los profesionales), de si se adecua a lo que deseaban recibir. Sensación de ser escuchados por parte de los directivos
Mensaje. Es la idea y los mensajes que se comunican.
Canal
Canal ascendente. Cómo se escucha a los profesionales y cómo se reciben los mensajes que éstos emiten
Canal descendente. Cómo se envía la información referida a los programas, protocolos y evaluaciones
Canal horizontal. Cómo se desarrollan las interacciones entre profesionales del mismo centro
Contexto. Es el espacio dónde se desarrolla la comunicación

rollando actividades del PSMI. Si el número de profesionales superaba los 14 (límite de participantes en un grupo focal), se elegían los participantes también de forma aleatoria (manteniendo la participación del pediatra y de la matrona).

Las entrevistas grupales fueron grabadas en cinta magnetofónica, con la autorización de los participantes y posteriormente transcritas por personal experto (a disposición del lector en la EASP). La duración promedio de las técnicas grupales fue de 90 minutos.

El análisis de contenido de las transcripciones de los discursos de los grupos focales se ha realizado siempre siguiendo el mismo método: a) lectura completa de la transcripción de cada grupo; b) identificación de los fragmentos del texto que hacen referencia a cualquier aspecto relacionado con la comunicación interna; c) análisis de las opiniones de los profesionales, incluyéndolas en una matriz de puntos fuertes y puntos débiles, en función de si el contenido del texto transcrito se refiere a aspectos positivos (puntos fuertes) o negativos (puntos débiles); d) se utilizó una matriz y por cada grupo focal; e) se señalan las opiniones en las que existen discrepancias entre los participantes de los grupos; f) se identifican y se rechazan aquellas opiniones que no se corresponden con la experiencia personal de los participantes, para minimizar la influencia de los estereotipos e ideas preconcebidas en las opiniones manifestadas, y g) este proceso se repite de forma independiente por diferentes analizadores (2 profesionales de atención primaria y 2 profesores de salud pública con amplia experiencia en análisis de opinión de profesionales y en técnicas cualitativas). Es decir, los resultados obtenidos han

sido sometidos a un proceso de triangulación, contrastando los resultados entre los diferentes investigadores. Este procedimiento garantiza la fiabilidad del método y la validez de los resultados.

Todo el trabajo de campo se realizó entre los meses de julio de 1994 y febrero de 1995.

Resultados

La tasa de respuesta de los directores al cuestionario fue del 77%. No se encontraron diferencias significativas entre el perfil de los respondedores y los no respondedores.

Además, no se detectan diferencias significativas en la opinión de los directores de distrito en ninguna variable que pudiesen estar motivadas por las características personales de éstos (edad, sexo, experiencia previa o años en el puesto actual) o por razones ligadas a las características de los distritos que gestionan (provincia, hábitat, grado de reconversión, años de funcionamiento o grado de consecución de los objetivos fijados por los servicios centrales).

Se evidencian importantes diferencias en las percepciones de directivos y profesionales en relación a las directrices del programa materno-infantil y en general del trabajo en atención primaria.

La valoración de los directores de distrito es bastante positiva en relación al proceso de definición de objetivos

del PSMI y de su evaluación. Así, en todos los distritos se afirma que existen objetivos del programa materno-infantil pactados con los profesionales y canales de transmisión de dichos objetivos entre el distrito y los centros.

Sin embargo, la mayoría de los profesionales entrevistados manifiestan que los objetivos y directrices del programa materno-infantil están poco claros y definidos. Muchos de ellos afirman incluso que éstos no existen en niveles superiores al centro de salud y que, según ellos, este hecho no preocupa a la organización. Además, es bastante común la opinión de que los objetivos anuales no se negocian ni se consensúan con los distritos, más bien se describe este proceso como una imposición de niveles superiores, ante la cual los profesionales se defienden.

En resumen, los profesionales perciben importantes desacuerdos entre los intereses de los directivos y de la organización y los suyos propios.

«Ni siquiera nos ha planteado objetivos, solamente ha puesto en marcha el programa...». (Grupo focal 3.)

