UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012

Alexander Puello Ortega

Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá
Convenio Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
Programa de Maestria
Bogota, D.C.
2012

Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012

Alexander Puello Ortega

Tesis de Grado presentado como requisito para optar el título de:

Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia del Cuidado

Directora

Rosibel Prieto Silva, MSc. PhD.

Profesora Asociada - Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ

CONVENIO UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRIA

BOGOTA, D.C.

2012

Dedicatoria

A Dios, a quien todo se lo debo, mi vida, mi sustento, mi fuerza, mi esperanza, mi casa, mi familia y la capacidad de discernimiento para enfrentar los retos de este proceso formativo.

A mi Papá, que está en el cielo por haberme dado la vida y sus sabios consejos sin los cuales no hubiese aprovechado esta gran oportunidad.

A mi Mamá, quien es mi motor y me motivo todo el tiempo para seguir adelante con este proyecto, ella es la razón de mi vivir.

En especial a mí asesora Dra. Rosibel y compañeras Marylolis y Cenith, quienes me dieron su apoyo incondicional para que este sueño se hiciese realidad.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia y a la Universidad de Cartagena por haber acogido y apoyado la propuesta contribuyendo al desarrollo y al crecimiento de la enfermería desde su formación en Maestrías en toda la costa atlántica.

A la Doctora Rosibel Prieto por ser una amiga, por la confianza y el apoyo incondicional brindado al autor en la orientación metodológica y ejecución del proyecto.

A la Institución de salud objeto de estudio por haber permitido la ejecución del proyecto dentro de sus instalaciones .

A la profesora Dora Parra por la autorización y la orientación de usar el instrumento ICU Enfermera – Medico de Shortell et al. versión en español.

A todas las enfermeras quienes de manera voluntaria participaron y contribuyeron a la recolección de la información, y permitieron el desarrollo del proyecto en la institución.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la comunicación y coordinación de Enfermería, en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal. La población estuvo constituida por cien enfermeras(os) que aceptaron participar voluntariamente. La información se recolecto mediante la aplicación del "Cuestionario de práctica colaborativa UCI medico-enfermera de Shortells, escala de comunicación y coordinación", validado en el contexto colombiano, con un alfa de Cronbach de 0,92 para la comunicación y de 0,82 para la coordinación.

El promedio de los puntajes de la dimensión comunicación a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad, fue de 3,8 en las unidades de urgencias, cirugía, y hospitalización y 3,7 en la Unidad de Cuidados Intensivos y Programas especiales. Así mismo en la dimensión de coordinación se hallaron resultados similares en las unidades de cirugía y hospitalización con un promedio de 3,9 y un promedio de 3,3 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y urgencias; mientras que en urgencias el promedio fue 3,8.

Los resultados del estudio permitieron concluir que la mayor parte de los factores que conforman las dimensiones de *comunicación y la coordinación* entre las enfermeras(os) y con el equipo salud, fueron evaluados positivamente, al hallarse resultados similares en las unidades en las puntuaciones y promedio de los puntajes a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad, tanto para la comunicación como para la coordinación lo cual facilita que enfermería asuman de manera óptima la continuidad de los cuidados en lo que tiene que ver con el rol interdependiente.

Se recomienda a los profesionales de enfermería continuar realizando investigaciones sobre la comunicación y coordinación de enfermería, al disponer de un instrumento válido y confiable.

Palabras clave: calidad de la atención en salud, atención de enfermería, comunicación.

Abstract

The present study aimed to evaluate the communication and coordination of Nursing, in a highly complex IPS city of Cartagena. This was a descriptive study. The population

involved one hundred nurses (I) who agreed to participate voluntarily. The information was collected by applying the "Questionnaire-physician collaborative practice ICU nurse Shortells, level of communication and coordination", validated in the Colombian context, with a Cronbach's alpha of 0.92 for communication and 0.82 for coordination.

The average scores of the communicative dimension individually for all nurses of the same unit, was 3.8 in the emergency department, surgery, and hospitalization and 3.7 in the Intensive Care Unit and Special Programs. Also in the coordination dimension similar results were found in the surgery and hospital units with an average of 3.9 and an average of 3.3 services for ICU and ER, while the average was in the emergency room 3.8.

The results of the study led to the conclusion that most of the factors that make the dimensions of communication and coordination among nurses (I) and the health team, were evaluated positively, to find similar results in the units and average scores of individual-level scores for all nurses of the same unit, both for communication and for the coordination which facilitate nursing optimally assume continuity of care when it has to do with the role interdependent.

