



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

**El proceso de comunicación entre médicos e instrumentadores
quirúrgicos en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de
un Hospital Público Nacional (Bs As, 2018).**

Autora: Lic. Yanina Anabela Porreca

Director de Tesis: Mgr. Carolina Casullo

2021

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario por haberme abierto las puertas de este prestigioso centro de estudios. En particular, al Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Dr. Ernesto Báscolo, como así también a todos los docentes que participaron de la capacitación continua durante el cursado de los seminarios. De modo especial hago mención a mi Directora y tutora Mgr. Carolina Casullo, por su dedicación, por su tiempo, por su valiosa guía y orientación; a ella mi sincera gratitud.

Expreso también mi agradecimiento a las autoridades del Hospital Nacional Público por su importante aporte en el desarrollo de esta tesis y, sobre todo, por haberme permitido acceder a la información necesaria para llevar a cabo la investigación; a mis compañeros de trabajo -Médicos Cirujanos y Lic. de Instrumentación Quirúrgica-, por su desinteresada colaboración cuando así lo requerí.

Un especial agradecimiento a mi familia, que siempre ha estado a mi lado en los momentos y situaciones más difíciles. No fue fácil culminar este proyecto, pero ellos han sido mi fuente inspiradora.

Gracias.

Nota preliminar

Por normativas del Comité de Ética del Hospital donde se llevó a cabo esta investigación, la realización de la misma atravesó diversas instancias de supervisión y evaluación. También por este motivo ciertos datos fueron expresamente omitidos, tales como el nombre de la Institución, su ubicación exacta y próxima, entre otros.

RESUMEN

La presente investigación analiza el proceso de comunicación entre el personal de instrumentadores quirúrgicos y el personal médico del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018). Escasos estudios sobre el tema y la falta de evidencias sobre el modo en que se gestiona institucionalmente la comunicación en el ámbito quirúrgico a nivel local motivaron la realización de este trabajo.

Para ello se adoptó un enfoque cualitativo, de alcance descriptivo, mediante un diseño etnográfico transversal. En la recolección de los datos se emplearon dos técnicas: la entrevista en profundidad y el focus group. La muestra quedó conformada por seis informantes clave: dos de ellos participaron de la entrevista en profundidad y cuatro del grupo focal.

Al analizar la información obtenida se encontró que para los agentes de salud en el Hospital prevalecían los procesos comunicacionales informales por sobre los formales. Estos últimos se circunscribían a ciertos protocolos relacionados con la seguridad de los pacientes: check list, planilla pase de guardia, parte quirúrgico y report diario del servicio. Aun así, emergieron algunas falencias y dificultades en la aplicación de tales herramientas por parte del personal sanitario.

Se pudo conocer también que no se aplicaba ninguna estrategia de gestión de la comunicación interna a nivel institucional para mejorar el desempeño del personal del Servicio de Cirugía, pese a las demandas de los instrumentadores quirúrgicos para ser más escuchados por sus jefes o de que existan reuniones periódicas de trabajo con el fin de organizar el funcionamiento del Servicio o evaluar el desempeño grupal y así mejorar el trabajo en equipo, el clima laboral y la seguridad del paciente.

Palabras clave:

Comunicación hospitalaria, gestión de la comunicación, Servicios de Cirugía.

Abstract

This research analyzes the communication process between the staff of surgical instrumentation and the medical staff of a Digestive Surgery and Abdominal Walls Service on the morning shift at a National Public Hospital (Bs. As., 2018). Few studies and the lack of evidence at the local level on the way in which communication is managed institutionally in the surgical field motivated the carrying out of this study.

To do this, a qualitative approach was adopted, with a descriptive scope, through a cross-sectional ethnographic design. Two techniques were used to collect the data: the in-depth interview and a focus group. The sample was made up of six key informants: two of them participated in the in-depth interview and four in the focus group.

When analyzing the information obtained, it was found that for health agent's in the Hospital informal communication processes prevailed over formal ones. The latter are limited to certain protocols related to patient safety: check list, guard pass sheet, surgical part and daily report of the service. Even so, some shortcomings and difficulties emerged in the application of such tools by health personnel.

It was also known that no internal communication management strategy was applied at the institutional level to improve the performance of the Surgery Service staff, despite the demands of surgical instrumentation to be more listened to by their bosses or their requests for there are periodic work meetings in order to organize the operation of the Service or evaluate group performance and thus improve teamwork, the work environment and patient safety.

Key word

Hospital communication, communication management, Surgery Services.

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción	7
2. Objetivos	10
3. Justificación	11
4. Estado del Arte	13
5. Marco Conceptual	17
6. Marco Institucional	38
7. Metodología	43
8. Análisis de Datos	49
9. Discusión y Conclusiones	75
10. Recomendaciones	81
11. Referencias bibliográficas	82
12- Anexos	91

1- INTRODUCCIÓN

La comunicación humana supone un proceso dinámico que se desarrolla a través del lenguaje, y cuya finalidad no es otra que, mediante la transmisión de mensajes y la creación de sentidos, establecer un vínculo con interpersonal, afectar e incidir en el comportamiento de los demás. El hecho de que sea una actividad básica y cotidiana en la vida del hombre no garantiza su efectividad, puesto que para ello se requieren ciertas actitudes, aptitudes y herramientas que no siempre ni en todas las circunstancias los interlocutores logran poner en juego.

Es por eso que las organizaciones, siendo un espacio de trabajo en el que convergen diferentes enfoques, posiciones, estilos y capacidades para la comunicación, requieren una adecuada gestión de la misma a nivel externo e interno. En relación a esto último, vale añadir, la comunicación no depende únicamente de un grupo de profesionales, sino que todas las personas de la organización deben contribuir con su desarrollo.

Por tal motivo, Dios Lorente y Jiménez Arias (2009) entienden la comunicación hospitalaria como un proceso transversal y multidireccional, que abarca a todos los agentes de salud y al personal de apoyo -administrativo y de limpieza-, sin importar jerarquía y roles dentro de la estructura hospitalaria; y al modo en que aquellos interactúan con los diferentes públicos que asisten a la institución -usuarios del sistema, familiares, proveedores-.

Hay que notar que la comunicación en instituciones de salud es un campo de desarrollo continuo, que en los últimos años ha alcanzado relevancia y profundidad al ser incorporado en las agendas de políticas de salud de las organizaciones. La conformación del mismo se remite a las décadas de 1960 y 1970 en los Estados Unidos y Europa, cuando se constituye en un “campo interdisciplinario que atrae la atención de académicos y especialistas con diferentes intereses teóricos y pragmáticos” (Petracci y Waisbord, 2011, p.10).

La concepción tradicional de la comunicación y su relación con la salud pública establece que la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Desde este enfoque la comunicación en salud aparece ligada a la producción y difusión de contenidos y noticias, dejando de lado otras cuestiones no menos importantes (Obregón, 2010), como podría ser el análisis del proceso comunicativo entre los profesionales que trabajan en dicho ámbito:

Una modalidad peculiar de la comunicación, con un alto significado e impacto en la asistencia médica enfocada hacia pacientes y familiares, lo constituye el proceso comunicativo entre trabajadores de cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud, matizado por la diversidad, los nexos e interrelaciones que se establecen entre estos, en función del cumplimiento óptimo de la tarea asignada (Dios Lorente y Jiménez Arias, 2009).

Lo dicho hasta aquí cobra mayor interés si la comunicación se indaga en una de las áreas más sensibles del ámbito hospitalario, como es el sector del quirófano. La comunicación en el ámbito quirúrgico con frecuencia se ve obstaculizada por diversos factores que dificultan el desempeño profesional y las relaciones interpersonales.

Así, por ejemplo, durante una intervención quirúrgica el proceso de la comunicación puede verse afectado por factores muy heterogéneos como la tensión asistencial, los tiempos que apremian, la falta de interpretación de lo que otro ha expresado, los ruidos que produce la circulación del personal, por mencionar solo algunos. Una comunicación poco clara en este sector puede tener consecuencias nefastas sobre la calidad de la intervención quirúrgica, además de elevar los niveles de estrés de los profesionales que se desenvuelven en ella.

En verdad, el ámbito quirúrgico es un área donde intervienen equipos multidisciplinarios -instrumentadores quirúrgicos, cirujanos, técnicos de rayos, técnicos de hemoterapia, personal de limpieza, camilleros, enfermeros de recuperación post anestésica, anesthesiólogos, técnicos de anestesia-, y en el

que los factores tiempo e incertidumbre juegan un rol fundamental en el proceso de atención al paciente.

Ahora bien, la presente investigación se circunscribió a indagar la producción e intercambios comunicativos, así como la calidad de tales procesos entre el personal de instrumentadores quirúrgicos y los cirujanos, es decir, los profesionales de la salud que lideran el equipo de trabajo en quirófano. En particular, y por cuestiones de conveniencia metodológica (Ver muestreo no probabilístico por conveniencia, p. 44 de este trabajo), se eligió el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de un Hospital Público Nacional de la prov. De Bs. As. Año en 2018.

1.1. Pregunta de investigación

- ¿Cómo se desarrolla el proceso de comunicación entre los profesionales médicos cirujanos y los instrumentadores quirúrgicos que trabajan en el ámbito del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018)?

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

- Analizar el proceso de comunicación entre el personal de instrumentadores quirúrgicos y el personal médico que desempeñan sus tareas en el ámbito quirúrgico del servicio Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018).

2.2 Objetivos específicos:

- Describir las situaciones de comunicación más frecuentes entre los profesionales (médicos-instrumentadores) que se desempeñan dentro del quirófano del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018).
- Determinar los factores que actúan como facilitadores o como obstaculizadores del proceso de la comunicación dentro del Servicio de Cirugía.
- Analizar de qué modo inciden las problemáticas de comunicación en el desempeño de las tareas profesionales dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018).
- Analizar las herramientas de comunicación vinculadas a la seguridad del paciente que se implementan en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del Hospital.

- Conocer las tácticas implementadas desde la gestión de la Coordinación de Quirófanos del Hospital para promover y desarrollar la comunicación dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del Hospital.

3 - JUSTIFICACIÓN

La importancia de la temática elegida en este trabajo -la comunicación en el medio quirúrgico- se pone de manifiesto al constatar los escasos estudios y la falta de evidencias a nivel local sobre el modo en que se la gestiona institucionalmente, las características que adquieren los procesos comunicacionales entre los profesionales que trabajan en ese ámbito, y el tipo de comunicación que se produce entre el personal de salud y los usuarios o su familia.

Visibilizar la comunicación hospitalaria como práctica social, en particular la que ocurre en el sitio quirúrgico, permite profundizar en un aspecto muchas veces relegado en el trabajo cotidiano de los Centros de salud de alta complejidad. Vale decir que este esfuerzo por estudiar y comprender en mayor profundidad la comunicación en el sitio quirúrgico se encuentra en línea con las publicaciones más recientes sobre seguridad del paciente y calidad de atención en el ámbito del quirófano (OMS, 28/05/2019; OMS, 13/09/2019; Rocco y Garrido, 2017; JCI, 2013).

En cuanto al enfoque de la investigación, el problema de la comunicación en el sitio quirúrgico se aborda desde un paradigma de la complejidad (Díaz y Uranga, 2011), que integra múltiples y variados aspectos, cuyo centro siempre es la seguridad del usuario y las estrategias implementadas para alcanzar dicho objetivo, pero que también ha de incluir, si verdaderamente se pretende una comunicación efectiva y asertiva, la promoción del trabajo en equipo, la empatía y diálogo constante entre los miembros del equipo, la aplicación de diversas habilidades sociales y la influencia de líderes con capacidad de motivación y dirección organizacional, el diseño de protocolos y métodos para reducir la incertidumbre y administrar adecuadamente los tiempos en el

intercambio de información y en la situación de comunicación que se establece (Alcuaz Caballero y Portas Badosa, 2015; Sánchez, 2011).

En este sentido, la investigación se concentra en un elemento de vital importancia para un tratamiento holístico del tema: el aspecto humano del trabajo en equipo y la comunicación en el quirófano, explorando las vivencias cotidianas que allí se generan desde la percepción de testigos privilegiados, a saber, los instrumentadores quirúrgicos.

En cuanto a la relevancia práctica de la investigación, y teniendo en cuenta que la comunicación hospitalaria supone diversos componentes y niveles de análisis -espacios de conflictos, tensiones en la transmisión de mensajes, contra mensajes, relaciones de poder, por mencionar algunos-, los resultados obtenidos podrían contribuir en la toma de decisiones por parte de las autoridades correspondientes, en particular las que se encargan de la Coordinación de Quirófanos del Hospital, para mejorar la cultura organizacional en relación a los procesos comunicacionales que allí tienen lugar.

4- ESTADO DEL ARTE

En el presente capítulo se exponen los resultados de diversos estudios sobre la comunicación en el sitio quirúrgico. Para la búsqueda de información se consultaron los siguientes repositorios digitales o bases de datos: Cochrane, Library, Medline, Pubmed, DYNAMED, Micromedex, Redalyc, Base-search y EBSCO.

La bibliografía cuya temática central es la comunicación en el ámbito hospitalario tiende a colocar en primer plano la comunicación entre el personal de salud y los enfermos a los efectos de mejorar la calidad de atención y maximizar la seguridad del paciente (Bejarano Ramírez, 2015, Levinson et al., 2017; Ramírez et al., 2017), quedando en un segundo plano el examen de la comunicación entre los miembros del personal de salud, tanto a nivel horizontal como vertical y sus efectos en el clima laboral.

En verdad, los procesos de comunicación interpersonal están presentes en todas las actividades en que interviene el ser humano, dentro de las cuales se encuentran las áreas de atención a la salud. El personal de salud no siempre utiliza habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para relacionarse entre sí y con sus pacientes.

Algunos estudios han intentado evaluar la comunicación en el ambiente quirúrgico. Según Beltrán (2007), el éxito o fracaso de cualquier tipo de atención en salud depende de las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal que los/as profesionales de salud puedan tener para proporcionar un adecuado servicio a los/as pacientes.

Sánchez et al. (2013) afirman que la comunicación en las salas de cirugía reviste especial importancia por ser un punto crítico para los pacientes, dado el

impacto que tiene tanto en su morbilidad como en la prolongación de su estadía en el Centro de salud.

Asimismo, los autores reconocen que la comunicación es un aspecto relevante a considerar en el ámbito quirúrgico porque incide sobremanera en la atención del paciente y en las relaciones entre los diferentes grupos de trabajo que interactúan durante las intervenciones quirúrgicas.

Por cierto, los errores de comunicación son una de las principales causas de eventos adversos. En hospitales donde el mismo personal de trabajo en salas de cirugía califica la comunicación como alta o buena, se ha demostrado una menor tasa de aparición de eventos adversos (Sánchez et al., 2013).

Además, la comunicación interpersonal en el ámbito quirúrgico está relacionada con la satisfacción laboral. En este sentido, Fuentes Pérez (2015) sostiene que la relación interpersonal y con la supervisión en los centros quirúrgicos debe ser la adecuada porque ambas aumentan el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo; y se convierte en un factor protector del desgaste profesional.

Algunos de los trabajos publicados sobre comunicación en el ámbito quirúrgico se focalizan en la utilización de ciertos instrumentos diseñados con el fin de favorecer la interrelación profesional en el quirófano.

Así, por ejemplo, Torres Manrique et al. (2016) midieron el nivel de cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en un hospital de España, efectuando un análisis comparativo de dos instrumentos de registro: la hoja circulante (HC) y la lista de verificación quirúrgica (LVQ), sobre registros intraquirúrgicos de 3024 pacientes de Cirugía de Ortopedia y Traumatología: 1732 pacientes atendidos en 2009, cuyas operaciones se registraron con el modelo de HC, cumplimentada al finalizar la intervención, y 1292 pacientes operados en 2010, cuyas intervenciones fueron registradas con el modelo de LVQ (Checklist) durante su desarrollo en tres tiempos o etapas.

El registro intraquirúrgico que mayor porcentaje de cumplimentación tuvo de manera global fue la HC. No obstante, en ambos tipos de registros se encontró la necesidad de mejorar su cumplimentación. En la HC los ítems que debían mejorarse eran el registro de vías canalizadas y sobre todo las muestras y tipos

de muestras. En cambio, en la LVQ se juzgó necesario mejorar la correcta cumplimentación de los ítems de firma del cirujano y de alergias del paciente. Esto último debería ser primordial por las posibles complicaciones que la ignorancia de este dato puede suponer para el paciente. Los desajustes en porcentajes de cumplimentación podrían ser atribuibles a la cultura de falta de participación en la cumplimentación de registros hospitalarios.

A propósito de esto último, un estudio realizado por Franco Puente (2018) cuyo tema era la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Regional de Medicina Tropical (La Merced, Perú), evidenció que para la mayoría de los participantes la LVQ era valorada positivamente, aunque para algunos resultaba un obstáculo porque perjudicaba el ritmo de trabajo en el quirófano al presentar muchos ítems para completar. Los miembros del equipo quirúrgico, a su vez, sugirieron una modificación de la cantidad de ítems a completar y sostuvieron que resultaba necesario la existencia de capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la LVQ.

Por su parte, Chung Luna y Huarcaya Vaca (2017) efectuaron una revisión bibliográfica con el fin de evaluar la eficacia de estrategias para mejorar la comunicación del personal de salud en Centros quirúrgicos. Se encontró que todos los artículos analizados consideraban que la estrategia más eficaz para mejorar la comunicación del personal de salud en un centro quirúrgico era la intervención educativa desarrollada bajo diferentes metodologías; que los participantes en una cirugía debían percibir un clima de seguridad y trabajo en equipo en el quirófano; y que era menester el entrenamiento del personal en el uso de competencias y actitudes hacia el trabajo en equipo para fortalecer en forma positiva la percepción de la comunicación.

También Amaya Arias et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si un programa de entrenamiento podía mejorar el trabajo en equipo en las salas de cirugía y obstetricia de una institución de salud. El programa de entrenamiento era multifase y multimétodo, el cual se midió aplicando el instrumento OTAS-S en 40 procedimientos quirúrgicos en las etapas pre y pos intervención. La capacitación fue dada al 80% de la población. Entre las intervenciones realizadas había un taller de 4 horas en el que se usó material

audiovisual sobre temas como la seguridad de paciente, trabajo en equipo, habilidades no técnicas como la comunicación, cooperación, coordinación, liderazgo, uso efectivo de check list.

Se realizaron análisis descriptivos de los datos obtenidos en cada etapa y se determinó la efectividad a partir de la comparación de los puntajes obtenidos. Los resultados obtenidos permitieron concluir que todas las fases quirúrgicas -pre, intra y pos-, comportamientos -comunicación, coordinación, cooperación, liderazgo y conciencia situacional- y subequipos -cirujanos, instrumentadores, anestesistas, enfermeros-presentaron mejoras de 2 o más puntos en los puntajes promedio obtenidos. Se encontraron diferencias significativas en todas las comparaciones: puntaje total, por servicio, fase quirúrgica, comportamiento y sub-equipos; las dos unidades analizadas -Cirugía y Obstetricia- mostraron una mejora notable y similar.

Por otro lado, Bethune Pullyblank, Sahu, Cawthorn y Sasirekha (2011) estudiaron el uso de sesiones informativas como herramienta para mejorar el trabajo en equipo, la eficiencia y la comunicación en el quirófano en un hospital distrital de Reino Unido. El personal consideró que las sesiones informativas sirvieron para reconocer problemas potenciales, mejoraron la cultura de equipo y condujeron al cambio organizacional.