«Por ejemplo, en el materno, en la parte del control de embarazo de educación maternal, llegan unas líneas desde Sevilla; ni siquiera en un distrito nos hemos sentado todos los que trabajamos o los que se llaman responsables en ese programa y deciden: pues aquí en donde tenemos 2.000 habitantes, o 20.000, vamos a adaptarnos de esta manera y las actividades van a ser éstas, éstas, ¿no?» (Grupo focal 2.)

«Creo que la dificultad está en que dentro de los objetivos y porcentajes que planteaba la Administración no estaban de acuerdo con las características de cada población o de cada centro.» (Grupo focal 5.)

«Sí, pero luego los importantes son los del distrito y las productividades van en función de los objetivos del distrito.» (Grupo focal 7.)

Se perciben en muchos centros barreras importantes en la comunicación interna de los objetivos del PSMI entre distritos y centros de salud.

Todos los directores de distrito afirman que existen canales de transmisión de los objetivos del PSMI fijados por el distrito a los profesionales de los centros. Según los directores de distrito encuestados, la comisión de dirección es el espacio habitual donde se comunican, se negocian y se pactan los objetivos anuales con los centros de salud, para después ser los directores y adjuntos de enfermería de las ZBS los que pactan con los profesionales de los centros.

En 20 de los 51 (39%) distritos, la negociación de los objetivos anuales se realiza directamente con los responsables de cada subprograma. En 9 (18%) se negocia y se pacta directamente con los profesionales de los centros. Sólo 16 (31%) de los directores mencionan la transmisión escrita (además de la oral) como uno de los mecanismos de comunicación del distrito con los CS. Por otro lado, la práctica totalidad de los profesionales entrevistados afirma que los objetivos del PSMI que se definen en los centros no tienen interés para los distritos. Este hecho crea en los equipos un sentimiento de incompreensión, rechazo y falta de credibilidad del nivel gestor, ya que, desde su perspectiva, son los profesionales los mejores conocedores de los problemas de la salud de las madres y de los niños de sus zonas.

«Que además algunas veces pueden ser más coherentes que los que vienen del distrito porque la realidad de la población la conocemos nosotros y, sin embargo, éstos no se nos incentivan —se refieren a los objetivos marcados a nivel del CS.» (Grupo focal 7.)

«Yo me conformaría con que hubiera una comunicación más fluida y constante con el distrito; me siento satisfecho con esta reunión que estamos haciendo aquí.» (Grupo focal 4.)

«Creo que están distantes de la realidad diaria de los centros y ya no solamente distantes, sino pienso que no hacen caso al personal que está diariamente viviendo la realidad.» (Grupo focal 7.)

«Los mejores canales de información están entre diciembre y marzo por los datos que hay que aportar; en esos 3 meses es cuando más en contacto se ponen contigo, pero para el resto del año nada.» (Grupo focal 1.)

«Lo fácil que sería esta misma reunión con el mismo personal y el responsable del distrito exponiendo nuestras quejas y entonces tendría otro objetivo, cada uno con sus quejas.» (Grupo focal 7.)

El mecanismo de evaluación más frecuente en los distritos, según afirman los directores, es la comparación de los indicadores de cobertura obtenidos en los subprogramas materno-infantiles con los objetivos fijados al respecto. Esta evaluación tiene, en la mayoría de los distritos, un carácter anual.

Los directores señalan la necesidad de elaborar indicadores de resultados y del impacto sobre la salud de las personas que tiene el programa. De esta forma servirán para seguir avanzando y para adaptar las actuaciones, los protocolos y los servicios en general a las necesidades de la gente que los utiliza. Existe consenso entre directores y profesionales al afirmar que la evaluación de resultados del PSMI debe incorporar alguna medida de la satisfacción de los usuarios.

Entre los 30 distritos se realizan otras evaluaciones de resultados del PSMI, además de la oficial anual. De éstos, 11 realizan controles de calidad mediante auditorías de historias clínicas y 6 a través de valoraciones de resultados específicas sobre grupos de riesgo. El resto no especifica en qué consisten estas evaluaciones extra, ni cómo las llevan a cabo.