It is recommended that nurses continue research on communication and coordination of nursing, to have a valid and reliable instrument.

Keywords: quality of health care, nursing care, communication.

Contenido

Pág.

1. Marco referencial 3
1.1 Descripción del área problemática 3
1.2 Problema de investigación 8
1.3 Justificación del estudio 8
1.4 Objetivos 9
1.4.1 Objetivo general 9
1.4.2 Objetivos específicos 9
1.5 Definición de conceptos 9

2. Marco teórico 11
2.1 Comunicación y coordinación en salud 11
2.2 Comunicación y coordinación en enfermería como elementos de la calidad del cuidado. 14
2.3 Medición de la comunicación y coordinación desde la perspectiva del modelo efectividad del rol de enfermería. 18

3. Marco del diseño 27
3.1 Tipo de estudio 27
3.2 Población 27
3.3 Descripción del instrumento 28
3.3.1 Validez y confiabilidad del instrumento. 28
3.3.2 Dimensiones que evalúan la comunicación y coordinación en el rol independiente de Enfermería. 31
3.3.3 Interpretación del instrumento. 32
3.3.4 Caracterización de la población. 34
3.4 Procedimientos para recolección de la información 34
3.5 Plan de análisis de los datos 35
3.6 Aspectos éticos 35
3.6.1 Solicitud de consentimiento informado. 36
3.6.2 Difusión de los resultados. 37
3.7 Control de sesgos 37
3.8 Prueba piloto 39
3.9 Limitaciones del estudio 39

4. Análisis de los resultados 41

4.1 Características de la población 41
4.2 Descripción de las dimensiones de comunicación en enfermería 44
4.3 Descripción de las dimensiones de coordinación en enfermería 58
4.4 Comunicación y coordinación global en enfermería. 64

5. Discusión..... 67

6. Conclusiones y recomendaciones 73
6.1 Conclusiones 73
6.2 Recomendaciones 74

Lista de figuras

Pág.

Gráfica 1. Distribución de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2011, según tiempo de experiencia profesional en la IPS y tiempo de permanencia en la unidad. xx

Grafica 2. Promedio de puntajes individuales de las dimensiones comunicación y coordinación para todas las enfermeras de la misma unidad.

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. Distribución de la población según unidad y edad de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2011. 42

Tabla 2. Distribución de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente Cartagena 2011, según tiempo de permanencia en la unidad. 44

Tabla 3. Escala comunicación. Dimensión 1. Franqueza en la comunicación dentro del grupo. 45

Tabla 4. Escala comunicación. Dimensión 2. Franqueza en la comunicación entre los grupos. 47

Tabla 5. Escala comunicación. Dimensión 3. Exactitud de la comunicación dentro del grupo. 48

Tabla 6. Escala comunicación. Dimensión 4. Exactitud de la comunicación entre los grupo. 50

Tabla 7. Escala comunicación. Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos. 52

Tabla 8. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras- médicos) 53

Tabla 9. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna 55

Tabla 10. Escala comunicación. Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación. 57

Tabla 11. Escala coordinación. Dimensión 1. Planes formales y reglas dentro de la unidad. 58

Tabla 12. Escala coordinación. Dimensión 2. Planes formales y reglas entre las unidades. 60

Tabla 13.Escala coordinación. Dimensión 3. Mecanismos de coordinación, personales e informales dentro de la unidad. 61

Tabla 14. Escala coordinación. Dimensión 4. Mecanismos de coordinación, personales e informales entre las unidades. 62

Tabla 15. Escala coordinación. Dimensión 5. Relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades. 63

Introducción

Irvine et al[1], basándose en la propuesta de Donabedian de medición de la calidad mediante el enfoque estructura, proceso y resultado, desarrollaron un modelo que permite evaluar la contribución de enfermería a la calidad del cuidado desde estas tres aproximaciones, para lo cual hicieron uso de algunos instrumentos orientados a medir particularmente el componente de proceso que desagregaron en tres roles: rol dependiente, interdependiente e independiente.