Las sesiones informativas en reuniones del grupo de trabajo tuvieron un impacto positivo en el desempeño laboral y la comunicación. Las listas funcionaban más eficientemente y las intervenciones de sesiones informativas no demoraban los tiempos. Los briefings -anglicismo que se usa para denominar a tal tipo de sesiones- generaban una sensación de equipo entre el personal y así mejoraban el ambiente de trabajo.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, la revisión de los antecedentes permite concluir que las buenas prácticas quirúrgicas se basan cada vez más en la gestión continua y cuidadosa de la comunicación, atendiendo que de ella depende no solo el buen clima laboral y el desarrollo de relaciones interpersonales significativas, sino particularmente el desempeño profesional del personal de salud, la calidad del trabajo en equipo y, en consecuencia, la seguridad del paciente.

5 - MARCO CONCEPTUAL

En esta sección se expone el marco conceptual construido para abordar el análisis de los datos obtenidos en el campo. Los ejes desarrollados se eligieron en función de las categorías que derivan directamente de los objetivos de la investigación, vinculados todos ellos al proceso de comunicación entre el personal médico y los instrumentadores quirúrgicos de Servicio de Cirugía hospitalario.

Para ello se parte de la definición de **procesos comunicacionales** como un conjunto de prácticas de enunciación que tejen los actores sociales en sus relaciones cotidianas y desde sus posiciones de poder, a través de las cuales expresan demandas y satisfacen sus necesidades. Se proyecta esta concepción a las **prácticas organizacionales**, manifestando que la comunicación es el mecanismo esencial mediante aquellas consiguen sus metas y objetivos (5.1).

A continuación, se enfatiza el papel de la **comunicación interna y externa** en el ámbito hospitalario, así como **diversas tipologías en las que puede clasificarse** para su estudio pormenorizado (5.2). Se destaca el valor de las relaciones interpersonales o afectividad como base de los **intercambios de información en los equipos de trabajo** (5.3), y se describen los distintos **factores que condicionan la efectividad de los procesos comunicacionales** en los Centros de Salud en general (5.4), y **en los Servicios de Cirugía en particular** (5.5).

Seguidamente se procede a reflexionar sobre **la incidencia de los procesos comunicacionales en la seguridad del paciente quirúrgico**, revisando allí

algunas de las normas y medidas operativas que existen para garantizar la calidad de atención médica, disminuir las posibilidades de error y optimizar el desempeño profesional antes, durante y después de una intervención quirúrgica (5.6).

Finalmente, se enumeran diferentes **propuestas de gestión comunicacional para el área quirúrgica** que suelen aparecer en la bibliografía sobre el tema. En otras palabras, se busca conocer las prácticas de comunicación interna que los especialistas proponen para mejorar el desempeño de los equipos quirúrgicos (5.7).

5.1 Procesos comunicacionales: una aproximación conceptual

La palabra comunicación deriva del latín *communis*, que significa lo que es o existe de manera común, en unión con otro. Quien comunica busca establecer una relación con aquel o aquellos a quienes transmite un mensaje. Por lo tanto, se puede decir que toda forma de comunicación humana consiste en la transmisión de información y entendimiento entre al menos dos personas mediante el uso de símbolos compartidos, verbales o no verbales (Gibson, Donnelly, Ivancevich y Konopaske, 2006).

Con todo, Uranga (2018) prefiere el término procesos comunicacionales en lugar del vocablo comunicación para referirse a las prácticas de comunicación que se verifican y pueden ser reconocidas en el contexto de las prácticas sociales, protagonizadas por actores, individuales o colectivos, en permanente dinamismo y situados en proyectos, en organizaciones, en instituciones, en la vida cotidiana.

En efecto, las prácticas sociales pueden ser vistas, desde lo comunicacional, “como **prácticas de enunciación que se van construyendo a través de las narraciones, y mediante el desarrollo de habilidades y técnicas expresivas**” (Uranga, 2016, p. 27-28).

La utilización del término procesos comunicacionales así entendido privilegia una concepción de la comunicación que se apoya principalmente en las relaciones y en las interacciones entre los sujetos que son actores de la misma. De esta manera, “los procesos comunicacionales hacen referencia a los

actores, a espacios de necesidades y demandas comunicacionales vinculadas con las prácticas que se verifican en la sociedad” (Uranga, 2018, p. 2).

La comunicación deviene un requisito indispensable para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes en su progreso social.

Casales (1989) plantea que al ser uno de los aspectos medulares de cualquier tipo de actividad humana, así como condición para el desarrollo de la individualidad, la comunicación refleja la necesidad objetiva de asociación y cooperación mutuas entre las personas.

Según Águila Ribalta (2005) existen tres aspectos ligados indisolublemente a la comunicación:

- **Aspecto comunicativo:** intercambio de información, ideas y criterios entre los participantes en la comunicación.
- **Aspecto interactivo:** intercambio de ayuda y concurso en la comunicación, relacionados con acciones de planificación de la actividad.
- **Aspecto perceptivo:** proceso de percepción de los comunicadores, es decir, cómo se perciben ambos en el proceso de comunicación, de lo cual dependerá la comprensión y efectividad en el intercambio comunicativo.

A su vez, cada uno de los aspectos mencionados se corresponde con alguna de las siguientes funciones de la comunicación:

- **Función informativa:** comprende el proceso de transmisión y recepción de la información, pero viéndolo como un proceso de interrelación. A través de ella, el individuo se apropia de experiencia socio histórico de la humanidad.
- **Función afectivo-valorativa:** es muy importante en el marco de la estabilidad emocional de los sujetos y su realización personal. A través de esta función. El hombre se forma una imagen de sí y de los demás.
- **Función reguladora:** por su intermedio se logra la retroalimentación que tiene lugar en todo el proceso comunicativo y sirve para que cada

participante conozca el efecto que ocasiona su mensaje y para que pueda evaluarse a sí mismo.

En el ámbito organizacional, los procesos comunicacionales se vuelven el entramado fundamental para entender cómo sus actores cumplen y desarrollan los fines y objetivos de la organización. Por eso dice Ongallo (2007) que **la comunicación domina la actividad organizacional**, porque mediante dicho proceso las organizaciones se desarrollan y alcanzan sus metas y objetivos. Cada empleado participa continuamente en el proceso de comunicación y se ve afectado por él. Para los administradores, poder comunicarse de una manera eficaz es una habilidad fundamental debido a que sus funciones de planeación, organización y control se vuelven operativas sólo si se comunican.

En el contexto de una estructura organizacional la información puede fluir en forma ascendente y descendente -verticalmente-, de un lado a otro -horizontalmente- y en forma descendente y de un lado a otro -diagonalmente- (Gibson et al., 2006).

A su vez, la comunicación dentro de las organizaciones tiene cuatro funciones principales: control, motivación, expresión emocional e información (Robbins, 2004).

La comunicación actúa de varias maneras para **controlar** el comportamiento de los miembros. Las organizaciones tienen jerarquías de autoridad y lineamientos formales que se exige que los empleados sigan. Por ejemplo, cuando a los empleados se les pide que primero le comuniquen cualquier asunto relacionado a su jefe inmediato, que sigan la descripción de su puesto o que cumplan con las políticas de la compañía.

Sin embargo, la comunicación informal también controla el comportamiento. Cuando los grupos de trabajo hostigan a un miembro que produce demasiado -quien hace que se vea mal el resto del grupo- se están comunicando informalmente con él y controlando su comportamiento.

La comunicación impulsa a la **motivación** porque aclara a los empleados lo que se hace, qué tan bien se hace y lo que puede hacerse para mejorar el desempeño, si éste fuera insatisfactorio.

La última función que ejecuta la comunicación se relaciona con su rol para facilitar la **toma de decisiones**. Proporciona la información que los individuos y grupos necesitan para tomar decisiones por medio de la transmisión de datos para identificar y evaluar las alternativas de selección.

Ninguna de estas cuatro funciones es más importante que las otras. Para que los grupos se desempeñen con eficacia, necesitan mantener cierta forma de control sobre sus miembros, estimular a éstos en su desempeño, proporcionar un medio para la expresión emocional y elegir una decisión.

5.2 La comunicación en el ámbito hospitalario

Díaz y Uranga (2011) conciben la salud como un fenómeno social, “una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos, una práctica social atravesada por procesos comunicacionales” (p. 115). Los hospitales son instituciones complejas que están formadas por subsistemas interrelacionados que trabajan de forma coordinada y conjunta, y en donde se desempeñan personas que desarrollan distintas tareas.

Por ello, cuando se abordan los procesos de comunicación en el ámbito de la salud debe considerarse el conjunto de todos los actores, sus interacciones, el contexto en el que estas ocurren y el nivel o escala en la que se dan dichos procesos (Medina Aguerrebere, 2012). En otras palabras, **todas las interacciones sociales dentro del contexto hospitalario deben ser consideradas “relaciones de comunicación”**, sea cual sea la característica que adopten (Pelitti, 2016).

La concepción tradicional de la comunicación y su relación con la salud pública establece que la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud (Pelitti, 2016).

Desde ese enfoque la comunicación en el campo de la salud está ligada a la producción y difusión de contenidos y noticias que faciliten la participación de

diversos grupos sociales en la mejora de sus condiciones de salud (Obregón, 2010).

Pero la dinámica comunicacional hospitalaria no solo es externa sino también interna. La base de la dinámica externa está constituida por la relación real, concreta más rica y más amplia que las formas organizativas. En cambio, la dinámica interna está integrada por las variadas relaciones entre los miembros del equipo (Weinstein, 1974).

La comunicación interna adquiere un valor estratégico (Sánchez Carvajal, 2017), ya que influye de modo positivo en los integrantes del Hospital (público interno), en los pacientes (público externo) y en la Institución en su conjunto. Ofrece información sobre distintos ámbitos que les ayuda a los empleados a ser más eficaces en su trabajo; contribuye a crear un ambiente agradable donde la cohesión social prima, y pondera los objetivos en equipo (Hospital Italiano, 2013).

Según García Castañeda (2012), **la comunicación interna puede clasificarse en formal e informal.** La formal se refiere a la comunicación que sigue la cadena oficial de mando para que alguien realice un trabajo. Es cualquier comunicación que ocurra dentro de los planes laborales organizacionales prescritos se clasificaría como formal.

Robbins y Coulter (2005) indican que los **flujos** en que se da esta información son **verticales**, cuando parten de algún miembro de un organismo administrativo de un nivel distinto al del destinatario; **horizontales**, cuando se establece entre miembros de un mismo nivel jerárquico, y en donde no hay presencia de autoridad. Este tipo de comunicación sirve para evitar procesos burocráticos y lentos en una organización (Ocampo, 2011).

Los flujos verticales, a su vez, pueden ser **ascendentes o descendientes** (Robbins y Coulter, 2005):

- **Descendente:** Es aquella que se realiza de arriba hacia abajo en la jerarquía. Es cualquier comunicación que fluye de un gerente a un empleado es una comunicación descendente. Se usa para informar, dirigir, coordinar y evaluar a los empleados. Las herramientas para esta comunicación son:

- ✓ Tablones de anuncios.
 - ✓ Periódico interno.
 - ✓ Carta al personal.
 - ✓ Jornada de puertas abiertas.
 - ✓ Reuniones de información.
 - ✓ Entrevista individual.
- Ascendente: Es aquella que se realiza desde abajo hacia arriba en la jerarquía. Aquí los gerentes dependen de sus empleados para obtener información. Los gerentes reciben informes para estar al tanto del avance hacia el logro de los objetivos y de cualquier problema existente. Si los gerentes han creado un ambiente de confianza, respeto y usan la toma de decisiones participativa, habrá una importante comunicación ascendente en beneficio de la cultura organizacional. Las herramientas para esta comunicación son:
- ✓ Entrevista.
 - ✓ Programa de sugerencias.
 - ✓ Sección en el periódico interno.
 - ✓ Correo electrónico.
 - ✓ Buzón de sugerencias.
 - ✓ Intranet.

Por su parte, **la comunicación informal es la comunicación organizacional que no está definida por la jerarquía estructural de la organización.** Este tipo de comunicación actúa como un filtro y un mecanismo de retroalimentación que selecciona los asuntos que los empleados consideran relevantes. La comunicación informal cumple dos propósitos en las organizaciones: a) permite a los empleados satisfacer su necesidad de interacción social; b) puede mejorar el rendimiento de una organización al crear canales de comunicación alternativos y a menudo mucho más rápidos y eficientes.

Entre las causas de la comunicación informal, Robbins y Coulter (2005) identifican las siguientes: inseguridad -su percepción incrementa las probabilidades de comunicación informal-; falta de información -cuando se carece de información los individuos tienden a completarla como sea-; y el interés personal, que puede deformar el contenido objetivo de una información.

A su vez, la comunicación informal se relaciona con el rumor, cuya divulgación no parece seguir un patrón uniforme. **El rumor tiene valor porque identifica temas que los empleados consideran importantes.** Actúa como filtro y como mecanismo de retroalimentación, refleja los miedos y las preocupaciones de los empleados, así como la falta de información sobre alguna situación (Zepeda, 1999).

Por otra parte, es importante aclarar que en **el modelo de salud piramidal** la comunicación es descendente, autoritaria y verticalista. Este modelo **establece una relación entre el saber y el poder, en el que los profesionales tienen todo el saber técnico y científico**, quedando fuera los factores sociales y culturales de los usuarios que acuden a la consulta médica.

Por otro lado, **los procesos de comunicación circulares**, en oposición al modelo piramidal anteriormente mencionado, **son más convocantes, inclusivos y humanos, dado que permiten la interacción entre usuarios y trabajadores** de modo que la consulta, el diagnóstico y la curación sean posibles a través del diálogo entre los actores.

Dicho todo lo anterior, resta agregar que cualquiera sea la forma de comunicación que prime en una institución sanitaria, **los procesos comunicacionales que allí se desarrollan tienen influencia directa en la cultura organizacional del Centro de salud.** La cultura es, por cierto, aquello que distingue y otorga identidad a un grupo humano, la forma en cómo interactúan los integrantes del grupo entre sí y con los de fuera, y el modo como acostumbran realizar lo que hacen (Carrada, 2002).

Las relaciones humanas son esenciales para afrontar y superar los múltiples condicionamientos sociales y médicos que se derivan de la actividad hospitalaria. Es en ese contexto que adquieren todo su valor los grupos de comunicación, no porque su presencia equivalga a la solución de todos los

problemas, sino porque facilita el análisis de todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente o el clima laboral, pudiendo afectar a un equipo o al hospital en su conjunto (Weinstein, 1974).

5.3 Factores que condicionan la comunicación hospitalaria en general

Los procesos comunicativos entre los trabajadores de cualquier nivel del sistema de salud tienen un impacto directo en la asistencia médica enfocada hacia pacientes y familiares. Entre los **elementos que regulan esta comunicación**, sobresalen las siguientes: a) defensa psicológica continua; b) nivel técnico y profesional; c) actividades laborales según perfiles de especialización; d) cultura general integral; e) autoridad y poder de decisión; f) habilidades comunicacionales, g) nivel de relaciones interpersonales satisfactorio; h) personalidad y afectividad; i) tópicos de debate; j) condiciones laborales (Dios Lorente y Jiménez Arias, 2009).

De manera particular, la **defensa psicológica** opera como un mecanismo que emplea el trabajador y que se manifiesta en forma de interrogantes que se originan en él respecto a qué piensan los demás de su persona, cómo lo valoran, en qué medida está demostrando su competencia técnica y profesional, si sus talentos se equiparan a los del resto del grupo de trabajo, por poner algunos ejemplos.

Tales inquietudes conducen al trabajador de la salud a inhibirse y no desplegar todo su potencial comunicacional en su medio laboral, ya sea con el personal de planta o con los pacientes. La presencia de tales mecanismos representa un obstáculo o barrera para que la comunicación interna fluya con normalidad.

En relación al **nivel técnico y profesional**, los trabajadores más capacitados se convierten en líderes de la comunicación en su colectivo, generalmente por encima de todos (incluye a sus jefes), porque precisamente esta cualidad atrae e inspira a todos:

En salud, tal vez este aspecto sea el que defina desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo el proceso de la comunicación; su expresión se objetiva en pases de visita, discusiones de grupos, actividades docentes centrales, piezas en fresco clínico patológicas, reuniones administrativas

y asambleas generales, donde los más calificados y con mayor dominio técnico exponen sus experiencias, ayudan a esclarecer problemas cotidianos, influyen en el colectivo y delinear la comunicación, la enriquecen, ayudan a que mantenga un buen ritmo, la encausan, la cuidan, la fortalecen y proyectan patrones, muchas veces seguidos por los más jóvenes, a quienes estimulan y forman (Dios Lorente y Jiménez Arias, 2009, p. 8).

En cuanto a los **perfiles de cargo**, los mismos influyen en la armonía de la comunicación entre trabajadores de la salud, expresan el desarrollo de la comunicación por sectores más específicos y organizados, por lo cual mejoran técnicamente el lenguaje verbal, lo hacen más sólido y efectivo. Con todo, los perfiles de especialización regulan decisivamente la comunicación específica en salud, no la general, pues cuando se atiende integralmente a un paciente en equipo, se adoptan las mejores decisiones para su beneficio.

Es importante señalar que **en las estructuras verticalistas**, de carácter autoritario, donde todo tiende a realizarse a través del poder ejercido por algunos jefes o dirigentes, **se abole la premisa de que la comunicación es la base de las relaciones entre personas**. En estos casos se torna más visible aquello de que en un proceso de comunicación la manera de producir mensajes y difundirlos depende de la calidad y el clima de las relaciones de trabajo que se encuentran en la organización (Dios Lorente y Jiménez Arias, 2009).

Otro aspecto que incide sobremanera en los procesos comunicativos es el tipo de estilo comunicacional que los interlocutores posean. El **estilo comunicativo** es la forma particular de expresarse verbal y no verbalmente que tiene un individuo para con los demás, y que responde a las características de la personalidad del emisor. De allí que sus manifestaciones verbales están determinadas por: su modo de articular, de comunicarse y emitir mensajes, su capacidad de escucha, las modalidades conversacionales, su compasión, su humanidad y su ternura.

Sánchez (2011) analiza los estilos comunicativos aplicados en el contexto sanitario destacando tres estilos: agresivo, pasivo y asertivo. El **estilo comunicativo agresivo** es común en sujetos que manifiestan sus derechos,

sentimientos, emociones, discernimientos, etc., infravalorando y desestimando los de los demás.

El **estilo comunicativo pasivo** se caracteriza por ser totalmente opuesto al anterior. Se da en sujetos a quienes se les dificulta expresarse ante los demás porque se sienten inferiores y menospreciados. No les gusta enfrentarse a la gente y por complacerles son capaces de anteponer sus derechos.

Finalmente, el **estilo comunicativo asertivo** es característico de individuos que manifiestan sus emociones, deseos, necesidades y opiniones de una forma apropiada y sin dañar a las demás personas. Son sinceras en sus intervenciones y expresan sus sentimientos sin ser influenciados por los demás. Son individuos que respetan sus derechos sin atentar contra los de los otros; son empáticos y comprenden que puede haber otros puntos de vista diversos al suyo.

Un autor que sintetiza los diversos factores arriba mencionados es Zayas (2010), quien refiere las siguientes **barreras comunicativas**:

- a) Sujeto de la comunicación: características emocionales y personales del sujeto (emisor o receptor), escasez del dominio del tema abordado, no confiar en la finalidad del mensaje, ausencia de interés del receptor por la información.
- b) Mensaje: caracterizado por inadecuación, inexactitud, excesivo o escaso.
- c) Canal: inadecuación y ausencia de claridad en la selección de los medios usados.
- d) Retroalimentación: inexistencia de esta.
- e) Entorno: ambiente, escasez de tiempo, circunstancias desfavorables.
- f) Barreras físicas: se incluyen aquí los ruidos en la comunicación producidas por el contexto como sonidos ambientales, lejanía entre los interlocutores, obstáculos en el espacio físico o la calidad de la emisión vocal, por mencionar algunos.
- g) Barreras culturales: relacionados con las diferencias lingüísticas de los interlocutores. Refiriéndose como dificultades derivadas del conocimiento e

interpretación de las palabras utilizadas en el acto comunicativo, es decir, emisor y receptor deben compartir el mismo código.