Los profesionales manifiestan una actitud positiva hacia la evaluación del propio trabajo, siendo bien aceptada la idea de trabajar por objetivos. De todas formas, los mecanismos diseñados para ello son calificados por los profesionales de poco adecuados, por lo que piden un sistema de evaluación más participativo y que sea conocido a priori por los profesionales.

«Hay una cosa: no sabemos lo que está ocurriendo con lo que estamos haciendo, en el sentido de decir en qué está repercutiendo calidad de vida para los niños en el programa de niño sano; eso no lo sabemos y es muy difícil saberlo. En qué está repercutiendo el control del embarazo en cuanto a que los partos son mejores o son peores, o en cuanto a cómo nacen esos niños, en qué está repercutiendo la planificación familiar; en cuanto al número de nacimientos. Si eso es lo que se trata de evaluar, pues no lo estamos haciendo. Pero veo muy difícil evaluar esas cosas.» (Grupo focal 2.)

«Sólo son evaluaciones cuantitativas, no se hacen valoraciones cualitativas de nuestro trabajo.» (Grupo focal 7.)

«Por otro lado, como problema principal veo el poco interés por la calidad; estamos nada más que centrándonos, porque en cierto modo nos obligan a eso, a ofrecer datos, y datos y estadísticas, y les das más y eres mejor, y das menos y es que no has trabajado, y no es que le hayas dedicado más tiempo a otra cosa.» (Grupo focal 2.)

«Es que ahí está un poco el tema, te piden datos, datos y datos. Y muchas veces nos planteamos el tema de programar. Yo porque tengo que hacer sólo una tabla de valoración, pero los pediatras tienen que hacer más cosas, y te piden datos, y claro tú te dedicas a hacer datos. En cierta medida te asocian con la competitividad, el centro que más datos ofrece es el que mejor trabaja, más productividad, más de esto, más de lo otro, pues venga el premio para el que tenga

más y no para el que lo haga mejor.»
(Grupo focal 2.)

Discusión

A nivel metodológico

La tasa de respuesta obtenida en el cuestionario a directores de distrito (77%) es muy elevada si la comparamos con las que se obtienen en la mayoría de estudios, sobre todo aquellos en los que los cuestionarios se distribuyen por correo. El hecho de ser un estudio financiado por la Consejería de Salud y por el SAS, y realizado por la EASP, pueden ser factores que hayan contribuido al interés de los directores en participar. No obstante, fue necesario un recordatorio telefónico a las 2 semanas de enviarse los cuestionarios. Éstos no eran anónimos. Este hecho puede haber introducido un importante sesgo de deseabilidad social. Por ello, son especialmente interesantes los resultados obtenidos, que se analizan con la sobrestimación favorable a la organización que sin duda tienen los resultados.

La opinión de los profesionales se ha obtenido a través de un abordaje cualitativo, basado en grupos focales. Según señalan algunos autores²²⁻²⁴, la utilización de técnicas cualitativas en una investigación de mercado suele considerarse pertinente en una primera aproximación a fenómenos que luego querrán abordarse en profundidad^{8,9,25,26}. Además, algunos autores plantean que el abordar las opiniones de los profesionales mediante preguntas abiertas facilita la expresión directa de sus sentimientos y opiniones sobre todos los aspectos de su trabajo al generarles libertad de expresión, lo que permite sacar a la luz más problemas²⁷.

Las técnicas cualitativas son una metodología que tiene gran interés y utilidad por abordar una serie de cuestiones en profundidad, no tratando de buscar representatividad estadística sino de identificar grupos específicos de personas que poseen características o viven circunstancias relevantes

para el fenómeno que se estudia²⁸, en este caso la comunicación interna. De todas formas, analizar la comunicación interna de la mejor manera posible³ conlleva la utilización conjunta de una metodología cuantitativa y cualitativa.