Reconociendo la importancia de los instrumentos diseñados por Irvine et al., para la medición del la efectividad del rol de Enfermería y el aporte que pueden hacer al aproximarse a la medición de variables que influyen en los resultados de la calidad del cuidado, Parra y Arango[2], enfermeras colombianas, realizaron un estudio metodológico en el año 2008 con el objetivo de evaluar la validez facial, de contenido, de constructo, consistencia interna y reproducibilidad de las escalas de Comunicación y Coordinación del instrumento ICU enfermera-medico de Shortell et al., versión larga, que fueron usadas por Irvine et al., para medir rol interdependiente de Enfermería en su modelo Efectividad del rol de Enfermería como variable de proceso que inciden en los resultados de la calidad de la atención

Los resultados revelaron que el instrumento es válido, confiable y reproducible en el contexto colombiano, a partir de lo cual se recomienda su utilización para el estudio de la coordinación y comunicación como indicadores del rol interdependiente de Enfermería, en el marco del Modelo de Efectividad de Rol propuesto por Irvine et al.

Contar con dicho instrumento, motivo la realización del presente estudio cuyo objetivo fue evaluar la comunicación y coordinación de las enfermeras en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad de la ciudad de Cartagena.

Este documento se divide en cuatro capítulos. En el primero de ellos se presentan el marco referencial, que incluye formulación del problema, justificación, objetivos y

---

[1] DORAN DI., et al. An empirical test of de Nursing Role Effectiveness Model. J Adv.Nurs. 38(1).pp. 29-39. 2002. Citado por PARRA, D., ARANGO, G. En: Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. [on line] av.enferm. XXVIII (1):51-62,2010.Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_6.pdf

[2] PARRA, D., ARANGO, G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. [on line] av.enferm. XXVIII (1):51-62,2010. Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revis/articulos/xxviii1_6.pdf

definición de conceptos. El segundo capítulo corresponde al marco teórico, en el se describe el modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, propuesto por Irvine et al., las escalas de comunicación y coordinación variables de proceso rol interdependiente de Enfermería y la construcción y psicometría de las escalas del instrumento que permiten la medición de dichas escalas. El capítulo tercero presenta el marco de diseño y el cuarto capítulo da a conocer los resultados, acorde con cada uno de los objetivos específicos propuestos.

Se espera que este estudio, pueda constituirse en un referente para quienes tengan interés por medir aspectos de la comunicación y coordinación como variables de proceso que influyen en los resultados del cuidado, a fin de hacer que estos aspectos logren fortalecer la atención que presta el profesional de Enfermería en las instituciones de salud.

1. Marco referencial

1.1 Descripción del área problemática

La comunicación y coordinación son requisitos fundamentales para realizar los procesos que se requieren en la dinámica del cuidado. Al respecto diversos autores han considerado su importancia, tanto para el área asistencial como administrativa de las instituciones de salud.

En el área asistencial. Enfermería ha sido considerada un pilar fundamental para la dirección y gestión en todos los servicios asistenciales, debido a su mayor grado de interacción directa con los usuarios internos y externos, por tanto la comunicación y coordinación es de vital importancia para alcanzar la calidad de la atención.

El movimiento de evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería en Cartagena, es reciente y sus métodos de medición aún están en las etapas de desarrollo. Las definiciones y mediciones básicas aún no han sido estandarizadas formalmente. Sin embargo, se cuenta con conocimiento disciplinar que da directrices para que los profesionales de Enfermería puedan mejorar la gestión y calidad de los cuidados. De hecho, todo profesional de Enfermería tiene la obligación de garantizar que los servicios sean de buena calidad por ser un principio ético de la práctica profesional[3].

En las investigaciones realizadas que buscan medir la comunicación y coordinación de Enfermería, se ha empezado a demostrar que estas influyen en la calidad del cuidado. Entre estas investigaciones se citan las siguientes:

Knauss et al, citado por Dougherty et al[4], afirma que en ciertos ambientes hospitalarios como las unidades de cuidado intensivo se ha demostrado la importancia de la

---

[3] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1966. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Capítulo I. Artículo 2. Publicado en el Diario Oficial No. 42.710, de 5 de febrero de 1996.

[4] DOUGHERTY, et al. A review of instruments measuring Nurse-Physician collaboration. En: JONA. Vol. 35, No 5 (2005); p. 244-253. Citado por PARRA, D. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente en Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008. p. 22.

comunicación y coordinación en el logro de resultados positivos para los pacientes. Los autores argumentan que en este servicio se presentan las mayores tasas de severidad, mortalidad y errores de la práctica clínica. Por tanto, recomiendan que en el ambiente de cuidado crítico la intervención médica y de enfermería sea inmediata, con diálogo activo y una adecuada coordinación y comunicación para responder rápidamente a los cambios de los pacientes.

A si mismo Cohen[5], en sus investigaciones incluyó la comunicación y coordinación como variables de proceso que influyen en los resultados tales como la reducción de los días de estancia, disminución en el número de medios diagnósticos y aumento en la satisfacción de los usuarios.