- h) Barreras psicológicas: es muy relevante en esta investigación, ya que hacen referencia a como se sienten el sujeto en el momento en el que se produce el acto comunicativo y como su estado durante la comunicación afecta al normal desarrollo del mismo. Están determinadas por las emociones, sentimientos, actitudes, pensamientos, motivaciones, deseos, percepciones, etc. Las personas que se encuentran en un mal momento emocional, tenderán: a no tener una plena lucidez comunicativa, a malinterpretar y a recibir y transmitir información desajustada.

5.4 Factores que inciden en la comunicación dentro de un Servicio de Cirugía

Diversos estudios sobre la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico afirman que en el quirófano convergen tanto **comunicación verbal como no verbal**, las cuales pueden verse afectadas por un conjunto de factores que, o las facilitan o las perjudican. Dentro del primer grupo se encuentran la claridad de expresión y la escucha, el respeto, la conciencia de la situación, la experiencia y la confianza (Alcuaz Caballero y Portas Badosa, 2015).

Nestel y Kidd (2006) concluyeron que para transmitir información de manera verbal es importante la **claridad en la expresión y la escucha**. La claridad depende en gran medida de que la información se transmita de forma completa. La información clara reduce los riesgos de que interpretaciones erróneas.

Pero no solo es importante el qué se dice, sino cómo se dice. Por eso **el respeto constituye un factor fundamental para favorecer la comunicación** (Nestel y Kidd, 2006). En este sentido, los gestos pueden hacer que la información carezca de respeto. A su vez, tanto para que la comunicación verbal como la no verbal sea eficaz es importante que los miembros del equipo tengan **conciencia de la situación**, y para ello los profesionales deben

observar, escuchar atentamente y comprender lo que sucede de manera constante.

Todo ello permite mantener activa la atención durante el tiempo que dure el proceso quirúrgico, y poder proveer una respuesta más ágil a los posibles eventos adversos. Según Weldon et al. (2013), esta capacidad se va adquiriendo y perfeccionando a lo largo de los años cuando los profesionales ya tienen un cierto grado de experiencia y de saber. Además, es más fácil que la comunicación no verbal sea efectiva cuando los compañeros tienen experiencia acumulada de trabajo en equipo.

La experiencia en equipo va aquilatando la confianza interprofesional, es decir, el sentimiento de que los demás miembros saben lo que tienen que hacer y que lo harán correctamente. De esta manera, aumenta el bienestar laboral, el rendimiento y la satisfacción. Además, solo en un clima de confianza es posible que los profesionales participen de reuniones y aporten opiniones o ideas (Rydenfält et al., 2012).

La personalidad también tiene incidencia en la comunicación interprofesional, tal como se ha indicado arriba al explicar los diferentes tipos de estilos comunicacionales, pues no todos tienen los recursos para expresarse convenientemente. Existen personas que son menos proclives al diálogo o a socializar; algunos tienden al autoritarismo o a autoafirmar sus opiniones por encima de los demás. De aquí la importancia de que los miembros de un equipo sean capaces de conocerse y entenderse (Gillespie et al. 2010). Al respecto, señala Weinstein (1974):

En un acto quirúrgico hay necesidad de seguir pautas fijas e instrucciones de autoridad, pero al mismo tiempo es esencial escuchar sin presiones, flexiblemente, las confidencias de los enfermos o miembros del equipo. Se trata de un área de frecuentes conflictos en que se acentúa esta vertiente básica de propensión al conflicto por la conocida presencia de una fuerte proporción de personalidades autoritarias en el medio de médicos y enfermeras, y por las diferencias en líneas de autoridad administrativas, científicas y gremiales (p. 386-387).

Otros factores que inciden en la comunicación dentro del sitio quirúrgico son el ruido, el uso de mascarillas, la falta de claridad acerca de los roles de cada miembro, las diferentes percepciones que existen acerca de la comunicación y del trabajo en equipo, las relaciones de poder y la diversidad interdisciplinaria (Alcuaz Caballero y Portas Badosa, 2015).

El ruido afecta la comunicación verbal en el quirófano. Puede ser de dos clases: el **ruido creado por los aparatos técnicos** y los **ruidos generados por el propio personal** del equipo. La presencia de este elemento incrementa las posibilidades de distracción en el equipo de trabajo, los niveles de estrés (MacLean, Dixon & Ball, 2013).

Un factor amortiguador de la situación descrita es la comunicación no verbal, uno de cuyos métodos es la expresión facial. Como la nariz y la boca permanecen tapadas como consecuencia del uso de mascarillas, resulta importante fijarse en la información transmitida mediante la mirada. El lenguaje corporal también es de gran utilidad. Por eso es importante fijarse en los movimientos para interpretar lo que sucede y ser capaces de anticiparse a los hechos.

Las **confusiones de rol** se producen cuando no existe claridad entre los miembros del equipo acerca de cuáles son las competencias de cada uno (Weldon, Korkiakangas, Bezemer & Kneebone, 2013). Por eso es menester **fijar las competencias de cada profesional para verificar que cada uno realice sus tareas y garantizar la seguridad del paciente.**

También es importante que los profesionales tengan **percepciones similares acerca de cómo es el trabajo en equipo y la comunicación**, pues como describen algunos autores, surgen disparidades al respecto entre los miembros del equipo de salud. En un estudio realizado por Wauben et al. (2011), los cirujanos percibían la comunicación y el trabajo en equipo mejor que las enfermeras y anestesistas, siendo las enfermeras las que peor percepción tenían. Si los miembros del equipo quirúrgico tienen percepciones desiguales acerca de cómo está funcionando la comunicación interna, resultará difícil colaborar para optimizar los procesos de comunicación desarrollados dentro del quirófano.

Para finalizar, se hace referencia a la **diversidad interdisciplinaria** entre los miembros de un mismo equipo como otro de los factores que condicionan la comunicación. El ámbito quirúrgico se caracteriza por la participación multidisciplinaria de profesionales, pero ello supone diversidad de lenguajes y niveles de formación que complican la interacción (Anaya Prado, Medina Portillo y Pérez Navarro, 2011).

5.5 Comunicación en el quirófano y seguridad del paciente

Para la Joint Commission (2004; citado en Bustamante Galarza, Castro, Cívico y Méndez, 2016) **la carencia de comunicación efectiva es la primera causa de los errores adversos en el campo de la salud**. Los errores relacionados con la comunicación son más frecuentes en áreas críticas -emergencias, cirugía o unidades cerradas- donde la urgencia en asistir al paciente prima, incrementando el riesgo al error.

En 2004 la Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) desarrolló una estrategia que se basa en la aplicación de un protocolo universal, desarrollado bajo los principios de prevención, participación activa y comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico. Este protocolo universal fue diseñado para garantizar que todo el personal se concentre en el paciente antes de iniciar la cirugía y asegurar que todo el equipo está de acuerdo en que se está haciendo el procedimiento correcto, al paciente correcto y en el lado correcto del cuerpo (Guamán Ludeña, 2015).

En verdad, uno de los determinantes de la calidad de la atención sanitaria es, precisamente, el error médico (EM), muy por encima de la mala práctica (MP) o las condiciones del paciente, por lo que requiere una vigilancia especial (Ramos Domínguez, 2005). El EM puede ser definido como aquel acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el problema real de salud que presenta el paciente, pero que no está ligado a la imprudencia, impericia, infracciones o mala praxis del profesional (Martínez, Borroto e Iglesia, 1986).

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente, aquellas dadas por teléfono o la información de

resultados críticos de análisis, como cuando el laboratorio clínico llama a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado de forma urgente (Ramírez Arias et al., 2011).

Según Guamán Ludeña (2015), **el protocolo de la JCAHO fue diseñado para reducir los riesgos de EM**, mejorando la seguridad de los pacientes en todo tipo de proceso quirúrgico dentro y fuera de la sala de cirugía al estandarizar procedimientos que facilitan la coordinación y comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. La estrategia se basa en tres elementos fundamentales:

- **Proceso de verificación pre-quirúrgica:** antes de realizar el ingreso o inducción del paciente a la sala de cirugía se debe asegurar que todos los documentos y estudios clínicos relevantes del paciente estén disponibles. Dichos documentos deben haber sido revisados y deben ser consistentes entre sí. Cualquier discrepancia debe ser resuelta antes de comenzar el procedimiento. El paciente correcto, procedimiento correcto y sitio quirúrgico correcto deben ser verificados en todos los momentos del proceso quirúrgico.
- **Marcación del sitio quirúrgico:** tiene por objeto identificar de forma correcta el sitio de la incisión o inserción. La marca debe ser en el sitio exacto o cerca de donde se realizará la incisión y los sitios no quirúrgicos no deben ser marcados, excepto de ser necesario para algunos aspectos de la atención. Las marcas deben ser inconfundibles y deben ser ubicadas de tal forma que sean visibles después de que el paciente sea preparado y cubierto. De este aspecto se realizará una verificación adicional en el momento del time out. Las instituciones deben definir un procedimiento para aquellos pacientes que se rehúsen a ser marcados.
- **Pausa quirúrgica:** debe realizarse en la sala de cirugía antes de que esta comience. Este momento involucra al equipo quirúrgico completo y debe ser brevemente documentado en una lista de chequeo o verificación, incluyendo al menos la identidad del paciente, el acuerdo en el procedimiento a realizar y la disponibilidad de los equipos adecuados y los requerimientos especiales, de ser necesarios.

La OMS (2008), por su parte, presentó un programa para la seguridad de los pacientes que recibió el nombre de *La Cirugía Segura Salva Vidas*, con el fin de reducir la mortalidad quirúrgica a nivel mundial. Parte de esta iniciativa contenía la introducción de una Lista de Chequeo de Seguridad Quirúrgica, que puede ser adaptada y aplicada en cualquier sala de cirugía. Por cierto, esta lista es flexible, ya que puede ser adaptada y modificada para suplir las necesidades del hospital donde se la aplica, así como adaptarse a la especialidad quirúrgica.

Dicho instrumento consta de 19 ítems e identifica 3 fases de una operación: antes de la inducción de la anestesia (sign in), antes de la incisión en la piel (time out) y antes de que el paciente deje la sala de cirugía (sign out). Para la aplicación de la lista de chequeo se requiere de un coordinador encargado que verifica que cada fase sea completada por el personal adecuado antes de pasar a la siguiente

Antes de la **inducción de anestesia o sign in** el coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente -si es posible- su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Debe confirmar visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, tiene que revisar verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente,

En la **pausa quirúrgica o time out** cada miembro del equipo se presenta por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detiene antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisan verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de Verificación. Asimismo, deben confirmar si se han administrado antibióticos profilácticos en la hora inmediatamente anterior y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la **salida o sign out** todos los miembros del equipo deben revisar la operación realizada y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida, además de contabilizar las gasas e instrumentos. También se examinan si se produjo algún problema en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, u otro inconveniente a resolver tras la intervención. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, se repasan los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Ahora bien, dado que durante el período de internación el paciente puede ser trasladado entre diversas áreas del hospital para recibir asistencia, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, ello supone un riesgo de seguridad en cada intervalo. La comunicación entre las distintas unidades o entre los distintos equipos de atención podría no ser completa en información o podría tener errores de interpretación. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento no adecuado y un daño potencial para el paciente.

La comunicación existente en el traspaso de pacientes debe incluir el estado actual del paciente en referencia, los cambios que ha habido en su estado, el plan terapéutico en curso y los posibles cambios o complicaciones que puedan ocurrir.

Uno de los inconvenientes para comunicación efectiva durante el traspaso de pacientes es la habilidad de escucha de los profesionales, de lo cual depende de que la comunicación sea fluida, sencilla, clara y precisa en la información entre los profesionales que prestan servicio asistencial en el área correspondiente (Bustamante Galarza, Castro, Cívico y Méndez, 2016).

Dado que la calidad de la atención y la seguridad dependen del intercambio efectivo de información entre individuos y equipos que brindan atención en forma colectiva en distintos lugares a lo largo del tiempo, la importancia de los “pases de mano” es decisiva. Este proceso puede ser definido como la “transferencia de responsabilidad en la atención de algunos o de todos los aspectos del cuidado de un paciente o de un grupo de pacientes a otra persona o grupo profesional en forma permanente o temporaria” (Vítolo, 2013, p. 1).

La información que se comparte en general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones. Ahora bien, al momento de producirse un pase la comunicación entre las unidades y los equipos de atención puede ser deficiente por diversos motivos. Ello conduce a retrasos innecesarios en diagnósticos o tratamientos, repetición de estudios o errores en la medicación del paciente.

La mayoría de las instituciones médicas no tienen normas claras al respecto y la calidad de los pases queda bajo la órbita del libre ejercicio profesional de quienes lo realizan. En este sentido, protocolizar el contenido y la forma en que se lleva a cabo este procedimiento permitiría que el intercambio de información sensible sea más consistente.

Además, quien recibe el documento debe cerciorarse de entender correctamente lo que allí se ha registrado. Un pase efectivo reúne las siguientes características: a) es cara a cara; b) es verbal e interactivo; c) sigue un orden preciso, en donde la comunicación es concisa, eficiente y puntual; d) ocurre con mínimas interrupciones; e) si es necesario incluye la relectura de información crítica; f) aporta el contexto clínico y de situación; g) incluye una evaluación del estado actual y recomendaciones para situaciones futuras; h) incorpora antecedentes de importancia, laboratorio, signos vitales, entre otros datos.

5.6 Gestión de la comunicación dentro del quirófano

Según Weinstein (1974), “corresponde a una política de comunicaciones dentro de un equipo el desarrollo de las relaciones en torno a la reciprocidad. La comunicación bien lograda es el gran motor del desarrollo en equipos tan diversos” (p. 386).

La bibliografía sobre comunicación interna en quirófanos enfatiza que los equipos quirúrgicos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto, la colaboración -ayudándose entre todos para evitar errores- y la comunicación entre los miembros del equipo: antes, durante y después de las intervenciones.

En el postquirúrgico inmediato, por ejemplo, resulta fundamental convocar reuniones para discutir los resultados de la intervención practicada, el pronóstico del paciente y las propuestas para mejorar a futuro si fuera necesario. Esto permitirá al equipo prepararse mejor para la próxima intervención y evitar que se repitan los mismos errores (Vázquez Martos, Sorli y Gómez González, 2016).

Según Vítolo (2010), una de las maneras de propiciar una adecuada cultura comunicacional consiste en “**la facilitación del acceso del personal a los responsables de la organización, la eliminación o el aplanamiento de las jerarquías entre los miembros del staff y el estímulo para el trabajo en equipo**” (p. 1). Para conseguir este propósito pueden realizarse encuestas al personal, realizar reuniones periódicas o establecer un buzón de sugerencias.

Los responsables de la institución deberían responder a las inquietudes de su personal en forma oportuna. Si un integrante expresa una opinión o preocupación, que no es respondida oportunamente, puede sentirse ignorado o subestimado, y es poco probable que colabore en el futuro. Otra forma de facilitar el feedback del personal consiste en implementar un sistema de notificación de incidentes. Estos reportes suelen ser herramientas muy útiles para comunicar errores médicos, "casi accidentes" o peligros:

Tradicionalmente los médicos, especialmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos "solistas" que como miembros de un equipo. Sin embargo, **la seguridad del paciente requiere de un abordaje en el cual individuos con diferente formación trabajen juntos, compartan información y coordinen sus esfuerzos para brindar una atención óptima.** Los equipos altamente efectivos no permiten que barreras jerárquicas pongan en peligro la seguridad. Cuando se enfatizan las diferencias de jerarquía la gente en la base de la pirámide suele sentirse incómoda o directamente temerosa de expresar problemas o preocupaciones. **Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de aquellos individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación** haciendo que esa persona parezca inabordable (Vítolo, 2010, p. 1).

Es útil a los fines de un entrenamiento efectivo **contar con el apoyo de especialistas en recursos humanos y comunicación**. Los esfuerzos educativos deberían incluir temáticas como el lenguaje gestual, la resolución de conflictos y habilidades humanas para una comunicación asertiva. A este respecto, existen ejercicios de roles de juego (teatralización), que ayudan a tomar conciencia de los propios problemas de comunicación y brindan la oportunidad para aprender conductas apropiadas frente a los mismos.

Por otra parte, si la institución no tiene una política de "tolerancia cero" para conductas agresivas o intimidantes cualquier esfuerzo que se haga para trabajar en equipo será inútil. El quirófano es un ambiente lleno situaciones potencialmente incontrolables. Sin embargo, aquellas que sí pueden controlarse, incluyendo el lenguaje verbal y gestual y el tono de voz de los miembros del equipo, tienen que ser objeto de gestión. Por comportamiento conflictivo se entiende cualquier conducta que afecte la tranquilidad necesaria que debe tener todo acto quirúrgico.

Cualquier interacción humana en quirófano puede originar conflictos, ya sea por problemas de desempeño o bien por discrepancias en el modo de atender al paciente. Los equipos efectivos están entrenados para manejar estos conflictos y eventualmente resolverlos.

Las discusiones pueden ser firmes, pero siempre respetuosas tratando de buscar consensos y no perdiendo nunca de vista el objetivo común. Las opiniones discrepantes deben ser dadas de una manera constructiva y se puede disentir, pero siempre educadamente. Se debe intentar, a su vez, trabajar con la persona conflictiva, ayudándolo a cambiar de hábitos.

Por último, conviene reparar en la **necesidad de planificar la comunicación interna**, a nivel institucional en general, pero en los servicios de cirugía en particular, que es el área sanitaria que interesa en esta oportunidad. El diseño de un plan supone la participación activa de un amplio número de personas, un análisis de la situación, fijar objetivos a medio y largo plazo, llevar a cabo un estudio de preferencias sobre contenidos y canales preferidos para recibir según qué información, y de la visión de la actual situación que guíe la toma de decisiones. A su vez, la comunicación debe evaluarse periódicamente (Mira, 2013).

Hay algunas situaciones especiales que deben considerarse o que pueden asociarse a este plan: plan de formación interno; plan de acogida a nuevos profesionales; indicaciones sobre cómo comunicar malas noticias a los pacientes o sus familiares; estilos para la difusión científica de resultados (Mira, 2013).

6 - MARCO INSTITUCIONAL

La población bajo estudio pertenece a un Hospital Público Nacional (Bs. As.), de gestión descentralizada, médica y asistencial, que desarrolla tareas de curación, prevención y rehabilitación, así como actividades docentes y de investigación. Es uno de los Centros sanitarios más grandes de la Provincia Buenos Aires, de alta complejidad.

La Institución, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, tiene un área de influencia de alrededor de 6.000.000 de habitantes. Se encuentra situada en

el Oeste del Gran Buenos Aires. Constituye el único hospital polivalente de referencia regional y nacional para resolver derivaciones de alto riesgo.

Sus pacientes provienen principalmente de los Partidos de La Matanza, Tres de Febrero, San Martín, Morón, San Miguel, Merlo, Moreno, Hurlingham e Ituzaingó, ya que es el Hospital de referencia para el Conurbano bonaerense, cuya población oscila entre los ocho y diez millones de habitantes.