Toda la bibliografía consultada sobre comunicación²⁸⁻³⁴ muestra el esquema clásico, utilizado en las entrevistas de grupo (tabla 3) como la mejor forma de conocer todos los elementos que están incluidos en un acto de comunicación.

El número de personas que participaron en los grupos va en la línea de lo que plantea el U.S. Department of Health and Human Services³⁵: de un mínimo de 4 y un máximo de 14.

En cuanto a resultados

Comparando los resultados obtenidos con los de otros estudios similares, se observa que existe coincidencia en los aspectos más relevantes. Young muestra que entre los 8 principios de la comunicación eficaz en la empresa³⁶ 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 sobre el proceso de definición de los objetivos por parte de directivos y profesionales. Junto a ello, en los principios 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 sólo en 6 de los 51 distritos se negocia directamente con los profesionales de los centros, elemento que contrasta con la idea de Young de la preferencia de que la información llegue a tiempo de forma continua y además de forma directa.

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 este estudio, los profesionales describen el proceso de negociación de objetivos como una im-

posición 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 contenido, por lo que la valoración de imposición que hacen los profesionales ha afectado sin duda al proceso de negociación.

En cuanto a los canales, cabe señalar que, sobre el *canal ascendente*, hay una clara discrepancia entre el planteamiento de la dirección y lo que piensan los profesionales, ya que si la primera 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.

Sobre la *comunicación descendente*, los directivos afirman que la comisión de dirección, de la cual forman parte los responsables de los CS, 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 hablan de incompreensión, rechazo y falta de credibilidad del nivel gestor como emisor.

Por último, el *contexto* donde se desarrolla la comunicación es donde existe el mayor choque entre gestores y profesionales. Así, los directivos opinan que el fallo de la comunicación está claramente a nivel del 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 por una parte que 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 algunos artículos³⁷ se describen las características de la información tradicional en las instituciones de sa-

lud como básicamente descendente, no anticipativa, que fluye por canales muy formalizados y con una periodicidad irregular. Coincide con los resultados obtenidos en que describen que la comunicación descendente se limita a circulares o reuniones anuales con los responsables.

En un análisis de la comunicación interna realizado en el entorno hospitalario, en un colectivo de enfermería⁹, se obtuvo 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 detectados en este estudio, al encontrar que la periodicidad de la evaluación es anual y por tanto no continua.

En algunas auditorías de comunicación^{8,26}, 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 de los programas. 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 nuestro estudio, 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. Considerando la complejidad del fenómeno de la comunicación en las empresas³⁸⁻⁴³ y el hecho de que la comunicación interna debe ser entendida por los directivos en términos de estrategia, parece obligado el establecimiento de un adecuado plan que permita conseguir los objetivos de una buena comunicación en todos los sentidos.