Por su parte Longest[6], también considera que la comunicación es importante, al afirmar que los gerentes deben compartir la información en la forma más vasta posible, tanto entre departamentos como en todos los niveles de la jerarquía. A fin de motivar una comunicación eficaz, las organizaciones deben vencer los numerosos obstáculos que bloquean, filtran y distorsionan los mensajes. Las organizaciones jerárquicas tienden a promover únicamente el flujo vertical de información, desde los gerentes en el nivel más alto hasta los supervisores y, por último, hasta los trabajadores. No obstante, proporcionar información horizontalmente, en todas las unidades, es crucial para la coordinación.

Según Larson y king[7], los líderes de una organización deben valorar el recibir información exacta, aun cuando sea negativa o desagradable. De otro modo, los empleados tenderán a reportar a sus supervisores sólo las buenas noticias. Podrían hasta falsificar los informes por temor a ser castigados por obtener malos resultados.
Zuauf[8], afirma que una comunicación eficaz ayuda a cada miembro del personal a entender la importancia de su trabajo y de su unidad para el resto de la organización. Así

[5] COHEN, E. Nursing Case management: Does it pay?. En: Journal of Nursing Administration. Vol. 21. No 4 (1991); p. 20-25. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.22.

[6] LONGEST, B.B. Health professionals in management. Stamford, Connecticut, Appleton and Lange. 1996. Citado por: MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011.

[7] LARSON, E.W. and KING, J.B. The systemic distortion of information: An ongoing challenge to management. Organizational Dynamics 24(3): 49-61. Winter 1996. Citado por: MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011.

mismo a comunicación contribuye a cumplir con sus objetivos. En cambio, cuando la información es restringida, los individuos y las unidades no pueden apreciar todo lo que representa la organización y tienden a trabajar independientemente, por lo general en conflicto el uno con el otro.

Los reportes del estudio realizado por Buxbaum[9], informan que el Consejo Nacional de Planificación Familiar de Zimbabwe (ZNFPC) en Boston, emprendió un esfuerzo de cuatro años para fortalecer la coordinación y comunicación interna a fin de que todos los empleados, el personal de enfermería, los distribuidores comunitarios y los supervisores entendieran su función en el sistema de referencia. El ZNFPC decidió tomar esta medida después de que un oficial provinciano de Enfermería encontró que los distribuidores comunitarios rara vez referían a los clientes de planificación familiar a las clínicas, como se suponía que hicieran. De hecho, los distribuidores comunitarios y el personal de las clínicas se veían como programas separados y no como partes de la misma organización. El esfuerzo de coordinación interna incluyó modificar la capacitación del personal de Enfermería, llevar a cabo seminarios para los distribuidores comunitarios y el personal de Enfermería, volver a capacitar a los supervisores y reconocer públicamente a los distribuidores comunitarios por sus altas tasas de referencia. Las mejorías en la coordinación dieron lugar a más referencias. También aumentaron la comprensión y la confianza entre los distribuidores comunitarios, los supervisores y el personal de las clínicas.

Tellechea Rodríguez M.O. et al[10]., en su estudio Nuevos roles de Enfermería: coordinación para una atención integral desarrollado en el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” que se configuró en el proyecto “Definición e implementación de competencias avanzadas de Enfermería” con el objeto de perfilar e implementar roles de Enfermería mejor adaptados a las necesidad de los pacientes crónico, definieron que entre los roles de Enfermería, la coordinación interniveles es fundamental por lo que diseñaron un circuito de comunicación para asegurar la homogenización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados.

---

[8] ZULAUF, C.A. Systems thinking. Info-line, No. 9703. Alexandria, Virginia. American Society for Training and Development, Mar. 1997. p. 1-16. Citado por: MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011.

[9] BUXBAUM, A., ED. MILLER, J., series ed. Working solutions worldwide. Family Planning Manager, Boston, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 4 Jan./Feb. 1995. p.19. Citado por: MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011

[10] TELLECHEA RODRÍGUEZ M.O. et ál. Nuevos roles de Enfermería: coordinación para una atención integral. Internet. Disponible en: http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Nuevos%20roles%20de%20enfermeria.pdf. Citado 18 de julio de 2011.