El Hospital cuenta actualmente con 488 camas, de las cuales 118 son destinadas a cuidados intermedios e intensivos, tanto de adultos como pediátricos. El índice de ocupación se aproxima al 88,8%. A esto deben sumarse 200 consultorios externos de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Dentro de esta Institución funciona el Centro Quirúrgico, que a partir de la ampliación edilicia lograda con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014/2016, dispone de una planta quirúrgica de 1200 m² repartida en 12 quirófanos de cirugía mayor y menor, y en donde trabajan alrededor de 100 instrumentadores quirúrgicos que dependen de la Coordinación de Instrumentación Quirúrgica. Funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana y allí se atienden intervenciones programadas o de urgencia, con internación o ambulatoria.

La Coordinación de Instrumentación Quirúrgica está a cargo de una coordinadora y dos jefas, que organizan la actividad quirúrgica y los recursos humanos para dar respuesta a las necesidades, tanto del paciente como de los distintos servicios que requieren el uso de los quirófanos. Depende de la Coordinación del Centro Quirúrgico y éste, a su vez, de la Dirección de Asistencia Médica.

El Centro Quirúrgico se divide de acuerdo a las siguientes especialidades: Cirugía General y sus secciones, Cirugía Infantil, Urología de adultos e Infantil, Neurocirugía, Neurocirugía Funcional, Ginecología, Traumatología, Cardiovascular adulto y pediátrico, Cirugía Plástica y Reparadora, Oftalmología (OFT) y Otorrinolaringología (ORL), Odontología, Endoscopía Infantil, Endoscopía de Adultos, Broncoscopía de Adultos e Infantil, Obstetricia, Dermatología.

El proceso de la comunicación en el Servicio comienza en la admisión externa de los vestuarios de pacientes (pediátricos y adultos) a través de la realización del check list por parte de los instrumentadores quirúrgicos. La tarea que realizan estos profesionales es la de llamar al paciente por su nombre y apellido, de acuerdo a la lista de programación quirúrgica (lista que confecciona cada servicio para las cirugías programadas). Esta información se envía a la coordinación de Instrumentación Quirúrgica el día anterior a la fecha quirúrgica.

Durante el año 2016 se realizaron un total de 14.953 intervenciones. En el año 2017 fueron realizadas cerca de 150 intervenciones más que el año anterior (15.105 cirugías). En el año 2018 se realizaron en dicho Centro Quirúrgico 16590 cirugías (Centro Quirúrgico H. Público, 2017, 2018, 2019).

El Servicio de Instrumentación Quirúrgica organiza las jornadas de trabajo donde se practican cirugías programadas de acuerdo al siguiente esquema: turno mañana (7:00 hs a 13 hs) y tarde (13:00 hs a 19 hs) de lunes a viernes, y los sábados de 8:00 hs a 14:00 hs. En los turnos noche y franqueo la atención se focaliza en las cirugías de guardia, tanto urgencias como emergencias.

El Servicio de Cirugía General se encuentra constituido por Médicos ex residentes y en su gran mayoría por ex Jefes de Residentes de Cirugía General del Hospital Público Nacional, quienes luego de becas y prolongadas rotaciones por el exterior (España, Francia, Brasil, Estados Unidos, Japón, etc.) han ido conformando los cuadros asistenciales del servicio con un gran compromiso asistencial y docente de pre y post grado y con gran nivel académico.

El Servicio funciona encuadrado dentro del Departamento Quirúrgico, bajo una Jefatura de Servicio que realiza actividades de coordinación. El mismo se divide en secciones asistenciales especializadas coordinadas y dirigidas por Jefes de Sección, quienes supervisan a los médicos del staff, todos ellos con labores asistenciales y docentes de pre y post grado divididos por especialidades, realizando las tareas del servicio, cirugías programadas y la guardia de cirugía general.

El Servicio de Cirugía General tiene 7 secciones:

1. Sección Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales: tiene la mayor cantidad cirugías anuales. En 2018 se registraron 2854 año 2018 (Centro Quirúrgico H. Publico, 2019).
2. Sección Cirugía de Cabeza y Cuello y Traumatología Máxilo-facial
3. Sección Cirugía Coloproctológica
4. Sección Cirugía de Tórax
5. Sección Cirugía Vasculat Periférica
6. Sección Cirugía Plástica y Reparadora
7. Sección Cirugía Cardiovascular

La Sección Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales presenta el siguiente organigrama:

- ✓ Responsable de la residencia: Dr. Francisco j. Tarsitano Residencia médica duración (4 años) Vigencia 2014-2017 Hospital Público Nacional.
- ✓ Jefe del Servicio de Cirugía: Dr. Francisco Javier Tarsitano.
- ✓ Jefe del Departamento Quirúrgico: Dr. Cersosimo
- ✓ Jefe de la Coordinación de docencia e investigación. Dr. Fernando Ríos

En relación al encuadre jurídico de la profesión en la Provincia de Buenos Aires, la misma se rige por las disposiciones de la Ley 14.865. Según el art. 2 de dicha normativa, el rol de instrumentador comprende las funciones de “asistir, controlar, supervisar, evaluar y coordinar en lo que atañe a su tarea específica, el proceso de atención del paciente desde su ingreso a las áreas de actividad quirúrgica hasta su egreso de la sala de recuperación post-anestésica”.

El mencionado apartado indica, a su vez, que estos profesionales de la salud pueden intervenir en tareas relacionadas con acciones sanitarias, comunitarias, periciales -en el marco de una causa judicial-; organización, administración, dirección, supervisión y control de calidad de los servicios de actividad quirúrgica; docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia.

Siempre de acuerdo con la mentada ley (art. 4), son tareas inherentes al rol de instrumentador quirúrgico en el ámbito de un quirófano, las siguientes:

- a) Consultar la lista de operaciones.
- b) Controlar la asepsia y antisepsia del quirófano.
- c) Disponer el mobiliario e instrumental necesario según requiera el tipo de intervención que se llevará a cabo.
- d) Verificar el funcionamiento satisfactorio de los equipos, aparatos e instrumentos a emplear en la intervención:
- e) Recibir al paciente, corroborar su identidad cuando ingresa al área quirúrgica.
- f) Acompañar durante el traslado al paciente a la mesa de operaciones, ubicándolo en la posición adecuada.
- g) Observar la dinámica de la intervención para detectar faltas técnicas, control de materiales biomédicos, insumos y equipos de utilización.
- h) Realizar lavado quirúrgico y colocación de vestimenta y guantes estériles.
- i) Asistir al equipo médico en carácter de instrumentador circulante.
- j) Efectuar la lista de verificación (checklist), seguridad pre, intra y postquirúrgica (recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)).
- k) Colaborar con el equipo quirúrgico en la preparación de la piel y el campo operatorio estéril.
- l) Colaborar con prácticas especiales de diagnóstico y tratamiento.
- m) Etiquetar todas las muestras para estudios anatomopatológicos, biológicos y periciales, con los datos del paciente con el fin de permitir el registro correspondiente.
- n) Realizar el recuento de compresas, gasas, instrumental y agujas antes que el cirujano proceda al cierre de la incisión, volcándolos en la lista de verificación (checklist) en conjunto con la circulante.

- ñ) Colaborar durante el traslado del paciente desde la mesa de operaciones a la camilla, cuidando que se encuentre sujeto a la misma.
- o) Descartar los elementos corto-punzantes, una vez finalizada la intervención quirúrgica; retirar el material e instrumental utilizado para su descontaminación -lavado, secado, control y acondicionamiento- en el Centro de Esterilización.
- p) Transcribir cualquier inconveniente pre-intra o postoperatorio en la lista de verificación (checklist), el cual debe ser firmado por el Instrumentador circulante y el Instrumentador aséptico.
- q) Finalizado el acto quirúrgico, completar el parte quirúrgico y todo formulario correspondiente al quirófano, según normativa de la institución, con su respectiva firma y aclaración.
- r) Verificar que el quirófano quede en condiciones de higiene para su uso inmediatamente posterior.

7- METODOLOGÍA

7.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Para el desarrollo de la investigación se empleó un **enfoque cualitativo**, el cual sirve para abordar el estudio de fenómenos o situaciones a partir de los actores sociales involucrados en él. Es así que se pone énfasis en la subjetividad, analizándose el modo en que las diversas experiencias que adquieren relevancia para el investigador son vividas e interpretadas por los sujetos (Denman y Haro, 2000).

Lo que importa en este tipo de estudios es el punto de vista de quienes intervienen en el desarrollo de un determinado proceso o dinámica social, tratando de comprender la complejidad y diversidad de motivaciones y significados que pueden adoptar las conductas humanas situadas (Minayo 1995; De La Cuesta, 1997).

Al buscar la metodología cualitativa una comprensión amplia de los fenómenos, se apoya en el paradigma constructivista, que entiende que las realidades se construyen de manera específica y local (Guba y Lincoln, 1994). Así, el investigador se preocupa por explorar el mundo de la experiencia del sujeto para distinguir y clasificar sus realidades y percepciones.

Desde el punto de vista de su alcance, el **estudio** se denomina **descriptivo**, dado que su propósito es determinar las propiedades importantes de personas, grupo o fenómenos con base en el análisis de la información obtenida sobre el objeto de estudio (Hernández Sampieri et al., 2010). En este caso, se trató de obtener un diagnóstico del proceso de la comunicación en el ámbito quirúrgico por parte del personal que trabaja en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de un Hospital Público Nacional.

En relación a su dimensión temporal, el **estudio** fue de tipo **transversal**. Hernández Sampieri et al. (2010) definen este tipo de estudios como aquellos que “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p. 154).

Respecto al tipo de diseño de investigación implementado, se trató de uno etnográfico. Los diseños etnográficos pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades (McLeod y Thomson, 2009; citados en Hernández Sampieri et al., 2010).

El propósito de la **investigación etnográfica** es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente (se analiza a los participantes en “acción”), así como los significados que le dan a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, y finalmente, presenta los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural (Hernández Sampieri et al., 2010).

7.2 Instrumentos de recolección de datos

En la recolección de datos para estudios cualitativos se procede la inmersión del investigador en el medio natural, para tomar contacto directo con las unidades de análisis y de observación (Ruiz, 1999). En este sentido, las fuentes de datos fueron primarias, es decir, construidas por la autora de este trabajo.

Las técnicas aplicadas fueron dos: la **entrevista en profundidad y un focus group**. En el primer caso, se diseñó un cuestionario semi-estructurado, es decir, un guión con las principales preguntas cuyo orden no era estricto, el enunciado de las mismas podía variar, y emerger preguntas nuevas en el transcurso de la entrevista. Las dos profesionales entrevistadas fueron la supervisora de instrumentadores quirúrgicos del turno mañana -supervisora 1- y la supervisora de equipamientos -supervisora 2-.

La técnica de la entrevista en profundidad, eminentemente cualitativa, posibilita recoger el relato de los entrevistados, su percepción y los significados otorgados a la realidad por las que son consultados en un contexto de interacción personalizado, flexible y espontáneo (Vieytes, 2004).

Es importante aclarar que para la inmersión en el campo de investigación se contaba con la autorización del Comité de Bioética y de la Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital (Anexo). Las entrevistas tuvieron en promedio una duración de sesenta minutos, fueron grabadas y transcritas.

Antes de iniciar con la indagación, se le entregó a cada entrevistado una hoja de información (Anexo) en el que figuraba la presentación del investigador, los objetivos del trabajo de investigación y la duración aproximada de la entrevista.

Asimismo, se garantizó el resguardo de su identidad y se informó que el entrevistador contaba con la autorización del Comité de Bioética del Hospital.

Para el desarrollo de la técnica de focus group se conformó un grupo de cuatro i.q., quienes fueron escogidos teniendo en cuenta su experiencia -todas ellas tenían al menos cinco años trabajando en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales-. El grupo focal es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público, muy utilizada en ciencias sociales y en estudios comerciales.

Según Hernández Sampieri et al. (2010) lo ideal es utilizar entre 3 y 12 personas para que el grupo de enfoque sea efectivo, con un moderador como encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión para que no se aleje del tema de estudio. Esto es lo que, precisamente, confiere a la técnica su nombre, que puede traducirse literalmente como "grupo con foco".

El moderador también es el encargado de crear un ambiente relajado e informal, en donde las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica en que los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones.

A diferencia de las entrevistas en profundidad, aquí no se busca explorar en detalle las narrativas individuales sino el modo en que se construyen significados grupalmente. El grupo focal llevado a cabo con i.q. del Hospital se efectuó en una sesión que duró aprox. dos horas, pero fuera de la institución.

7.3 Población y muestra

La población de este estudio estuvo integrada por el **personal de salud de un Hospital que se desempeña en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de un Hospital Público Nacional**. De acuerdo a lo dicho en el apartado anterior, la muestra quedó conformada por seis profesionales: dos de ellas participaron de la entrevista en profundidad y cuatro del grupo focal.

En la conformación de las sub-muestras se siguió un **muestreo no probabilístico: por conveniencia, en la sub-muestra que participó del grupo focal; intencional o por juicio, en la sub-muestra que participó de**

las entrevistas. Las cuatro integrantes del grupo focal tenían la misma jerarquía: asistentes de quirófano. En cambio, las entrevistadas poseían jerarquía diversa: una de ellas era Supervisora del personal y la otra era Supervisora de los equipamientos -esta última en relación directa con la anterior, a quien reportaba como subordinada-.

Los muestreos no probabilísticos reciben ese nombre porque las unidades de análisis de una población no tienen la misma posibilidad de ser elegidas, es decir, su elección no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández Sampieri et al., 2014).

En consonancia con lo que explica Vieytes (2004), una selección por conveniencia, también llamada muestreo casual, es aquel procedimiento en el que se “utiliza como muestra a los individuos a los que se tiene fácil acceso” (p. 404). En otras palabras, la muestra de la población se selecciona porque está convenientemente disponible para el investigador y es fácil de reclutar.

Por el contrario, un muestreo es intencional cuando se asume el criterio de que “las unidades seleccionadas son las más características o las que pueden proporcionar la mayor información sobre la población, para estudiar un problema en particular” (Vieytes, 2004, p. 404). En otras palabras, los investigadores eligen solo a aquellos que estos creen que son los adecuados para participar en un estudio de investigación, sobre todo por el tipo de datos que pueden proporcionar para alcanzar los objetivos de un estudio.

7.4 Categorías de análisis principales y derivadas según objetivos

Objetivo específico	Categorías de análisis principales	Categorías de análisis derivadas	Dimensiones
Describir las situaciones de comunicación más frecuentes entre los profesionales (médicos-instrumentadores)	Procesos comunicacionales en el Servicio	Comunicación interna (entre profesionales)	1. Formal/informal 2. Según jerarquía 3. Según etapa de interv. quirúrgica
		Comunicación externa	1. Comunicación con el paciente 2. Comunicación con la familia

Determinar los factores que actúan como facilitadores o como obstaculizadores del proceso de la comunicación	Factores que influyen en el desarrollo de los procesos comunicacionales (Zayas, 2010; ver Marco Teórico 5.3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sujeto de la comunicación 2. Barreras psicológicas 3. Mensaje 4. Canal 5. Retroalimentación 6. Entorno 7. Barreras culturales 	-----
Analizar de qué modo inciden las problemáticas de comunicación en el desempeño personal/profesional	Influencia de la comunicación hospitalaria en el desempeño laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relación entre profesionales 2. Seguridad del paciente. 3. Clima laboral 	-----
Conocer las tácticas implementadas desde la gestión de la Coordinación de quirófanos	Gestión de la comunicación quirúrgica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tácticas 2 RR. HH. 3. RR. Materiales 4. Eval./control 	-----
Analizar las herramientas de comunicación vinculadas a la seguridad del paciente	Herramientas usadas para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de seguridad 2. Check list 3. Pase de guardia 	-----

7.5 Técnica de análisis de datos

La técnica que se implementó para la interpretación de los datos, tanto con las entrevistas como con los testimonios de los participantes del grupo focal **fue el análisis de contenido**, a través de un sistema de categorías pre-establecidas y emergentes, pues debido a la lógica del enfoque cualitativo, a medida que se profundizaba en la comprensión de los discursos iban surgiendo nuevas categorías que se agregaban a las predeterminadas al momento de comenzar la investigación.

La perspectiva cualitativa aplicada recoge el sentido profundo de las expresiones discursivas de los participantes. En este sentido, no se buscó contabilizar las menciones sobre algún tópico en particular, sino establecer conceptos e ideas globales. Para refrendar el análisis con datos concretos se

mostrarán verbatim, esto es, fragmentos de los relatos de los informantes. La finalidad de estos es, por cierto, ejemplificar los conceptos desarrollados con las expresiones literales utilizadas por los referentes, en forma de dato cualitativo (Palacios Ceña et al., 2014).

El procedimiento de análisis se efectuó a través de las siguientes etapas:

-Ordenamiento de datos: Transcripción de grabaciones, relectura del material y organización de los relatos. Esta fase supuso un inicio de la clasificación de la información.

-Clasificación de datos: Lectura de cada discurso identificando las respuestas que eran congruentes con las categorías de análisis predeterminadas (ver Tabla del apartado 7.4). Asimismo, se anotaron las categorías que emergían durante el proceso de análisis. El siguiente paso consistió en confrontarlas con las categorías realizadas en la fase exploratoria de la investigación, y buscar las interrelaciones e interconexiones entre ellas.

Luego se realizó el recorte de cada discurso en una unidad de sentido, por estructuras de relevancia, por tópicos de información o por temas, agrupando las partes por semejanzas, buscando percibir las conexiones entre ellas.

Al finalizar esta clasificación se realizó una reagrupación de las categorías, reduciendo las unidades de sentido, buscando comprender e interpretar aquello que fue expuesto como más relevante y representativo del trabajo de campo.

-Análisis final: Se buscó establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a las cuestiones del trabajo en base a sus objetivos.

8- ANALISIS DE DATOS

Los hospitales son instituciones complejas que están formadas por subsistemas interrelacionados que trabajan de forma coordinada y conjunta, dentro de los cuales se desempeñan personas que cumplen funciones y tareas específicas, previamente determinadas. Por ello, cuando se abordan los procesos de comunicación en el ámbito de la salud debe considerarse el conjunto de todos los actores, sus interacciones, el contexto en el que estas ocurren y el nivel o escala en la que se dan los procesos de comunicación.

1.1 Procesos comunicacionales en el Servicio: comunicación interna

1.1.1 Tipos de comunicación predominantes

La comunicación interna de una organización puede clasificarse en formal e informal. La formal se refiere a la comunicación que sigue la cadena oficial de mando para que alguien realice un trabajo, en tanto que la informal es la comunicación organizacional que no está definida ni reglada a nivel estructural, actuando como un filtro y un mecanismo de retroalimentación que selecciona los asuntos que los empleados consideran relevantes.

De acuerdo a esta clasificación, y en virtud de las entrevistas realizadas a los supervisores y los testimonios surgidos en el focus group con instrumentadores quirúrgicos del servicio de Cirugía general y Paredes Abdominales del turno mañana, se pudo conocer que la comunicación interna era principalmente informal, de modo oral, sostenida por procesos de intercambio que se generaban mediante un grupo de WhatsApp que había creado la supervisora del sector:

“Con respecto a las acciones más utilizadas para comunicarnos en el servicio, son las verbales cara a cara, y a través del teléfono de línea. De forma escrita a través del celular, en forma de mensaje en un grupo de WhatsApp creado por la supervisora del turno mañana” (I.Q. 1, focus group, 10/10/19).