Bibliografía

1. Bannel Y. Comunicación y marketing interno: la revolución empresarial de hoy. Barcelona: ICSA, 1989.
2. Pinillos A. Comunicación interna, un paseo por el tiempo. *Harvard Deusto Business Review* 1995; 314: 48-63.
3. Wesphalen MH. La dirección de comunicación. Madrid: Ed. Del Prado, 1993.
4. Lara I, Henríquez MC. Desarrollo de la comunicación interna a través de la unidad de recursos humanos. *Capital Humano* 1995; 75: 53-62.
5. Somoza F. La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa. *Alta Dirección* 1995; 179: 37-43.
6. Barranco FJ. Planificación estratégica de recursos humanos: del marketing interno a la planificación. Madrid: Pirámide, 1993.
7. March JC, Martínez JI, López LA, Solas O. El marketing en atención primaria. Hacia una nueva orientación de los servicios. *Aten Primaria* 1993; 11 (2): 97-102.
8. Prieto MA, March JC. La comunicación de un hospital: ondas de entendimiento. Ponencia presentada en las X Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. En: Trabajar juntos: pero... ¿cómo? Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
9. Silva M, March JC, Pérez H. Comunicación interna y percepción del servicio hospitalario. *Rol de Enfermería* 1995; 199: 13-18.
10. Cabrera JA. Las relaciones públicas en la empresa. Madrid: Acento Editorial, 1996.
11. Villafañe J. Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas. Madrid: Pirámide, 1993.
12. Ramos E. La estrategia de comunicación en la empresa. *Harvard Deusto Business Review* 1995; 58: 88-91.
13. Lewton KL. Public relations in health care. A guide for professionals. *Tonmg: AHA*, 1991.
14. Pajares D, March JC, Gómez ME. Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12 (5): 231-238.
15. López LA, Aranda JM. Perspectivas de futuro de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1995; 15 (3): 140-142.
16. Amat D. El marketing dentro del hospital: su conexión con el público interno. *Todo Hospital* 1988; 47: 37-44.
17. García MM, editor. Evaluación de programas. Salud materno-infantil. Andalucía 1984-1994. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
18. Consejería de Asuntos Sociales. La atención a la infancia en Andalucía. Sevilla: Dirección General de Atención al Niño, 1993.
19. Consejería de Salud y Asuntos Sociales. Guía para la salud infantil en atención primaria de salud. Sevilla: Dirección General de Atención Primaria y Promoción de Salud, 1990.
20. Consejería de Salud. Evaluación programa de vacunaciones 1990. Sevilla: Junta de Andalucía, 1992.
21. Consejería de Salud. Programa de Salud Materno-Infantil. Nuevas líneas de actuación. Década de los 90. Sevilla: Junta de Andalucía, 1992.
22. Heras C. Marketing interno y servicios: un reto para las organizaciones hospitalarias. *Hospital* 2000 1991; 5 (1): 35-46.
23. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Interamericana, 1985.
24. Cruz I. Métodos de análisis de la demanda. Investigación comercial. En *Fundamentos de Marketing*. Madrid: Ariel Economía, 1990.
25. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hacia el Carlos Haya del 2000: plan estratégico (resumen). Málaga, 1996.
26. March JC. Internal audit on internal communication in the University Hospital of Reina Sofía in Córdoba. Congreso de la EHMA. Lisboa, 1996.
27. Tourish D, Hargie O. Communication in the NHS: using qualitative approaches to analyse effectiveness. *J Manag Med* 1996; 10 (5): 38-54.
28. Rodríguez A. Psicología de las organizaciones. Valencia: Promolibro, 1988.
29. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. México: Trillas, 1983.
30. Weinert AB. Manual de psicología de la organización. Barcelona: Herder, 1985.
31. Bateson et al. La nueva comunicación. Barcelona: Kairós, 1990.
32. Bornman et al. La comunicación. Un problema de la organización moderna. Bilbao: Deusto, 1979.
33. Costa J. La imagen de la empresa. Métodos de comunicación integral. Barcelona: Ibérico-Europea de Ediciones, 1977.
34. Molés A et al. La comunicación y los mass media. Bilbao: Mensajero, 1985.
35. US Department of Health and Human Services. Pretesting in health communication. Maryland: N.H. Publication, 1984.
36. Young MB. Los ocho principios de la comunicación eficaz. *Harvard Deusto Business Review* 1995; 58: 94-103.
37. Martí E. El marketing hospitalario desde el punto de vista gerencial. *Todo Hospital* 1988; 47: 25-28.
38. Tourish D, Hargie O. Don't you sometimes wish you were better informed. *Health Serv J* 1993; 25 (103): 28-29.
39. Woodard DA. Transformational leaders. Ten practices to help executives meet the challenge. *Health Progress* 1992; 73 (9): 40-44.
40. Farley MJ. Assessing communication in organizations. *J Nurs Administr* 1989; 19 (12): 27-31.
41. Lively BT. Employer-employee relationships: philosophy before strategy. *American Pharm* 1995; 35 (8): 40-49.
42. Fussell SR, Benimorf NI. Social and cognitive processes in interpersonal communication: implications for advanced telecommunications technologies. *Human Factors* 1995; 37 (2): 228-250.
43. Rice RE, Atkin CH K. Public communication campaigns. Newbury Park: SA-GE Publications, 1989.