En este proyecto la Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) es la encargada a nivel de la atención especializada de captar, coordinar y garantizar el seguimiento de la población a cargo. La Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA) junto con la EGEH planifica la adecuada transición al domicilio utilizando el proceso de atención y sistemas estandarizados para la práctica enfermera. El desarrollo del proyecto permitió optimizar la comunicación interniveles garantizando la continuidad de la atención integral, unificando servicios de Enfermería de manera personalizada. La educación sanitaria fue uno de los pilares fundamentales de este programa piloto para aumentar la capacitación y responsabilidad de los pacientes y familiares fomentando su autocuidado. La unificación de criterios, creación de guías consensuadas y protocolos de actuación conjuntos entre especializada y primaria, permitieron trasmitir un único mensaje que aportó seguridad y claridad al paciente y familia. Las autoras concluyeron que la coordinación interniveles es una herramienta fundamental para evitar trámites innecesarios, duplicidad de consultas, reingresos y reagudizaciones[11].

Así mismo Irvine et al[12], demostraron en su modelo de Efectividad del Rol de Enfermería que la comunicación y coordinación contribuyen en los resultados del cuidado. Para ello hicieron uso de algunos instrumentos orientados a medir particularmente el componente de proceso que desagregaron en tres roles: interdependiente, dependiente e independiente. Para medir el rol interdependiente consideraron indispensable estimar aspectos de comunicación y coordinación, reconociendo que numerosas investigaciones dan cuenta de los efectos de estos factores sobre los resultados en los pacientes y en los profesionales de enfermería.

Al igual que Irvine et al, otros investigadores como Sidani et al, Manojlovich y McGill Hall et al también evaluaron la comunicación y coordinación en enfermería utilizando las escalas del instrumento de Shortell et al. Sidani et al[13], encontraron que la composición del equipo y una buena composición del equipo de Enfermería contribuían a una percepción de la comunicación más abierta, exacta y oportuna, lo cual a su vez se asociaba con un mejor estado funcional de los pacientes.

---

[11] TELLECHEA RODRÍGUEZ M.O. et ál. Op. cit.: Internet. Disponible en: http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Nuevos%20roles%20de%20enfermeria.pdf. Citado 18 de julio de 2011, p.1.

[12] IRVINE DIANE et al. Linking outcomes to Nurses roles in Hralth care. En: Nursing Economics. Vol. 16. N° 2 (marzo-abril 1998); p.58. Health & Medical Complete. Citado por: PARRA, D. En: Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008. p.29.

[13] SIDANI et al.Theory-driven approach to valuating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1 (2004); p. 60-65. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.30

Manojlovich[14], por su parte al evaluar la comunicación entre el grupo y la comunicación entre enfermera-médico. Para este estudio, se usó la dimensión de exactitud de la comunicación entre los grupos, franqueza en la comunicación entre los grupos, la oportunidad en la comunicación y el entendimiento entre el grupo. Los resultados indicaron que ninguna de las conceptualizaciones del ambiente de trabajo ha sido aún relacionada empíricamente con la comunicación, agrega que las características del hospital tales como el tamaño, la ubicación y el que sea hospital universitario han sido asociadas con la comunicación médico-enfermera[15].

McGill Hall et al[16], en un estudio correlacional exploraron la asociación entre los equipos de enfermería y los modelos de entrega de cuidado y sus resultados, también utilizó el cuestionario de Shortell et al, para medir la comunicación y coordinación. Este estudio incluyó la apertura, exactitud, oportunidad, comprensión y la satisfacción para la comunicación. Para la coordinación se teorizó según el uso de acercamientos individuales de cuidar o de un acercamiento programado tal como el uso de los planes del cuidado y guías clínicas. La coordinación de la unidad fue medida por los planes y los horarios escritos, los protocolos de tratamiento, las políticas y los procedimientos, los esfuerzos del director de la unidad e interacción interpersonal.

En el contexto colombiano Parra y Arango[17], realizaron el estudio titulado Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir el rol interdependiente de Enfermería. El propósito de este estudio fue evaluar la valides y reproducibilidad de las escalas de comunicación y coordinación del instrumento ICU enfermera-medico diseñado por Shortell et al., en el idioma español para que pudiera ser utilizado posteriormente en Colombia.

---

[14]MANOJLOVICH, M. Linking the practice environment to nurses´ job satisfaction through nurse-physician communication. Health Policy and Systems. En: Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter. Vol. 37, No 4 (2005); Health & Medical Complete; p. 369. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.30.

[15] SHORTELL, S.M., et al. The performance of intensive care units: ¿Does good management make a differences?. En: Medical Care. Vol. 32. No 5 (1994); p. 508-525. Citado por PARRA en Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.30.