La introducción de la aplicación de mensajería instantánea conocida como WhatsApp puede interpretarse como un mecanismo de fortalecimiento de la comunicación informal, en paralelo a los canales oficiales, porque si bien fue propuesta por una supervisora del sector, la misma no formaba parte de la

política oficial de comunicación de la institución. Es más, había instrumentadores que no estaban dentro del grupo, y nadie los podía obligar a ello porque precisamente no era una práctica organizacional normada. En este marco se comprende mejor la crítica de una de las entrevistadas:

“Los medios de comunicación no son eficaces, ni coincidentes con los recursos que el Hospital provee para dicho fin. Cada una de las partes intervinientes del servicio (Jefatura, supervisión, asistencial) no llevan a cabo por escrito o verbal las acciones mandadas para que, de esta manera, la comunicación pueda ser efectiva y se cumplan los objetivos que se proponen” (Supervisora 1, comunicación personal, 03/09/2019).

El grupo de WhatsApp permitía interacciones entre los instrumentadores quirúrgicos en el trabajo diario, funcionando a modo de recordatorio de la agenda del día, como vía para transmitir información sobre algún paciente o, en caso de que escribiera una jefa, comunicar una orden a alguno de los miembros del grupo.

En este sentido, se confirma así lo que ha expresado García Castañeda (2012) respecto de que la comunicación informal cumple dos propósitos en las organizaciones: a) permite a los empleados satisfacer su necesidad de interacción social; b) puede mejorar el rendimiento de una organización al crear canales de comunicación alternativos y a menudo mucho más rápidos y eficientes.

La comunicación informal dentro del Servicio no impedía, sin embargo, las acciones de comunicación formal a través de herramientas protocolizadas, aunque el uso de las mismas no recibió una evaluación muy positiva por parte de **las participantes del focus group, que acusaron graves dificultades y falencias en la aplicación de esas herramientas por parte de muchos integrantes del personal de instrumentadores quirúrgicos**, tal como se colige de la siguiente respuesta:

“Las herramientas más utilizadas para la comunicación formal dentro del servicio, son el check list, planilla pase de guardia, el parte quirúrgico diario y el report diario interno del servicio. Las mismas son

fundamentales para complementar los procesos de comunicación, ya que es un área donde se deben evitar los errores adversos desde el momento que se trabaja con pacientes, **pero lamentablemente no se realizan con la responsabilidad que requieren**, lo cual deja visible en varias ocasiones la comunicación verbal cara a cara complementando estas falencias” (I.Q. 2, focus group, 10/10/19).

A modo de crítica sobre la gestión de la comunicación en la institución otra de las participantes planteó lo siguiente:

“La mayoría de los problemas de esta institución están relacionados con una mala gestión formal de la comunicación. Se generan conflictos y situaciones que dañan la eficiencia, la productividad y el clima laboral” (I.Q. 3, focus group, 10/10/19).

1.1.2 Tipo de comunicación según nivel jerárquico

De acuerdo con las supervisoras entrevistadas, en la institución existía una comunicación informal descendente:

“En general considero que existe una comunicación institucional informal e incompleta. Si bien se creó y de alguna manera se puso a disposición para todos los trabajadores **el sistema GDE** (Sistema de Gestión Documental de Expedientes)¹, que es una forma de comunicación formal descendente, **no está implementado de manera ascendente. La comunicación entre pares se da de la misma manera, de manera informal**, pero no sé si tiene que ver con la problemática laboral en sí, o si no tiene que ver con la convivencia, lo cotidiano en el mismo lugar de trabajo” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/19).

“Desde mi punto de vista de mi labor diaria como supervisora del turno mañana considero que **la comunicación no es muy clara, expedita y eficaz entre todos los involucrados del servicio**, en gran parte por la gran demanda de pacientes que tiene el servicio. **Las órdenes no se**

¹ El GDE es una plataforma informática que permite la gestión digital de todos los trámites de la Administración Central y Organismos Descentralizados del Estado. En la misma se realizan todo tipo de trámites y comunicaciones, además de expedientes.

dan de forma vertical desde los puestos jerárquicos hacia los inferiores, de manera que obstaculiza el trabajo en equipo para que sea realizado correctamente, coherentemente y con rapidez” (Supervisora 1, comunicación personal, 03/09/19).

A su vez, las i.q. que participaron del focus group concordaron en que sería conveniente incrementar la efectividad de la comunicación entre pares:

“Entre compañeros se necesita un trabajo más en equipo. Deberían existir reuniones esporádicas. A pesar de ser un grupo grande de personas y de que cada uno trabaja en equipo en su quirófano en particular, sin importar el resto. **Pero mejorar mínimas cosas para generar un mejor clima laboral,** ya que eso sería un fortalecimiento de equipo, con una mejor comunicación” (I.Q. 1, focus Group, 10/10/19).

Fuera del ámbito de trabajo, algunas i.q. cultivaban un trato amistoso con colegas del Hospital:

“Fuera del ámbito laboral con un grupo restringido es una comunicación afectiva, fluida. Se disfruta mucho el tiempo afuera de lo laboral, y el día a día es más llevadero la actividad con dicho grupo. Con el resto del grupo en mi caso particular es estrictamente laboral, pero me considero que llevo una comunicación flexible y formal para facilitar el trabajo en equipo” (I.Q. 1, focus group, 10/10/19).

Otras profesionales dijeron preferir la distancia con los compañeros fuera del lugar de trabajo, cultivando solo el vínculo laboral. Esta actitud se manifestó incluso en la decisión de no formar parte del grupo de Whatsapp que funcionaba de manera paralela al creado por la Supervisora, y del que participaban exclusivamente los i.q. sin jerarquía y sin personal a cargo:

“No tengo demasiado trato con mis compañeros fuera del trabajo. Sí trato que el vínculo sea solo laboral” (I.Q. 4, focus Group, 10/10/19).

1.1.3 Procesos comunicacionales según la etapa de la intervención quirúrgica

Dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales se aplicaba, como en los restantes Servicios quirúrgicos del Hospital, el protocolo diseñado por la JCI (2013) con el fin de reducir los riesgos asociados a errores médicos, mejorando la seguridad de los pacientes dentro y fuera de la sala de cirugía al estandarizar procedimientos que facilitan la coordinación y comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

1.1.3.1 Características de la comunicación en la etapa prequirúrgica

Si se indaga la comunicación interna desde la perspectiva de la fase de intervención prequirúrgica en el Servicio, esta conlleva la obtención del consentimiento informado y la realización de la primera parte del check list, con el propósito de confirmar la identidad del paciente, lugar anatómico de la intervención y procedimiento que ha de realizarse; comprobación de la seguridad del material/equipamiento de anestesia, medicación y material necesario para la cirugía.

En virtud de la entrevista realizada a una de las supervisoras del turno mañana y a las opiniones de las i.q. se pudo conocer:

“La organización del servicio empieza el día anterior, cuando se reciben la lista de los pacientes que se van a operar el día siguiente, dividido en listas por especialidad. En esas listas figuran nombre y apellido, historia clínica, tipo de cirugía y equipo que lo va operar. Con estas listas en la mañana siguiente de la cirugía se chequea el nombre del paciente. El personal de admisión externa chequea junto al personal de admisión interna el orden de ingreso, la disponibilidad de la cama destinada o no para dicho paciente, y en ese momento se decide si el paciente ingresa al área quirúrgica o no” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

“La comunicación en la admisión externa con respecto al paciente es de manera verbal a través de las preguntas del check list y escrita con la firma del consentimiento quirúrgico” (I.Q. 2, focus group, 10/10/2019).

“La comunicación primaria con el paciente la realiza el cirujano en forma verbal, cara a cara, informándole todo lo relacionado a su patología y del mismo modo al familiar directo. Asimismo, se firma el consentimiento quirúrgico donde se explica de manera escrita los riesgos del procedimiento quirúrgico” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

1.1.3.2 Características de la comunicación durante la intervención quirúrgica

El quirófano es un área donde los mensajes deben ser manifestados de forma clara y precisa. Por esta razón, es fundamental que entre quienes conforman el equipo se comuniquen sin ningún tipo de interferencias con el fin de evitar interpretaciones erróneas y lograr resultados óptimos durante un procedimiento quirúrgico. Así lo manifestó una de las supervisoras del turno mañana:

“El encargado de llevar a cabo la gestión de una comunicación eficiente y eficaz para que una cirugía se lleve a cabo sin ningún problema es el cirujano a cargo de la cirugía, el médico de planta. Pero bueno, ese sistema tiene sus deficiencias y se podría mejorar. **En muchas oportunidades no está presente el cirujano al comienzo de la cirugía, con lo cual queda todo en manos del personal de residencia médica, que no siempre tiene toda la información necesaria para transmitirle al personal de instrumentadores quirúrgicos**” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

La situación antes descrita puede interpretarse como un emergente de la sobrecarga de trabajo que viven mucho médicos cirujanos por la falta de profesionales de dicha especialidad, no solo a nivel institucional sino también en el mercado laboral.

Por otra parte, las i.q. que participaron del focus group reflexionaron sobre la importancia de mejorar el momento del pase de guardia en relación con la etapa de intervención quirúrgica:

“El pase de guardia es fundamental en algunos aspectos y con respecto a la comunicación es fundamental para transmitir al próximo turno el

control de aparatología, instrumental y sobre todo los datos relevantes del paciente, para la seguridad del mismo” (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

1.1.3.3 Características de la comunicación post-quirúrgica

En la etapa post-quirúrgica se requiere un plan de cuidados claro y una buena comprensión de los sucesos ocurridos durante la intervención quirúrgica para facilitar la recuperación del paciente:

“Con respecto a post cirugía, enfermería se comunica con el cirujano sobre las indicaciones médicas. Lo realizan a través de forma escrita y verbal. Y son los encargados de verificar la disponibilidad de la cama del paciente” (I.Q. 3, focus group, 10/10/2019).

“Luego del acto quirúrgico el cirujano da un parte verbal a los familiares explicando todo lo relacionado a la cirugía e indica en forma verbal y escrita las indicaciones del cuidado post quirúrgico al personal correspondiente de su cuidado” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

Un problema de comunicación habitual que refirió una de las supervisoras en la etapa post quirúrgica se daba en el contexto de los pases de guardia:

“Entre los factores que afectan el pase de guardia hay que mencionar el horario del ingreso del personal que toma la guardia del que se está yendo. Eso es fundamental porque termina influyendo sobre el modo en que se realiza el pase de guardia, ya que podría verse afectada la cantidad y calidad de la información que se transmite, y que puede ser trascendente y vital para el paciente post quirúrgico. Para disminuir o evitar los errores en la institución existen planillas de pase de guardia y report diario de novedades, pero eso que te comenté es un problema que surge a diario” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

El inconveniente anterior ha sido referido también por Vítolo (2011) al tratar de las brechas en la comunicación que pueden darse durante el proceso de atención al paciente. En este sentido, el autor declara que la comunicación puede fallar durante los pases de pacientes, cuando se transfieren

responsabilidades entre efectores, como sucede en los cambios de guardia o cuando el paciente es dado de alta.

Es importante notar que ni las i.q. ni la Supervisora hicieron mención de que en el Servicio se planificaran reuniones postquirúrgicas entre los participantes de las cirugías para discutir los resultados de la intervención practicada, el pronóstico del paciente y propuestas para mejorar a futuro si fuera necesario, tal como sugieren Vázquez Martos, Sorli y Gómez González (2016). Sin dudas, ello permitiría al equipo prepararse mejor para la siguiente intervención y ayudaría a evitar la repetición de los mismos errores en caso de haber existido.

1.2 Procesos comunicacionales en el Servicio: comunicación externa

1.2 1 Comunicación con el paciente

A través de uno de los testimonios surgidos durante el desarrollo del focus group y de la entrevista realizada a una de las supervisoras del turno mañana, se pudo determinar que en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales existía una comunicación deficiente con el paciente en la admisión externa:

Con respecto al Servicio **la comunicación con el paciente es deficiente**, ya que los pacientes tienen muchas dudas cuando llega el día de la cirugía, generando un desconocimiento respecto a qué procedimiento se le va a realizar, dónde va ir luego de su cirugía y demás. **El paciente desconoce muchas cosas**. De eso se entera el instrumentador quirúrgico cuando recibe al paciente en el vestuario [admisión externa]. Creo que eso se ve interferido por el tiempo que tiene el cirujano para explicarlo o por el apuro que siempre tiene justificado de alguna u otra manera (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

Sin embargo, y tal como señalan Arias et al. (2011), la comunicación con los pacientes debe ser amplia, eficiente y apropiada, en especial cuando se le va a practicar un estudio invasivo o una intervención quirúrgica. El paciente que no está debidamente informado sobre las posibles adversidades tiene una tendencia a enojarse y a romper la relación profesional con el médico, lo que es motivo de conflicto y de una mayor demanda sanitaria.

Por cierto, una comunicación más eficaz con el paciente permitiría brindarle a nivel institucional un trato más humanizado y de calidad, atento a sus necesidades y reales intereses. Es preciso comprender que el paciente se encuentra en un entorno rodeado de frialdad, estrés, desaliento y desconectado del mundo exterior. Al no poder estar en contacto con sus familiares o redes de apoyo, resulta de importancia suplir ese déficit con el apoyo de los profesionales; de donde una mayor comunicación e información redundaría en un incremento de su seguridad y satisfacción personal.

Vale decir que **las i.q. percibían esa necesidad de brindar mayor contención y seguridad al paciente que es intervenido quirúrgicamente** en la Admisión externa del Servicio y con la planilla del check list como herramienta orientadora:

“Teniendo en cuenta la problemática con respecto a los pacientes la comunicación con ellos es difícil, no siempre el paciente comprende las consignas que uno les da. No tienen muchas veces la información mínima e indispensable y es acá donde entra en juego la planilla del check list y **donde interactúan el personal de instrumentación con el paciente, de manera directa, cara a cara, de forma verbal. Es cuando se detectan problemas de comunicación que hubo entre el personal médico y el paciente**” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

Resulta útil recordar aquí que el protocolo de la JCAHO fue diseñado para reducir los riesgos de EM, mejorando la seguridad de los pacientes en todo tipo de proceso quirúrgico, dentro y fuera de la sala de cirugía, al estandarizar procedimientos que facilitan la coordinación y comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

1.2.2 Comunicación con la familia

Los familiares o acompañantes que acuden al servicio de quirófano se encuentran en una situación compleja de ansiedad, preocupación, miedo y frustración. Por lo que necesitan información sobre los tiempos de espera, las pruebas solicitadas y sus correspondientes resultados, el estado de salud, la

medicación administrada, el diagnóstico, etc. Por ello, es necesario también una comunicación adecuada y continuada entre el profesional y los familiares o acompañantes del paciente.

Las i.q que participaron del focus group transmitieron sus percepciones acerca de la comunicación con la familia, subrayando las restricciones de tiempo que el trabajo cotidiano impone como para entablar un diálogo fluido y acorde a las expectativas de los pacientes y sus familiares, que suelen tener muchas dudas, inquietudes y preocupaciones. A eso se suma la falta de personal dedicado a la tarea de preparar a los pacientes en la Admisión externa del Servicio:

“La comunicación entre el personal de quirófano y el paciente no es la adecuada. Lo mismo ocurre con el familiar o acompañante a cargo, debido a la gran demanda de pacientes que se suele tener diariamente. Se observa siempre un solo personal a cargo de dicha actividad, lo cual hace muy carente la comunicación, que considero necesaria para el paciente en ese momento y el familiar a cargo, ya que están atravesando una situación de miedo, angustia y ansiedad. Mayormente nadie se pone en el lugar de ellos” (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

La falta de tiempo y de personal dedicado a la tarea de escuchar al paciente y a los acompañantes afecta la calidad de la comunicación, que algunas i.q. no dudan en calificar como distante, poco clara, apática y poco sensible al momento de expresar o decir la información:

“En el servicio es notable una comunicación distante. Muchas veces no tienen en cuenta de clarificar el mensaje, ni los sentimientos, ni la demanda del paciente, y falta delicadeza en la forma de decir las cosas. Esto se agudiza en los profesionales médicos. Hay una carencia de escucha activa por parte de los profesionales. El hecho de la impaciencia, prisas e impulsividad lleva a algunos profesionales a no permitir que el paciente o familiar pueda expresarse y terminar sus frases” (I.Q. 2, focus group, 10/10/2019).

Hay que notar en el testimonio anterior el especial énfasis que la i.q. puso en el hecho de que los profesionales médicos sean quienes más falencias tienen al

comunicarse con los pacientes y sus familiares/acompañantes: **“Esto se agudiza en los profesionales médicos”**, indicó la participante.

Ello actúa en detrimento de la ejemplaridad que se espera de tales profesionales para el resto del equipo de trabajo, al margen de que quienes están en la base de la pirámide -teniendo en cuenta que el quirófano y la estructura hospitalaria en general es verticalista por naturaleza- puede sentirse incómoda o directamente temerosa de expresar problemas o preocupaciones.

Así lo refleja, en efecto, uno de los autores citados en el marco teórico de esta investigación: **“Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de aquellos individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación**, haciendo que esa persona parezca inabordable (Vitolo, 2010, p. 1).

2- Factores que influyen en el desarrollo de los procesos comunicacionales

Durante el desarrollo del focus group se evidenció que los profesionales de instrumentación quirúrgica eran conscientes de la importancia de una buena comunicación en el Servicio, siendo capaces de reconocer tantos factores facilitadores como obstaculizadores.

2.1- Factores facilitadores

Las i.q. que participaron del estudio transmitieron sus percepciones acerca de aquellos factores que promueven o inciden positivamente en la comunicación diaria dentro del Servicio. Se pudieron identificar los siguientes:

- **Implementación del Whatsapp**

Las i.q. reconocieron que la implementación de la aplicación de chat de WhatsApp facilitaba la comunicación dentro del sector:

Dentro del servicio, los aspectos positivos de la comunicación fueron mejorando con el avance e implementación de la tecnología, como es el grupo de Whatsapp, al través del mismo se comunica los

acontecimientos importantes que van surgiendo, logrando así una comunicación interna informativa y colaborativa, por este medio estamos informados de las novedades diarias (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

Se ha creado un grupo de Whatsapp [...] con la intención que mejore la comunicación de algunas cuestiones que tienen que ver con lo estrictamente laboral, mejorando así la comunicación interna” (I.Q. 2., focus group, 10/10/2019).

- **Comunicación interpersonal, afinidad entre pares**

Las participantes del focus group, pertenecientes al Servicio de Cirugía Digestiva revelaron que existía una gran afinidad entre pares, ya que formaban parte del mismo hacía varios años, logrando una experiencia en el trabajo en equipo y una comunicación fluida:

“El proceso de comunicación entre pares es según la afinidad que se tenga. Mayormente dentro del servicio de cirugía digestiva hay confianza, respecto y colaboración” (I.Q. 3., focus group, 10/10/2019).

Según Núñez Castillo (2011), la comunicación interpersonal es el principio básico de cualquier forma de comunicación organizacional. Estriba en el intercambio, verbal o no verbal, de información o sentimientos entre dos o más personas y tiene lugar en todas las áreas de los servicios de salud

De esta manera, se torna visible aquello de que en un proceso de comunicación la manera de producir mensajes y difundirlos depende de la calidad y el clima de las relaciones de trabajo que se encuentran en la organización (Dios Lorente y Jiménez Arias, 2009).

La experiencia en equipo va aquilatando la confianza interprofesional, es decir, el sentimiento de que los demás miembros saben lo que tienen que hacer y que lo harán correctamente. De esta manera aumenta el bienestar laboral, el rendimiento y la satisfacción. Además, solo en un clima de confianza es posible que los profesionales participen de reuniones y aporten opiniones o ideas (Rydenfält et al., 2012).