[16] MCGILL HALL, L., DORAN, D. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol. 19. No 1 (2004); p. 27-33. Citado por PARRA DORA en Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.31.

[17] PARRA DORA. Op cit.,p.32

Teniendo en cuenta la importancia que tiene para la profesión de Enfermería ampliar el conocimiento disciplinar sobre la comunicación y coordinación y el poder contar con un instrumento validado en el contexto colombiano que permite medir este fenómeno en la ciudad de Cartagena, dentro del contexto de una clínica privada que tiene un importante número de enfermeras contratadas para la atención a los usuarios en los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos y hospitalización, teniendo en cuenta además que no existen antecedentes investigativos relacionados con este tema; por tanto se desconoce.

1.2 Problema de investigación

¿Cómo se da la comunicación y coordinación de las enfermeras en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad de la ciudad de Cartagena?

1.3 Justificación del estudio

Con el fin de lograr mejorar la calidad de la atención en salud, el Gobierno nacional ha mantenido una legislación cambiante por más de una década, todo ello con el propósito principal de satisfacer las necesidades de la población a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

En concordancia con este propósito los profesionales de enfermería han asumido un compromiso con la calidad. Entre estos el grupo de profesionales del área asistencial, quienes se han visto en la necesidad de ampliar sus conocimientos, en lo referente a la comunicación y coordinación Enfermería para lograr una participación interprofesional más eficiente y acorde las exigencias del proceso de atención.

Según Ortega et al, la búsqueda de la calidad del cuidado de Enfermería se constituye en un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de prácticas de atención a la salud de calidad y libre de riesgos. Para lograr lo anterior recomienda aplicar estrategias apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso logrado en programas de mejora continua de la calidad.

En este orden de ideas la presente investigación surge de la necesidad de evaluar la comunicación y coordinación Enfermería en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de alta complejidad de la ciudad de Cartagena, bajo los lineamientos conceptuales del Modelo efectividad del rol de Enfermería, teniendo en cuenta que este modelo ha guiado y desarrollado investigaciones destinadas a identificar y medir la comunicación y coordinación Enfermería como variables de proceso del rol interdependiente de enfermería.

El rol interdependiente de enfermería rebasa los límites de la colaboración pasiva como auxiliar del médico, para convertirse en líder de la innovación y mejora continua de los procesos de calidad de la atención, para ello la enfermera, requiere de habilidades de comunicación y coordinación tanto con otros enfermeras como con otros profesionales de

la salud, con el propósito de obtener mejores resultados en las practicas de cuidado. De este propósito nació el interés de realizar el presente estudio, que busca evaluar la comunicación y coordinación de enfermería en una IPS de alta complejidad.

La relevancia practica del estudio radica en la importancia que tiene la comunicación y la coordinación en la continuidad del cuidado y examinarlas ayuda en el diseño de estrategias que conduzcan a mejorar los indicadores de calidad de la atención.

Por tanto se espera que los resultados orienten la intervención de los factores que influyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción de la comunicación de enfermería, según las escalas del instrumento ICU enfermera-medico de Shortell et al., versión en español.

La relevancia teórica del estudio se fundamenta en proporcionar a la comunidad científica un aporte en la evaluación de la comunicación y coordinación de enfermería sustentada en la aplicación de conocimientos propios de la profesión, que podrá ser reproducida en otras IPS que tengan interés en evaluar y monitorear la calidad con dimensiones y subdimensiones relacionadas con la comunicación y coordinación de Enfermería y así poder establecer en los programas de calidad las mejoras continuas que se requieran.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Evaluar la comunicación y coordinación en enfermería en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena, según las escalas del instrumento ICU enfermera-medico de Shortell et al., versión en español.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar las características de la población.
- Describir las dimensiones de la comunicación y coordinación de las enfermeras en una IPS de alta complejidad de Cartagena, según las escalas del instrumento ICU enfermera-medico de Shortell et al., versión en español.

- Medir la comunicación y coordinación global de las enfermeras en la IPS de alta complejidad de Cartagena.

1.5 Definición de conceptos

- Calidad del cuidado de enfermería. Se define como la prestación de una ayuda eficiente y efectiva a la persona fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la

persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio[18].

- Rol de Enfermería. Son componentes que están basados en estándares de práctica que han sido establecidas por reguladores externos y o por normatividad que ha evolucionado a través del tiempo[19].