- **Aplicación de herramientas: check list, pase de turno, report diario**

La Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) formuló en 2004 una estrategia que se basa en la aplicación de un protocolo universal, desarrollado bajo los principios de prevención, participación activa y comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico, que incluye el uso de herramientas tales como el check list, pase de turno y report diario (Guamán Ludeña, 2015).

El check list me parece una herramienta muy correcta para facilitar la comunicación. En general, en nuestro servicio las herramientas de comunicación son buenas. Obviamente, pueden surgir errores, ya que somos humanos (I.Q. 1., focus group, 10/10/2019).

Según Guamán Ludeña (2015), este protocolo universal fue diseñado para garantizar que todo el personal se concentre en el paciente antes de iniciar la cirugía y asegurar que todo el equipo está de acuerdo en que se está haciendo el procedimiento correcto, al paciente correcto y en el lado correcto del cuerpo.

La supervisora de equipamientos aludió la utilidad de las planillas de pase de turno y el report diario de novedades:

Para disminuir o evitar los errores en la institución existen planillas de pase de guardia y un report diario de novedades foliado donde se escriben las cuestiones que la institución considera importantes y necesarias. Este sistema se implementa para fortalecer la comunicación verbal y dejarla de manera escrita (Supervisora 2, Comunicación personal, 20/09/2019).

2.2- Factores obstaculizadores

Las i.q. identificaron también diversos factores que solían obstaculizar la comunicación en el Servicio de Cirugía. En verdad, cuando ocurre el proceso de comunicación en una organización se pueden presentar ciertos factores, llamados barreras de la comunicación, que obstaculizan el desarrollo ideal del proceso comunicacional (Krohling, 2002).

- **Relaciones interpersonales deficitarias: falta de comunicación**

Al realizar el focus group, tres de las cuatro participantes dijeron percibir cierta despersonalización en las relaciones de trabajo, entre los compañeros y entre estos y los superiores, reduciéndose el contacto mutuo a una relación de tipo transaccional, con la cordialidad suficiente como para asegurar un el trabajo en equipo.

No obstante, concordaron todas las i.q. que el entorno laboral podría mejorar y con este, la productividad. Un dato que podría explicar los problemas de convivencia y la fallas en las relaciones interpersonales es el nivel de competencia y los celos, los cuales muchas veces se fundan en favoritismos y/ o desequilibrios en las recompensas que reciben los empleados frente al mismo esfuerzo o carga de trabajo:

“Los factores que dificultan la comunicación dentro del Servicio son la competencia laboral, celos y demás.... son cosas que perturban la relación laboral o trabajo en equipo, generando un desgaste continuo laboral y falta de comunicación” (I.Q. 3., focus group, 10/10/2019).

Según Garay (2013), el déficit de la comunicación no fomenta el trabajo en equipo y ocasiona falta de compañerismo y de participación en las actividades, que inciden finalmente en la falta de compromiso. Todo lo anterior es congruente con la idea de que las relaciones interpersonales estimulan la motivación laboral, favoreciendo el clima y potenciando la productividad, como ya se ha expresado:

“La comunicación entre pares es deficiente, informal, pero tiene que ver con la problemática laboral en sí, debido a la sobrecarga laboral y el ausentismo del personal. Pero no considero que haya muchas situaciones de comunicación entre pares respecto del trabajo que sean eficientes y lleven a mejorar algunas situaciones” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

La forma en cómo interactúan los integrantes de los grupos al interior de una organización y el modo como acostumbran realizar lo que hacen reflejan, ciertamente, aspectos relevantes de la cultura organizacional (Carrada, 2002), en este caso del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de un HPN.

- **Falta de claridad y feedback del equipo médico**

Todo lo dicho acerca de la importancia de la comunicación puede parecer secundario para muchos profesionales que sólo confían en su pericia técnica como cirujanos. Sin embargo, muchos de los accidentes que ocurren en el quirófano se podrían haber evitado si se hubiera efectuado una comunicación más clara y precisa entre los miembros del equipo quirúrgico:

Las consecuencias que se producen [por una incomunicación inadecuada en quirófano] son diversas. En primer lugar, una atención deficiente al paciente, por la falta de un instrumental. En segundo lugar, se suspende la cirugía, por falta de una aparatología. En tercer lugar y en un caso extremo y poco frecuente, pero sucede, que el paciente que haya sido ingresado al área quirúrgica no sea el correcto, debido a la falta de realización del check list, o que la cirugía no coincida con el diagnóstico del paciente (Supervisora 1, comunicación personal, 03/09/2019).

Según Nestel y Kidd (2006), para transmitir información de manera verbal es importante la claridad en la expresión y la escucha. La claridad depende en gran medida de que la información se transmita de forma completa. La información clara reduce los riesgos de que interpretaciones erróneas.

Una de las participantes del focus group expresó que por lo general los integrantes del cuerpo médico de la institución no son conscientes de sus pobres habilidades de relación interpersonal, disminuyendo así la moral del personal y dificultando la comunicación dentro del equipo, además de comprometer la seguridad del paciente: **“Con respecto a la comunicación entre los médicos hay una ruptura. No comunican claramente lo necesario con respecto al paciente,** ya sea de forma verbal o escrita y

siempre **tenemos que estar preguntando o adivinando** sobre la marcha” (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

Lo anterior es más comprensible si se tiene en cuenta la observación de Vitolo (2010), para quien tradicionalmente los médicos, especialmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos "solistas" que como miembros de un equipo.

- **Trabajo en equipo deficiente**

Las i.q. son conscientes de la importancia del trabajo en equipo dentro del Servicio de Cirugía. Sin embargo, perciben a diario una deficiencia notable en relación a la dinámica laboral que se establece entre los integrantes del Servicio. Según ellas, esta situación estaría dada en gran parte por la personalidad de cada individuo y la falta de comunión respecto a los objetivos y metas de trabajo:

“Creo que no existe un buen trabajo en equipo, debido a que somos muchas las personas que trabajamos, con diferentes intereses y objetivos. Además, **predomina lo de la ley del menor esfuerzo**, donde muchos buscan el bienestar propio y eso hace que se pierda el objetivo grupal y el compañerismo” (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

“Desde mi experiencia personal, **el trabajo en equipo es deficiente. Depende mucho de la actitud y personalidad de cada persona para lograrlo.** Yo constantemente trabajo en voz en alta, pidiendo colaboración si es necesario” (I.Q. 2, focus group, 10/10/2019).

Tal como afirman Rubio Tapia y Zúñiga Arriola (2019), los equipos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración. Los miembros del equipo priorizan la familiaridad por sobre la formalidad y se ayudan unos a otros para evitar equivocaciones. De aquí la importancia de un diálogo fluido entre los integrantes de un equipo de trabajo, el cual muchas veces no puede prosperar a causa del estilo agresivo de comunicación de algunas personas para con sus interlocutores.

Es relevante mencionar la percepción de la participante sobre el estilo de comunicación más utilizado en el servicio:

“A veces percibo una comunicación agresiva, que genera en muchas situaciones confusión, órdenes, contraórdenes y cambios imprevistos de directivas” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

En relación a esto último, Sánchez (2011) ha analizado los estilos comunicativos en el contexto sanitario, y entre ellos menciona el estilo comunicativo agresivo como un rasgo o característica de aquellos integrantes del equipo de salud que manifiestan sus derechos, sentimientos, emociones en detrimento de los demás, es decir, infravalorando y desestimando lo que los demás piensas y sienten.

Con todo, para tener una mirada más ecuánime conviene citar ahora el punto de vista de una de las i.q. que participaron del focus group:

“Yo creo que en el quirófano existe el trabajo en equipo, es un lugar donde el que trabaja tiene que tener, más bien una inclinación a ser solidario con el otro” (I.Q. 3, focus group, 10/10/2019).

La valoración positiva de esta i.q. sobre los equipos de trabajos, a diferencia de las otras profesionales que participaron del focus group, podría deberse, precisamente, a que por su tipo de personalidad tiende a subestimar los conflictos y prefiere ver “la mitad del vaso medio lleno”.

En otras palabras, no es difícil de constatar que en todo grupo humano conviven temperamentos y personalidades muy disímiles, en donde se torna posible encontrar personas con actitudes más optimistas que tienden a relativizar o minimizar los potenciales focos de conflicto, y otras personas que tienden a subrayar o remarcar la existencia de tales dificultades.

- **Falta de reuniones de trabajo**

El quirófano es un ambiente muy proclive a situaciones imponderables, ya no es posible garantizar un control absoluto de los procedimientos que allí suceden. La falta de reuniones asiduas en el Servicio de Cirugía genera, en este sentido, cierta perplejidad a los miembros del personal, pues consideran

que tal mecanismo ayudaría a tener criterios de acción más claros al momento de intervenir frente a una contingencia o imprevisto:

“En el Servicio al que pertenecemos **no se realizan reuniones desde jefatura hacia personal asistencial, con lo cual no hay una buena comunicación descendente** y por supuesto no la va a ver de manera ascendente. No existe un planteo de objetivos y no existe un planteo de realizar reuniones” (Supervisora 2, comunicación personal supervisora, 20/09/2019).

Este hecho, que reconoce la supervisora antes citada, fue reportado por una de las participantes del focus group, cuando afirmó:

“No hay reuniones por parte de la jefatura para la mejora continua del servicio” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

Esta manera de trabajar no debería ser vista como un simple aspecto de la cultura organizacional, sino como una falla de comunicación al interior del grupo de trabajo, en tanto se está privando al personal la posibilidad de tener un espacio donde compartir ideas, expresar opiniones, aclarar dudas, revisar protocolos, conocer noticias o novedades que afectan al personal, distribuir mejor las tareas, asignar responsabilidades o tareas específicas que surjan del consenso y no de la mera imposición.

Vítolo (2010), precisamente, asegura que una de las maneras de propiciar una adecuada cultura comunicacional consiste en “la facilitación del acceso del personal a los responsables de la organización” (p. 1). De modo que la falencia aquí mencionada se relaciona con un problema en los flujos de comunicación vertical -descendente y ascendente- entre superiores o jefes y el personal a su cargo (Robbins y Coulter, 2005).

Esas reuniones en equipo podrían ser un termómetro de la calidad de las relaciones interpersonales y una forma de evaluar el trabajo en equipo, pues en tales espacios el jefe o supervisor podría identificar el clima laboral existente, las actitudes del personal, el espíritu de colaboración, el nivel de pro-actividad. Todo lo anterior sin considerar que las reuniones de trabajo son una manera de potenciar el espíritu de equipo y acrecentar la confianza entre los integrantes del mismo.

Como señalan Rydenfält et al. (2012), la experiencia en equipo va aquilatando la confianza interprofesional, es decir, el sentimiento de que los demás miembros saben lo que tienen que hacer, y que lo harán correctamente. De esta manera, aumenta el bienestar laboral, el rendimiento y la satisfacción. Además, solo en un clima de confianza es posible que los profesionales participen de reuniones y aporten opiniones o ideas.

- **Impuntualidad en el pase de guardia**

La impuntualidad de los profesionales al momento de efectuar el relevo de una guardia da como resultado una comunicación poco efectiva entre profesionales, puesto que las demoras hacen que el profesional saliente no tenga tiempo suficiente para la transmisión de información al profesional que le sucede:

“El horario del ingreso del personal que toma la guardia al que se está yendo es fundamental porque termina influyendo sobre el pase de guardia. La información que sea puede ser trascendente y vital” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

“En la labor diaria el pase de turno es uno de los problemas de comunicación más relevantes, ya que debido a la gran impuntualidad del colega no se puede realizar en tiempo y forma dicho pase, generando falta de comunicación necesaria sobre el paciente” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

Por el contrario, lo esperado en un pase de guardia es que se produzca un proceso interactivo consistente en el traspaso de información específica sobre un paciente entre un profesional de la salud y otro con el propósito de garantizar la continuidad y la seguridad en su atención (Vítolo, 2011).

Rubio Tapia y Zúñiga Arriola (2019) afirman que cuando un equipo debe comunicar información compleja en un corto período de tiempo, la falta de comunicación o la mala interpretación pueden tener severas consecuencias. De allí la conveniencia de usar herramientas que aseguren que la información se transmita sin interferencias, con claridad y de modo completa, sin recortes ni omisiones:

“Para la toma de guardia, las planillas, por supuesto, en general, son realizadas. **Hay excepciones y es donde a veces surgen las problemáticas. La comunicación verbal en la toma de guardia la problemática que tiene es el factor tiempo. No se le da el tiempo ni la importancia adecuada.** Entonces quedan ítems en el aire y en su mayoría son importantes dichos ítems” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/2019).

Diferentes autores afirman lo mencionado por la entrevistada. Así, por ejemplo, Bustamante Galarza, Castro, Cívico y Méndez (2016) advierten que uno de los problemas limitantes para la comunicación efectiva durante el traspaso de pacientes tiene que ver con la habilidad de escucha de los profesionales, lo cual permite que la comunicación sea fluida, sencilla, clara y precisa entre los profesionales que prestan servicio asistencial en el área correspondiente.

● **Rumores**

Las i.q. que participaron de esta investigación concordaron en que la comunicación en el Servicio era empañada constantemente por la presencia de rumores, es decir, la circulación de información informal, de fuente no confiable, y que, por tanto, no puede tenerse como cierta e irrefutable:

“La comunicación en el servicio no siempre es clara y fluida, **surgen continuamente rumores**” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

Zepeda (1999) afirma que la comunicación informal se relaciona con el rumor, cuya divulgación no parece seguir un patrón uniforme. El rumor tiene valor porque identifica temas que los empleados consideran importantes. Actúa como filtro y como mecanismo de retroalimentación. Refleja los miedos y las preocupaciones de los empleados, así como la falta de información sobre alguna situación.

● **Ruido ambiental**

MacLean, Dixon y Ball (2013) han explicado adecuadamente cómo la comunicación verbal en el quirófano se ve afectada principalmente por el ruido,

que puede ser de dos clases: el ruido creado por los aparatos técnicos y los ruidos generados por el propio personal del equipo. La presencia de este elemento incrementa las posibilidades de distracción en el equipo de trabajo y los niveles de estrés.

Las entrevistadas expresaron que existían a diario diversas situaciones que incrementaban las distracciones del equipo quirúrgico:

“Entre los factores que influyen en los procesos de comunicación en quirófano están el **contexto que nos rodea**, que tiene un efecto negativo al comunicarnos de forma verbal o no verbal, por ejemplo, los ruidos y distracciones” (I.Q. 1, focus group 10/10/2019).

“Yo creo que **uno de los factores que influyen en la comunicación es el ambiental, ya que siempre somos muchos profesionales, generando muchos ruidos, incomodidad física**” (I.Q. 3, focus group, 10/10/2019).

Por todo lo dicho, la deficiencia del trabajo en equipo y el mal uso de las herramientas disponibles a nivel institucional en relación a la seguridad del paciente -por ejemplo, durante el pase de guardia-, evidencian la necesidad de reforzar la estrategia comunicacional interna a fin de mejorar la labor cotidiana en el Servicio de Cirugía.

- **Espacio físico cerrado**

Las características propias del espacio físico representan por sí una realidad que influye de forma directa e indirecta en la comunicación entre los profesionales. Como se ha mostrado anteriormente, el área quirúrgica es un espacio físico cerrado, que implica restricciones físicas y estructurales, donde se suele interactuar con frecuencia con las mismas personas:

“El quirófano es muy cerrado, una pecera. Cada uno tiene su hueco, su rincón. Sabe perfectamente lo que tiene que hacer. Como mucho te cruzas, te saludas, y si da para una conversación como mucho es de dos minutos” (I.Q. 3, focus group, 10/10/2019).

Si bien el problema mencionado puede devenir en malestar y perjudicar gravemente la comunicación dentro del quirófano, no menos cierto es que un buen sistema de actividades protocolizadas para todas las intervenciones quirúrgicas reduce el riesgo de cometer un accidente durante el desarrollo de una cirugía al fijar procedimientos previamente conocidos por todos los profesionales.

3. Influencia de la comunicación hospitalaria en el desempeño individual

Durante el desarrollo del focus group las i.q. del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana del Hospital expusieron la necesidad de hablar y de ser más escuchadas por sus jefes o superiores en un proceso de retroalimentación:

“El servicio tiene la particularidad, de no realizar reuniones por parte de las jefas para exponer diferentes inquietudes y disconformidades que planteamos a menudo los instrumentares quirúrgicos. **El grupo trabaja en disconformidad por percibir esas falencias, y se pone en manifiesto en un clima laboral tenso, desgaste personal, desinterés, ausentismo y un déficit del trabajo en equipo**, que es notorio desde hace muchos años en el servicio” (I.Q. 1, focus group, 10/10/2019).

Este problema parece tener su origen en la carga de trabajo hospitalario y la complejidad del entorno, en donde las urgencias se imponen cotidianamente y dejan poco espacio para una comunicación ascendente y descendente más fluida:

“La comunicación incluye al menos dos personas, y aunque esto parezca básico, no siempre lo tenemos en cuenta. Cada uno realiza su trabajo y esto genera una falta de confianza, credibilidad, empatía y no existe una comunicación no verbal eficaz. **Uno está estresado, se corre mucho y la poca comunicación que hay es agresiva**” (I.Q. 2, focus group, 10/10/2019).

En verdad, para evaluar la comunicación en el ámbito laboral no solo es importante determinar qué se dice, sino cómo se dice. Por eso, el respeto

constituye un factor fundamental para favorecer la comunicación. En este sentido, los gestos pueden hacer que la información carezca de respeto.

Ahora bien, la situación descrita supone un riesgo mayor para el desempeño profesional por el hecho de que las instrumentadoras refirieron que los problemas de comunicación interna terminan produciendo sentimientos de soledad y de incompreensión que desgastan al personal y lo inducen al aislamiento para evitar enfrentamientos o discusiones estériles:

“Te aíslas. Si no tenés buena relación con tus compañeras, te aíslas más. Me gusta mi espacio. Cuando termino mi quirófano no voy al descanso. Me quedo sola con mis cosas. A veces pienso que no me entienden mis compañeras, o no sé expresarme. No sé, me encierro en mí misma [silencio repentino y conmoción de la I.Q., a punto de llorar]” (I.Q. 4, focus group, 10/10/2019).

“La mala comunicación en el servicio trae consecuencias en el mismo: falta de motivación, problemas de salud por el estrés generado y ausentismo, ya a uno le da lo mismo ir o no a trabajar” (I.Q. 3, focus group, 10/10/2019).

Se puede decir así que el déficit de la comunicación no fomenta el trabajo en equipo y ocasiona falta de compañerismo y de participación en las actividades, que incide finalmente en la falta de compromiso laboral. En contrapartida, la existencia de relaciones interpersonales saludables podría estimular la motivación laboral, favorecer el clima laboral y potenciar la productividad.

Para fundamentar esto último es conveniente considerar que la comunicación interpersonal en el ámbito quirúrgico está relacionada con la satisfacción laboral. En este punto Fuentes Pérez (2015) sostiene que las relaciones entre pares y con los supervisores en los centros quirúrgicos debe ser la adecuada porque ambas aumentan el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo; y se convierte en un factor protector del desgaste profesional. También Apiquian Guitart (2007) afirma que “las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción” (p. 4).

En este marco y haciendo un balance general del focus group, resulta importante subrayar que los discursos, gestos y emociones de las i.q. durante el tiempo de ese encuentro reflejaban cierta resignación frente a los problemas de comunicación relatados. Ese sentimiento, por lo demás, puede interpretarse como aceptación de las diversas vivencias narradas, y nula expectativa de que se produzca un cambio significativo en el corto o mediano plazo dentro del Servicio.

4. Gestión de la comunicación quirúrgica dentro de Servicio

A través de la entrevista realizada a una de las supervisoras del turno mañana, se pudo conocer que no existía un interés expreso desde la Coordinación de quirófanos por mejorar el tema de comunicación interna. Más aún, se detectó que no existía un plan de gestión comunicacional:

“No existe ninguna estrategia o propuesta desde la Coordinación hacia el grupo de instrumentadores quirúrgicos. **[Además] en el Servicio al que pertenecemos no se realizan reuniones desde jefatura hacia personal asistencial, con lo cual no hay una buena comunicación descendente y por supuesto no la va a ver de manera ascendente.** No existe un planteo de objetivos. No existe un planteo de realizar reuniones de capacitación. No existe, en consecuencia, una devolución, feedback o un planteo de problemáticas de lo que está pasando en el grupo en determinados momentos institucionales que son muy críticos a nivel administrativos o a nivel laborables. Pero no existe, entonces las cuestiones terminan desbordando. **El personal asistencial solicita las reuniones y lo por lo general no se realizan**” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/19).

La supervisora recién citada expresó que sería esencial que el Servicio estableciera una serie de objetivos de trabajo para que el personal sepa a qué atenerse en su labor cotidiana y conocer cuáles son las expectativas de los jefes. También recomendó la implementación de reuniones entre superiores y personal a cargo para evaluar conjuntamente la consecución de las metas propuestas o las dificultades e inconvenientes ocurridos en el espacio de trabajo:

“Creo que primero tendríamos que darle espacio a la comunicación, cosa que no se le da, con lo cual desde ese punto de vista cualquier cosa que hagamos mejoraría la dinámica de trabajo, poniendo objetivos planteándolos a nivel de Servicio. **También les haría entender a todos cuáles son nuestras tareas o funciones, qué es lo que se pretende de nosotros, y a partir de ahí tener más o menos un mismo objetivo o una misma mirada sobre determinadas cosas, que no siempre se tienen y es por la falta de comunicación.** Porque de la misma manera que se plantean cuáles son los objetivos que se pretenden de nosotros desde la institución, **al no existir una devolución se va generando situaciones de incomodidad, nerviosismo.** Entonces ese espacio de comunicación es fundamental, para que fluya mejor la comunicación, ya no importa si es formal o informal” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/19)

Las reuniones solo se realizaban entre las jefaturas y los supervisores de los Servicios de manera bimestral. Las mismas son momentos de evaluación del trabajo realizado con el propósito de hacer ajustes o corregir errores. Con todo, la supervisora mostró su disconformidad con la impronta que suelen tener esas reuniones, puesto que en ellas se insiste demasiado o casi exclusivamente en los aspectos negativos del trabajo realizado, pero no existe un reconocimiento explícito del desempeño o esfuerzo mostrado por los miembros de cada Servicio:

“Sí se realizan [las reuniones] entre jefatura y supervisión, donde se plantean bimestralmente, se plantea una reunión en donde están presentes la mayoría de las jefas y supervisoras y **se nos plantean las situaciones o problemáticas a corregir o mejorar. Pero están focalizadas en eso, corregir y mejorar, nunca en una devolución positiva de lo que se hizo en un planteo de capacitación, en solicitar reuniones hacia el personal asistencial.** Hay una barrera comunicacional entre la jefatura y el personal asistencial de instrumentadores quirúrgicos. Todo esto conlleva un alto grado de ausentismo de parte del personal de instrumentación quirúrgica, lo que se hace difícil gestionar los recursos humanos en las actividades diarias” (Supervisora 2, comunicación personal, 20/09/19).

En consonancia con lo expresado hasta aquí, la otra supervisora también planteó la necesidad de promover reuniones interdisciplinarias, por considerar que el trabajo en equipo debe ser en equipo, y la comunicación interna solo puede mejorarse propiciando reuniones entre los miembros del equipo:

“Por el momento no se han implementado estrategias para promover la comunicación en el quirófano, así como tampoco se realizan reuniones de trabajo, para facilitar la comunicación interna y la mejora del servicio. Desde mi experiencia profesional la comunicación interna en el quirófano debe ser coordinada entre cirujanos, instrumentadoras, técnicos de anestesia, anesthesiólogos, farmacia y limpieza. Ya que es un trabajo que se realiza en equipo y si la comunicación no es efectiva la actividad en el quirófano no se va a desempeñar favorablemente” (Supervisora 1, comunicación personal, 03/09/19).

Sobra decir que la bibliografía sobre comunicación interna en quirófanos, tal como se ha relevado y sintetizado en el marco teórico de este trabajo, enfatiza que los equipos quirúrgicos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración, ayudándose entre todos para evitar errores y la comunicación entre los miembros del equipo: antes, durante y después de las intervenciones.

9- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo central analizar los procesos comunicacionales entre los instrumentadores quirúrgicos y el personal médico del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana en un importante Hospital Público Nacional (Bs. As.), de gestión descentralizada, médica y asistencial, que desarrolla tareas de curación, prevención, rehabilitación, docencia e investigación.

El área de quirófanos es una de las más sensibles dentro del ámbito hospitalario, en la que intervienen equipos multidisciplinarios compuestos por cirujanos, anestesiólogos, instrumentadores quirúrgicos, enfermeros, técnicos de rayos, técnicos de hemoterapia, personal de limpieza y camilleros, entre otros, y donde los factores tiempo e incertidumbre condicionan en gran medida los resultados que se obtienen en el proceso de atención del paciente.

Por ello, dentro del sector de quirófanos adquiere especial relevancia la problemática comunicacional. Se sabe, pues, que la carencia de comunicación efectiva es la primer causa raíz de los errores adversos en el campo de la salud, y que los errores relacionados con la comunicación son más frecuentes en áreas críticas -emergencias, cirugía o unidades cerradas- donde la urgencia

en asistir al paciente prima, incrementando el riesgo al error (Bustamante Galarza, Castro, Cívico y Méndez, 2016).

En este sentido, los procesos comunicacionales que se producen en el espacio quirúrgico con frecuencia son obstaculizados por diversos causales, afectando el buen desempeño de los profesionales que allí trabajan, menoscabando incluso las relaciones interpersonales. Sobre lo dicho da cuenta, precisamente, este trabajo de investigación.

A partir de los testimonios de las i.q. que participaron del grupo focal se puso de manifiesto que dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del Hospital **prevalcían los procesos comunicacionales informales por sobre los formales, de modo oral o por escrito, a través de un grupo de WhatsApp que había creado la supervisora del sector.**

El grupo de WhatsApp permitía interacciones entre los instrumentadores quirúrgicos en el trabajo diario, funcionando a modo de recordatorio de la agenda del día, como vía para transmitir información sobre algún paciente o, en caso de que escribiera una jefa, comunicar una orden a alguno de los miembros del grupo. Pese a estas ventajas del mencionado canal de mensajería, no todos los miembros del equipo de i.q. formaban parte de las conversaciones que allí se generaban, dado que su participación no era de carácter obligatorio.

Por su parte, **la comunicación formal se circunscribía a ciertos protocolos relacionados con la seguridad de los pacientes como el check list, la planilla pase de guardia, el parte quirúrgico y el report diario del servicio, cuyo uso no carece de algunas falencias e imperfecciones en la práctica cotidiana** por la aplicación indebida de tales herramientas por parte de algunos de los miembros del personal sanitario.

A su vez, a partir de un testimonio registrado con ocasión de realizar el grupo focal y de la entrevista a la que accedió una de las supervisoras del turno mañana, fue posible determinar que en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales de dicho Hospital **existía una comunicación deficiente con el paciente en la admisión externa.** Según se pudo conocer, los

pacientes suelen llegar con muchas dudas inmediatamente antes de la intervención quirúrgica a la que será sometido. Pero la falta de tiempo y de suficientes i.q. imposibilita un buen proceso de comunicación con los pacientes.

Ese hallazgo contradice lo recomendado por Arias et al. (2011), para quienes la comunicación con los pacientes debe ser amplia, eficiente y apropiada, en especial cuando se le va a practicar un estudio invasivo o una intervención quirúrgica. En efecto, el paciente que no está debidamente informado sobre las posibles adversidades tiene una tendencia a enojarse y a romper la relación profesional con el médico, lo que es motivo de conflicto y de una mayor demanda sanitaria.

Las dificultades en la comunicación también se extienden a los cuidadores o familiares de los pacientes. En este sentido, las i.q. que participaron del focus group transmitieron sus percepciones acerca de la comunicación con la familia, subrayando las restricciones de tiempo que el trabajo cotidiano impone como para entablar un diálogo fluido y acorde a las expectativas de los pacientes y sus familiares, que suelen tener muchas dudas, inquietudes y preocupaciones.

La falta de tiempo y de personal dedicado a la tarea de escuchar al paciente y a los acompañantes afecta la calidad de la comunicación, que algunas i.q. no dudaron en calificar como distante, poco clara, apática y poco sensible al momento de expresar o decir la información. Todo ello se agudiza en el caso de que la comunicación pre-quirúrgica con el paciente o sus familiares esté a cargo de un médico.

Por otra parte, las i.q. que participaron del estudio transmitieron sus percepciones acerca de aquellos **factores que promueven o inciden positivamente en la comunicación diaria dentro del Servicio.** Se pudieron identificar los siguientes: el uso del WhatsApp; la consolidación de equipos de trabajo duraderos -dado que el paso del tiempo incrementa la experiencia grupal, la confianza y el conocimiento de los miembros del equipo entre sí-; y la aplicación de herramientas: check list, pase de turno, report diario.

Las i.q. identificaron también diversos factores que suelen obstaculizar la comunicación en el Servicio de Cirugía: la falta de empatía y de relaciones

interpersonales poco cálidas; los favoritismos o la falta de trata equitativo por parte de los jefes o superiores hacia todos los subordinados o personal a cargo; los celos y la competencia; la falta de claridad y feedback del equipo médico; el trabajo en equipo deficiente; la presencia de estilos comunicativos agresivos; la falta de reuniones de los equipos de trabajo; la impuntualidad en los pases de guardia; los rumores como fuente de información no oficial; el ruido ambiental.

De lo dicho sobresalen los inconvenientes vinculados al estilo de comunicación agresivo y a la falta de habilidades discursivas, no solo por la falta de claridad y precisión en los mensajes orales, sino en las falencias de tipo emocional.

En verdad, para evaluar la comunicación en el ámbito laboral no solo es importante determinar qué se dice, sino cómo se dice. Por eso, el respeto constituye un factor fundamental para favorecer la comunicación. Ahora bien, la situación descrita supone un riesgo mayor para el desempeño de los profesionales del Servicio bajo estudio por el hecho de que las i.q. refirieron que los problemas de comunicación interna les producían sentimientos de soledad y de incompreensión, que las desgataban e inducían al aislamiento para evitar enfrentamientos o discusiones estériles.

La raíz última de las problemáticas expuestas en relación a la comunicación en ese Servicio de Cirugía puede deberse a que, efectivamente, **no existe un interés expreso desde la Coordinación de quirófanos por mejorar los asuntos de comunicación interna. Más aún, no existe un plan de gestión comunicacional**, de acuerdo a lo que las supervisoras del turno mañana declararon al ser entrevistadas.

Por cierto, una de ellas expresó que sería esencial para el Servicio establecer una serie de objetivos de trabajo a fin de que el personal sepa a qué atenerse en su labor cotidiana y conocer cuáles son las expectativas de los jefes. También recomendó la implementación de reuniones entre superiores y personal a cargo para evaluar conjuntamente la consecución de las metas propuestas o las dificultades e inconvenientes ocurridos en el espacio de trabajo

Asimismo, lo dicho por esa supervisora concuerda con la bibliografía sobre comunicación interna en quirófanos, de la cual se colige que los equipos quirúrgicos altamente efectivos se caracterizan por la confianza, el respeto y la colaboración, ayudándose entre todos para evitar errores y dialogando con fluidez antes, durante y después de las intervenciones quirúrgicas.

A propósito de esto último, conviene reparar que también las i.q. manifestaron su preocupación por la falta de reuniones periódicas con el equipo de trabajo del quirófano. De hecho, para Vázquez Martos, Sorli y Gómez González (2016) resulta fundamental convocar reuniones en el postquirúrgico inmediato con el fin de discutir los resultados de la intervención practicada, el pronóstico del paciente y propuestas para mejorar a futuro si fuera necesario. Ello permite al equipo prepararse mejor para la próxima intervención y ayuda a evitar que se repitan los mismos errores, en el caso de que haya existido alguno.

Con respecto a la falta de escucha por parte de los jefes o superiores, que algunas i.q. expresaron en el grupo focal, conviene recordar lo dicho por Vítolo (2010), para quien una de las maneras de propiciar una adecuada cultura comunicacional hospitalaria consiste en “la facilitación del acceso del personal a los responsables de la organización, la eliminación o el aplanamiento de las jerarquías entre los miembros del staff y el estímulo para el trabajo en equipo” (p. 1). En verdad, los procesos de comunicación circulares, en oposición al modelo piramidal -donde prima la comunicación descendente y autoritaria-, son más convocantes, inclusivos y humanos.

Por otra parte, conviene hacer algunas indicaciones sobre las limitaciones del presente estudio, y que bien podrían ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones. En ese sentido, la producción de datos que se llevó a cabo en esta oportunidad no incluyó otras técnicas de relevamiento tales como la observación que, a diferencia de las entrevistas y el grupo focal -utilizadas en el presente trabajo- evitan, en parte, la “traducción” que los sujetos en estudio hacen de sus ideas/emociones/prácticas en función de lo que ellos consideran que es lo que se espera que digan/hagan y, en consecuencia, actuar de acuerdo al “deber ser” más que a lo que realmente es.

Además, en futuros estudios podrían incorporarse otros ámbitos de indagación con características similares al seleccionado -por ejemplo, el equipo quirúrgico de otra especialidad- o ampliar el universo de estudio, extendiendo el marco muestral a otros actores del equipo quirúrgico con el fin de fortalecer y ampliar los resultados que ya se han alcanzado. Desde el punto de vista teórico, no menos importante sería incorporar el enfoque de género, que ayuda a comprender la influencia de las culturas que privilegian a un género en detrimento de otros, todo lo cual serviría para enriquecer el análisis de los resultados.

No obstante, y a la luz de los hallazgos reportados, la presente investigación constituye un verdadero aporte para repensar la comunicación en el ámbito hospitalario desde un enfoque cualitativo. Por cierto, la concepción tradicional de la comunicación en el campo de la salud pública tiende a centrarse en las acciones comunicativas que promueven el bienestar físico y psíquico de las personas y las comunidades en que viven con el propósito de generar consciencia sobre el cuidado de la salud individual y comunitaria.

Pero la primacía de ese enfoque preventivo ha introducido un sesgo de difícil remoción en los estudios sobre comunicación hospitalaria, a saber, pensar que la comunicación de una organización sanitaria es solo o principalmente un fenómeno comunitario, descuidando así los procesos comunicacionales que se establecen hacia dentro de la estructura sanitaria, entre los diversos profesionales de la salud, y que pueden afectar no solo la comunicación externa -con el paciente y la sociedad en general- sino también la calidad de la atención ofrecida.

10- RECOMENDACIONES

Del análisis de los testimonios de las i.q. que participaron del grupo focal y de las supervisoras entrevistadas para esta investigación, se infiere la necesidad de una revisión profunda y sistemática de la comunicación interna y externa dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y de Paredes Abdominales por parte de la institución hospitalaria, habida cuenta de los diversos inconvenientes y dificultades señalados antes.

Para conseguir este propósito pueden realizarse encuestas al personal, realizar reuniones periódicas o establecer un buzón de sugerencias para identificar necesidades y demandas del personal en torno a la comunicación intrahospitalaria, sobre todo la relacionada con el funcionamiento del Servicio de Cirugía en cuestión.

Es importante también que los jefes del Servicio respondan a las inquietudes del personal a su cargo en forma oportuna, y generar reuniones de equipo de manera periódica con el fin de estrechar lazos, intercambiar ideas, promover el conocimiento de los miembros del equipo entre sí, aumentar la confianza y la estima mutua.

Sería deseable que las jefaturas promuevan un buen ambiente de trabajo, cálido, humano, dinámico. Asimismo, programar capacitaciones continuas, como talleres de trabajo en equipo, liderazgo, habilidades comunicativas y relaciones humanas. Es importante, ciertamente, fortalecer a todos los profesionales en estrategias de liderazgo, comunicación efectiva y trabajo en equipo, fomentando su colaboración activa en la construcción de protocolos basados en normativas internacionales y bajo un modelo de atención centrado en el paciente.

Un asunto no menor es que, tras implementar cualquier táctica o acción de gestión de la comunicación, se debe proceder a la evaluación de sus resultados. El monitoreo continuo de tales acciones no solo permitirá valorar los resultados obtenidos, sino también identificar posibles oportunidades de mejora.

11- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Águila Ribalta, Y. (2005). Comunicación en la vida cotidiana. Disponible en: <https://bit.ly/2SfA0D4> Fecha de recuperación: 13 agosto de 2019.

Aguirre, D. et al. (2019). Descripción de las herramientas de comunicación utilizadas en el área quirúrgica y la perspectiva de los instrumentadores quirúrgicos. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 39(2): 36-42.

Alcuaz Caballero, L. y Portas Badosa, M. (2015). Factores que influyen en la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. *Metas Enfermería*, 18(8): 6-11.

Anaya Prado, R., Medina Portillo, J. y Pérez Navarro, J. (2011). Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad. *Cirujano General*, 33(1), 96-97.

- Apiquian Guitart, A. (2007). El síndrome de burnout en las empresas. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán 26 y 27 de abril, 2007. Disponible en: <https://bit.ly/3eBWCpv> Fecha de recuperación: 17/07/20.
- Arias, J. L., Lujano, R. O., Páez, I. P., Trinidad, D. V. y Solórzano, M. E. Y. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 9(3), 167-174.
- Arias, A., Idarraga, D., Giraldo, V. y Gómez, L. M. (2015). Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 68-75.
- Bejarano Ramírez, D. F. (2015). *Comunicación y coordinación en el rol interdependiente de enfermería en una IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá: en el primer semestre de 2014* [Tesis de Maestría]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/30sHFzy> Fecha recuperación 10/5/2018.
- Bethune, R., Sasirekha, G., Sahu, A., Cawthorn, S. & Pullyblank, A. (2011). Use of briefings and debriefings as a tool in improving team work, efficiency, and communication in the operating theatre. *Epub*, 87(1027), 331-34.
- Bustamante Galarza, K., Castro, K., Cívico, M. y Méndez, E. (2016). La seguridad del paciente, una visión global [online]. CABA: Hospital Alemán. Disponible en: <https://bit.ly/2IHw9RO> Fecha de recuperación: 27/09/2019.
- Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. B. (1994). *Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington, EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.
- Carrada, T. (2002). ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Med IM*. SS, 40(3), 203-211.
- Casales, J.C. (1989). *Psicología social. Contribución a su estudio*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R. y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de Burnout en médicos de familia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.*, 33, 34-40.
- Chung Luna, J. y Huarcaya Vaca, C. (2017). Estrategias eficaces para mejorar la comunicación del personal de salud en centro quirúrgico. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener. Disponible en: <https://bit.ly/354fg5F> Fecha de recuperacion: 24/05/19.
- Cuesta Benjumea, C. de la (1997). Investigación cualitativa en el campo de la salud. [online]. *Revista Rol de Enfermería*, 232, 13-16. Disponible en: <https://bit.ly/2OIHrRi> Fecha de recuperación: 02/05/19.
- Cuesta-Benjumea, C. de la (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210.
- Davenport, D. L., Henderson, W. G., Mosca, C. L., Khuri, S. F., & Mentzer Jr, R. M. (2007). Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(6), 778-784.
- Denman, C. A. y Haro, J. A. (2002). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. *Región Y Sociedad*, 14(23), 236.
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 113-124.
- Dios Lorente, J.A. de, Jiménez Arias, M.E. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [artículo en línea]. *MEDISAN* 13(1). Disponible en: <https://bit.ly/38jCiGT> Fecha de recuperación: 24/05/19.
- Espinoza, M. (2003). La comunicación interpersonal en los servicios de salud. *Punto Cero*, 8(7), 20-30.