- Rol interdependiente de Enfermería. Actividades y funciones en las cuales las enfermeras se involucran y dependen total o parcialmente de las funciones de otros suministradores de cuidado en salud para ejecutar sus propias actividades. Este rol puede ser evaluado por medio de la correlación de datos concernientes con las distintas características de la comunicación entre enfermera-enfermera y otros suministradores del cuidado y por la continuidad del cuidado y su coordinación[20].

- Comunicación. Habilidad de las enfermeras para comunicar y articular su opinión a otros miembros del equipo de cuidado en salud. Esta es medida mediante un número de diferentes dimensiones que influyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción[21].

- Coordinación. Actividad consciente por la cual se ensambla y se sincronizan esfuerzos de trabajo diferenciados de tal manera que las enfermeras funcionan armoniosamente en el logro de los objetivos organizacionales[22].

---

[18] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1966. Op cit. Capítulo I. Artículo 2.

[19] IRVINE et al. Linking outcomes to Nurses roles in Hralth care. En: Nursing Economics. Vol. 16. N° 2 (marzo-abril 1998); p.58. Health & Medical Complete. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008. p. 39.

[20] Ibíd. p. 39

[21] LONGEST B., KLINGERSMITH, J. Coordination and communication. Health Care Management: Organizational Design and Behavior, Delmar, New York, 1194, p. 182-211. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2008. p.40.

[22] SHORTELL et al, Op. cit., p. 712. Citado por PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2008. p.40.

2. Marco teórico

En el capítulo marco teórico se abordan temáticas relacionadas con los elementos conceptuales de la comunicación y coordinación en la atención en salud y su influencia en la calidad del cuidado de enfermería, del modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, propuesto por Irvine et al., las escalas de comunicación y coordinación variables de proceso rol interdependiente de Enfermería y la construcción y psicometría de las escalas del instrumento que permiten la medición de dichas escalas.

2.1 Comunicación y coordinación en salud

La atención en salud ha sido objeto de debate por muchos años. Las discusiones normativas y criterios en torno a este tema se han centrado en una serie de factores que determinan la calidad de la atención, tales como los recursos físicos, económicos, tecnológicos, administrativos y del talento humano, de acuerdo con los diferentes niveles de complejidad.

Los usuarios de los servicios de salud, requieren que todos los responsables de la atención se involucren en las acciones destinadas a mantener y mejorar la calidad del servicio que prestan. Es por ello que Enfermería, tiene la responsabilidad de promover la cultura de la calidad del cuidado, desarrollando una actitud proactiva en el monitoreo de la satisfacción de las necesidades de los usuarios, para lo cual debe comunicar y coordinar las intervenciones a realizar con otras enfermeras, con otros profesionales de la salud; especialmente con los médicos y otras dependencias de la institución.

De esta manera la comunicación y coordinación de Enfermería hoy día es necesaria y tema de interés, por su importancia en el proceso de atención y sirve para evaluar los resultados en cuanto a la eficiencia, efectividad y eficacia de los cuidados de Enfermería. Sin embargo para lograr una buena comunicación y coordinación en la atención en salud es necesario comprender íntegramente su importancia.

Para ello se hizo una revisión exhaustiva de la literatura encontrándose varios autores que a través de la historia han dado su aporte para la comprensión del fenómeno en estudio.

Fernández[23], se refiere a William Edwars Deming por su aporte como pionero del movimiento de la calidad en la industria, en el cual se define la calidad como lo más básico "hacer lo correcto en la manera correcta", a fin de dar cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuadas a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo. En 1982, publicó un libro donde Deming sintetizaba su teoría de gestión basada en sus famosos "14 puntos" para impulsar la calidad y las "siete enfermedades" que lo impide.

Uno de estos puntos es concentrar la supervisión, que se refiere a ayudar al personal a desempeñar mejor su trabajo y tomar medidas preventivas. Otro punto es estimular la comunicación eficaz, de dos vías, y otros medios que eliminen temores en toda la organización y ayudar a las personas a trabajar unidas para servir los propósitos del sistema. Este asentimiento corresponde a la gerencia de relaciones humanas dado que es la que se encarga de que exista una comunicación fluida y una buena relación de compañerismo en el ámbito laboral. También se ocupa de erradicar el miedo en la organización para que el empleado se sienta más seguro en su trabajo.

Otro punto se centra en romper las barreras existentes entre los departamentos de la empresa estimulando el trabajo en equipo, congregando esfuerzos de áreas diferentes. Este tipo de comunicación sin barreras favorece a la transferencia de información Inter-departamental para llegar a concluir con los objetivos establecidos por la empresa de una forma más eficiente. Este punto trata el tema de la comunicación entre los subordinados, por lo tanto pertenece a la gerencia de relaciones humanas.