- Ferrario de Pruden, M.E., Scocco, E. y Barbieri, P. (2012). Comunicación en el área quirúrgica. Seguridad del paciente. *RAA*, 70 (1), 21-26.
- Fuentes Pérez, M. (2015). Opinión y satisfacción laboral del personal de enfermería que trabaja en los quirófanos de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante. Disponible en: <https://bit.ly/2Zu4pCk>
Fecha de recuperación: 23/05/19.
- Garay Baño, A. (2013). *La comunicación organizacional y su incidencia en el clima laboral de la empresa "comunikt" de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi*. [Tesis]. Univ. Ambato, Ecuador. Disponible en: <https://bit.ly/2ON4haa> Fecha de recuperación: 07/06/19.
- García Castañeda, C. (2012). Diagnóstico de la situación de la comunicación organizacional interna en el Instituto Nacional de Cooperativas-Inacap. [Tesis]. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencias de la Comunicación. Disponible en: <https://bit.ly/2HdzbV5>
Fecha de recuperación:02/05/19.
- García Moyano, L., Arrazola Alberdi, O., Barrio Forné, N. y Grau Salamero, L. (2003). Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. *Metas Enferm.*, 16(1):57-60.
- Gibson, J. L., Donnelly, J. H., Ivancevich, J. M. y Konopaske, R. (2006). *Organizaciones: comportamiento, estructura, procesos*. México, DF: McGraw-Hill.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 47(6):732-41.
- Gil Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Guamán Ludeña, P. F. (2015). *Correlación entre aplicación de lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud en cirugía segura y morbilidad trans y post operatoria*. [Tesis de especialización]. Quito/Ecuador: UIDE. Disponible en: <https://bit.ly/2OP9mPw> Fecha de recuperación: 17/08/19.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Disponible en: <https://bit.ly/2vsK1nn> Fecha de recuperación: 03/03/19.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Lima, Perú: McGrawHill.
- Hospital Italiano (2013). Encuesta de comunicación interna. Entre Nosotros, 187, 10-14. Disponible en: <https://bit.ly/36SCf4m> Fecha de recuperación: 09/01/20.
- Hospital Posadas (2020). Sitio Web. Disponible en: <https://bit.ly/2KKXNVs> Fecha de recuperación: 01/02/20.
- JCI (2013). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. USA: JCI. Disponible en: <https://www.kfshrc.edu.sa/store/media/1oh.pdf>
- Krohling, M. (2002). *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. Sao Paulo: Summus Editorial.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J.L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. y van-der Hofstadt, C.J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223.
- Ley 14865 (24/11/2016). Ejercicio de la profesión del Instrumentador/a Quirúrgico/a en la Provincia de Buenos Aires. Boletín Oficial: 09/01/2017. Disponible en: <https://bit.ly/3CaGecJ>
- MacLean A.R, Dixon E. & Ball CG (2013). Effect of Noise on Auditory Processing in the Operating Room. *J Am Coll Surg*, 217(6):1154.
- Manotas Llinás, D. (2018). *Características de la comunicación que dan lugar a fallos en la atención en salud en un hospital en el departamento del Atlántico, en los periodos 2016-2017*. [Tesis] Barranquilla: Universidad

del Norte). Disponible en: <https://bit.ly/2NrodQ4> Fecha de recuperación 10/5/2018.

Martínez, H., Borroto, R. y Iglesia, M. (1986). *Iatrogenia y error médico. Temas de ética médica*. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas.

Medina Aguerrebere, P. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(1), 19-28.

Mira, J.J . (2013). La comunicación interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Disponible en: <https://bit.ly/2TIXfa0> Fecha de recuperación: 19/01/20.

Moreno-Millán, E., Villegas-Del Ojo, J., Prieto-Valderrey, F. y Nieto-Galeano, J. (2011). Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med intensiva*; 35(1):3-5.

Nestel, D. & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview (online). *BMC Nurs*, 5,1. Disponible en: <https://bit.ly/2tx2leH> Fecha de recuperación: 13/06/19.

Núñez Castillo, V. V. (2011). *La Comunicación Interpersonal y su incidencia en el Rendimiento Laboral del H. Municipio del Cantón Mocha*. [Tesis]. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Disponible en: <https://bit.ly/38hZpSo> Fecha de recuperación: 12/04/19.

Obregón, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Revista Folios*, 23, 13-29. Disponible en: <https://bit.ly/32Ybhps> Fecha de recuperación: 27/09/19.

Ocampo, M. C. (Comp.) (2011). *Comunicación empresarial: Plan estratégico como herramienta gerencial y nuevos retos de comunicador en las organizaciones*. Chía, Colombia: Ecoe Ediciones.

OMS (28/05/2019). Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. [WHA72.6]. Disponible en: <https://bit.ly/302n5rH> Fecha de recuperación: 12/09/2020.

- OMS (13/09/2019). Seguridad del paciente. Disponible en: <https://bit.ly/33RdYev> Fecha de recuperación: 12/09/2020
- Ongallo, C. (2007). *Manual de comunicación: guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*. Madrid, España: Dykinson.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la seguridad, Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*. Francia: WHO.
- Palacios Ceña, D. et al. (2014). El análisis de datos cualitativos mejora las investigaciones médicas. *Salud(i) Ciencia*, 21(1), 56-59.
- Pelitti, P. (2016). Estrategias de comunicación interna y externa de los hospitales públicos bonaerenses de la Región Sanitaria XI. *Question*, 1(49), 368-379.
- Petracci, M. y S. Waisbord (comps.) (2011). *Comunicación y Salud en Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Puente, F. y Pilar, R. del (2018). *Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Regional de Medicina Tropical "Julio César Demarini caro" La Merced-Chanchamayo 2015*. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <https://bit.ly/331oYUK> . Fecha de recuperación: 2/05/19.
- Ramírez Arias, J. et al. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 9(3), 167-174.
- Ramos Domínguez, B. (2005). Calidad de la Atención, Error Médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3): 239-44.
- Reyes, M., Rebeca, C., Agudelo Durango, J., Areiza Correa, S. M. y Giraldo Palacio, D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 277-291.

- Robbins, S. P. (2004). *Comportamiento organizacional*. México D.F., México: Pearson Educación.
- Robbins, S. y Coulter, M. (2005). *Administración*. México D.F., México: Pearson Educación.
- Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. Disponible en: <https://bit.ly/3kJ6vFI>
- Ronsmans, C. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, 368, 1189-2000.
- Ronald, M. y Epstein, M.D. (2001) Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*, 27(7):511-513.
- Ruiz, J. I. (1999). La investigación cualitativa. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Rydenfält, C. et al. (2012). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *J Adv Nurs*, 68(4):783-95.
- Sánchez Carvajal, I. K. (2017). *La comunicación interna y su vinculación con la eficiencia laboral del personal de consulta externa del Hospital General Docente Ambato*. [Tesis]. Ambato, Colombia: Universidad Técnica de Ambato. Disponible en: <https://bit.ly/2naSfNg> Fecha de recuperación: 12/08/19.
- Sánchez, C. C. (2011). *La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Sevilla, España: Comunicación Social.
- Sánchez, C. et al. (2013). Caracterización de los patrones de comunicación en salas de cirugía, durante procedimientos en un hospital de tercer nivel. *Revista Colombiana de cirugía*, 28(1), 31-38.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Serie Comunicación y salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud. Disponible en: <https://bit.ly/2OOf11k> Fecha de recuperación: 17/06/19.

- Souza Minayo, M. de (2004). *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Souza Minayo, M. de, Deslandes, S., Cruz Neto, O. y Gómez, R. (2003). Investigación social: teoría, método y creatividad. In *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Torres Manrique, B. et al (2016). Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. *Enf Global*, 15(1):183-94.
- Uranga, W. (2016). *Conocer, transformar, comunicar*. Buenos Aires, Argentina: Patria Grande.
- Uranga, W. (2018). La comunicación es acción: comunicar desde y en las prácticas sociales. Disponible en: <https://bit.ly/2mpyTU9> Fecha de recuperación: 18/09/2019.
- Vázquez Martos, S., Sorli Sara, I. y Gómez González, N. (2016). Comunicación efectiva entre los profesionales en el área quirúrgica como factor de calidad en el paciente: Checklist. Disponible en: <https://bit.ly/3bxGuET> Fecha de recuperación: 2/09/2019.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. De las ciencias: Buenos Aires.
- Villanueva Boloix, R. y González González, R. (2015). La comunicación entre enfermeras quirúrgicas: conviviendo entre dos mundos. *Index de Enfermería*, 24(4), 212-216.
- Vítolo, F. (2010). Comunicación efectiva en quirófano. Disponible en: <https://bit.ly/39WSCyB> Fecha de recuperación: 10/01/20.
- Vítolo, F. (2011). Problemas de comunicación en el equipo de salud. Disponible en: <https://bit.ly/2FAUMpP> Fecha de recuperación: 10/01/20.
- Vítolo, F. (2013). Pases de pacientes y continuidad de la atención en instituciones de agudos. Disponible en: <https://bit.ly/3bqbiYt>

- Wauben, L.S. et al. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *Int J Qual Health Care*, 23(2):159-66.
- Weinstein, L. (1974). Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno [Conferencia]. Disponible en: <https://bit.ly/2uMajkr> Fecha de recuperación: 02/01/20.
- Weldon. S., Korkiakangas, T., Bezemer, J. & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *Br J Surg*, 100(13):1677-88.
- World Health Organization (2008). *Guidelines for safe surgery*. Ginebra: WHO
- Zayas Agüero, P. M. (2010). Los fundamentos teórico metodológicos de la selección de personal. *Edición electrónica gratuita*. Disponible en: <https://bit.ly/2uCNnnV> Fecha de recuperación: 12/06/19.

12- ANEXOS

- 1) Modelo de check list utilizado en un hospital publico nacional

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA		
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____		FECHA: _____
SERVICIO: _____		Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____ DNI: _____
PROCEDIMIENTO: _____		
ANTES DE INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DEL QUIRÓFANO
INGRESO DEL PACIENTE CIRCULANTE CONFIRMA <input type="checkbox"/> Identidad del Paciente Lado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico Corresponde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procedimiento NO Corresponde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado <input type="checkbox"/> Ayuno según protocolo (si corresponde) <input type="checkbox"/> Baño previo según protocolo	PAUSA QUIRÚRGICA CIRCULANTE CONFIRMA <input type="checkbox"/> Que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes	PREVIO AL CIERRE CIRCULANTE CONFIRMA <input type="checkbox"/> Recuento de instrumental, gases y agujas es CORRECTO Rotulado de muestras correcto: Corresponde <input type="checkbox"/> NO Corresponde <input type="checkbox"/> ¿Se detectaron problemas relacionados con el instrumental y los equipos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ANESTESISTA <input type="checkbox"/> Control de Equipamiento de la Anestesia <input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso colocado y funcionando <input type="checkbox"/> Verificación de existencia de alergias conocidas <input type="checkbox"/> Chequeo de Vía Aérea (Riesgo de Aspiración) <u>De existir riesgo:</u> Constatar que haya equipos de ayuda <input type="checkbox"/> Verificación de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos <input type="checkbox"/> El equipo quirúrgico conoce las comorbilidades del paciente	CIRUJANO, CIRCULANTE Y ANESTESISTA CONFIRMAN VERBALMENTE: <input type="checkbox"/> Identidad del paciente <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Chequeo de control de decúbitos y fijación del paciente	ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO CONTROL DE HISTORIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> Traspaso escrito de medicación postquirúrgica <input type="checkbox"/> Parte quirúrgico completo <input type="checkbox"/> Parte anestésico completo
CIRUJANO Demarcación de Sitio: Corresponde <input type="checkbox"/> NO Corresponde <input type="checkbox"/> Chequeo de disponibilidad de Estudios Complementarios: Corresponde <input type="checkbox"/> NO Corresponde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verificación de Riesgo de Hemorragia > 500 ml (7ml/kg niños) Si existe riesgo Prever la disponibilidad de accesos venosos y sangre	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
INSTRUMENTADOR CIRCULANTE <input type="checkbox"/> Cirujano e Instrumentadora verificaron los materiales protésicos necesarios <input type="checkbox"/> Confirmación de esterilidad del instrumental <input type="checkbox"/> Chequeo del correcto funcionamiento de los equipos necesarios.	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE	OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

2) Pase guardia para instrumentadores

Coordinación de Instrumentación Quirúrgica

Hoja de pase de guardia

Fecha:Quirófano N°:HoraPaciente:.....HC N°:.....
 Procedimiento en curso:.....
 Instrumentadores salientes:.....
 Instrumentadores entrantes:
 Quirófano para acondicionar:..... Conteo de gases realizado:.....
 Resultado conteo gasa:.....
 Cajas en uso:.....
 Cantidad de elementos:.....Papel identificador:.....
 Torre de laparoscopia en uso:.....N° de Torre:.....
 Certificado de implantes realizado:.....Anatomía patológica:.....
 Pieza de anatomía preparada:.....
 Electro bisturí N°/Ultra cisión:.....
 Posicionadores en uso:.....
 Firma de los instrumentadoras salientes:.....
 Firma de los instrumentadoras entrantes en conformidad.....

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

3) Hoja de información/consentimiento informado

Se lo está invitando a participar de un trabajo de investigación por su experiencia dentro del servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del Hospital.

- Nombre del proyecto de investigación: Procesos de comunicación en quirófano entre el personal de instrumentadores quirúrgicos y el personal médico que desempeña sus tareas en el Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana, en un Hospital Público Nacional (Bs. As., 2018).
- Investigador: Yanina Porreca Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.
- Propósito: La presente entrevista/ grupo focal pretende profundizar sobre la comunicación en el ámbito quirúrgico entre el personal que desempeña sus tareas.

Dicho objetivo se encuentra enmarcado en el Plan de tesis para el otorgamiento de título: Magister en Gestión en Sistemas y Servicios de salud otorgado por la Universidad Nacional de Rosario.

La entrevista tendrá una duración máxima de 60 minutos y el grupo focal será de 2 hs aprox. Se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de su desempeño.

1. En cualquier momento puede desistir de participar y retirarse de la investigación.
2. Se resguardará su identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de su desempeño.
3. Esta información podría ser ampliada una vez concluida su participación.

Si Ud. tiene dudas sobre el proyecto, puede contactarse con la Lic. Yanina Porreca llamando al 4469-9300 interno 4011/4025, o bien mandar un mail a porrecasabelo@yahoo.com.ar.

Si Ud. Tiene dudas respecto de sus derechos como participante de una investigación, puede dirigirse al Comité de Bioética “Dr. Vicente Federico del Giúdice” que se encuentra en el 3º sector F del Hospital Posadas, se puede contactar con la sede llamando al 4469-9200 interno 5214, o bien con el Dr. Carlos Apezteguia o Dra. Noemí Cacace Linares, en el interno 5207.

También puede mandar un mail acomitebioetica@gmail.com

Agradezco su participación y contribución a este proceso de entrevista e investigación.

Firma del participante

4) Guía de preguntas para las entrevistas

1. ¿Qué piensa y cómo percibe la comunicación que existe entre los profesionales que trabajan en el servicio?
2. ¿Cómo se organiza la comunicación en la etapa pre-quirúrgica?
3. ¿Qué problemas de comunicación suelen darse en la etapa pre-quirúrgica?
4. Durante el desarrollo de una intervención quirúrgica de Cirugía Digestiva ¿quién es el encargado de coordinar y dar las órdenes precisas para que haya un proceso de comunicación efectiva, es decir que permita la correcta realización de la tarea?
5. ¿Surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico e instrumentadores?
6. ¿Cuáles son, según su experiencia, las consecuencias que se producen en relación a la atención del paciente cuando ocurren situaciones que intervienen en la adecuada comunicación dentro del lugar de trabajo?
7. ¿surgen problemas de comunicación consecuencia de los cambios de turno... de que tipo?

8. ¿Podría mencionar aquellos factores o aspectos que dificultan el proceso de comunicación dentro del ambiente de trabajo en general, y del Servicio en particular?
9. ¿Qué aspectos mejoraría en el proceso de comunicación entre compañeros/as instrumentadores?
10. ¿Qué aspectos mejorarían en el proceso de comunicación entre instrumentadores y médicos/as?
11. ¿Cómo debería ser, según Ud., la comunicación interna en el quirófano para que la misma sea efectiva y fluida?
12. ¿Cuáles son las herramientas que facilitan, según su experiencia, la comunicación efectiva dentro del quirófano?
13. ¿Existe alguna estrategia implementada por la gestión de la Coordinación de quirófanos del Hospital para promover la comunicación interna? (Por ejemplo, capacitación en comunicación).

5) Guía de preguntas para el desarrollo del focus group

Presentación:

Muchísimas gracias por estar aquí. Sé que es un gran esfuerzo el dejar sus actividades para poder acompañarme en esta sesión en donde desarrollaremos una técnica denominada grupo focal (focus group, en inglés), cuyo objetivo es promover el debate y discusión sobre un tema en particular. En este caso, se busca reflexionar de manera conjunta sobre la comunicación dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del turno mañana del Hospital.

He formulado unas preguntas que son en realidad guías para poder motivar la discusión:

1. ¿Cuáles son las acciones de comunicación más comunes que se producen entre los profesionales dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes abdominales del Hospital?

2. ¿Qué acciones de comunicación se desarrollan entre los profesionales que trabajan el servicio y los pacientes/familiares/cuidadores?
3. ¿Cómo evaluarían el proceso de comunicación que se da entre los instrumentadores y entre estos y los médicos dentro del Servicio de Cirugía Digestiva y Paredes Abdominales del Hospital?
4. ¿Cómo evaluarían el proceso de comunicación que se suele establecer entre el personal que trabaja en el Servicio y los pacientes/familiares?
5. ¿Qué aspectos de la comunicación dentro del Servicio les parecen positivos? ¿Por qué?
6. ¿Qué tipos de problemas de comunicación surgen como consecuencia de los cambios de turno?
7. ¿Considera Ud. que existe el trabajo en equipo dentro del quirófano?
8. ¿Qué opinan sobre la clase de herramientas de comunicación que se aplican dentro del quirófano relacionadas con la seguridad del paciente (check-list, pasa de guardia, planilla del parte quirúrgico, etc.)?
9. ¿Cómo cree que influyen los problemas de comunicación entre los profesionales que trabajan en el Servicio y la seguridad del paciente?
10. ¿Cómo es la comunicación con sus compañeros de trabajo fuera del ámbito del quirófano? ¿o el vínculo es estrictamente laboral?
11. ¿Podría mencionar aquellos factores o aspectos que dificultan el proceso de comunicación dentro del ambiente de trabajo en general, y del Servicio en particular?
12. ¿Cómo creen que influye la comunicación entre los compañeros de trabajo y el clima laboral dentro del Servicio?
13. ¿Cómo afectan los problemas de comunicación a la relación o trato entre profesionales dentro del lugar de trabajo?
14. ¿Qué aspectos mejorarían en relación al proceso de comunicación entre instrumentadores y médicos dentro del Servicio?

15. ¿Qué aspectos mejorarían en el proceso de comunicación entre compañeros instrumentadores dentro del Servicio?