Otros dos puntos se refieren a eliminar el uso de objetivos numéricos, afiches y lemas en los cuales se pide nuevos niveles de productividad sin dar los métodos y proveer las herramientas y entrenamiento necesarios el de mejorar permanentemente la calidad y la productividad. También se refiere a la necesidad de eliminar las barreras que le impiden al trabajador el derecho de sentirse orgulloso de su destreza. La gerencia general puede llegar a estar insatisfecha por no poder delegar tareas y por lo tanto no poder cumplir con su labor.

Otro punto importante se refiere a instituir un vigoroso programa de educación y auto mejora. corresponde a la gerencia de relaciones humanas dado que es la encargada de asegurarse de que el asalariado reciba la capacitación actualizada necesaria para ser lo más productivo posible.

[23] FERNANDEZ DEL RIO DONOSO LORENA. Biografía de William Edwars Deming: el guru de la calidad total. Universidad de playa Ancha. Programa de doctorado en políticas y gestión educativa. Septiembre, 2010. Internet. Disponible en: http://genesismex.org/ACTIDOCE/CURSOS/CHILE-CO-OT'10/GURUS/LORENA-DEMING.pdf. citado julio 12 de 2011.

El último punto se refiere a definir el compromiso permanente de la alta gerencia con la calidad y productividad y su obligación de implementar todos estos principios, esto corresponde a la gerencia general dado que la misma se encarga de que los principios se lleven a cabo lo mejor posible. Se requiere de coordinación y de trabajo en conjunto por los objetivos en común para lograr el cambio.

Por su parte Ríos[24], a través de un artículo de revisión de tema analizó el concepto comunicación en salud y algunas de las definiciones esbozadas hasta el momento por organismos internacionales y expertos del tema. Presenta una mirada crítica y reflexiva sobre algunos de los principales modelos teóricos desarrollados en el campo de la comunicación en salud. Esboza un análisis del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social y se compara con las otras teorías y modelos de comunicación en salud discutidos en el escrito. El autor apoyado en el Healthy People 2010, destaca los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva. Estos son:

1. Exactitud. El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.

2. Disponibilidad. El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito. Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así medios electrónicos tales como Internet deben ser considerados.

3. Balance. El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.

4. Consistencia. El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.

5. Competencia cultural. El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.

6. Evidencia base. Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.

7. Alcance. El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.

8. Fiabilidad. La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.

9. Repetición. El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.

[24] RIOS HERNÁNDEZ, IVAN. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Universidad de Puerto Rico. [en línea] perspectivas de la comunicación.cl/revista.2011. pp.123-140. Disponible en: http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/revista_1_2011/09_articulo_1_2011.pdf

10. A tiempo. El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.

Luego del análisis reflexivo concluye que el apoderamiento de las comunidades en las estrategias de prevención de enfermedades, representa un reto para los estudios concernientes a las teorías y modelos que tratan de explicar de forma simplificada los elementos inmersos en un proceso de comunicación en salud

Manzur y Morales[25], consideran que toda organización de trabajo se basa en una actividad grupal o de equipo, la complejidad de los procesos laborales, el uso de una tecnología más sofisticada obliga a departamentalizar o dividir los sistemas de producción, necesitando de la colaboración de distintos profesionales, expertos en distintos campos y con formación diferente. El área de salud no podía sustraerse a este principio general, siendo los hospitales los primeros que entendieron la importancia del trabajo en equipo. Por tanto el equipo de Salud al igual que otros equipos de trabajo están en mayor o menor medida expuestos a problemas al interior de ellos, lo que provoca una fuerte insatisfacción, que se traduce en desmotivación y deterioro en la calidad de atención al usuario.

Por otro lado el autor afirma que las relaciones humanas de las personas se ven afectadas por diversos motivos lo que conlleva a crisis y conflicto entre el personal. Todos los autores coinciden en que la Comunicación al interior de los equipos de Salud, es el medio fundamental con que cuenta el equipo para alcanzar los objetivos propuestos. Si tenemos la convicción, que el recurso humano es lo más valioso que posee una institución, se debe suponer por tanto, que todo aquello que se haga en favor de su bienestar y desarrollo es favorable también para la institución.

2.2 Comunicación y coordinación en enfermería como elementos de la calidad del cuidado.

La calidad del cuidado de Enfermería es un concepto complejo que ha tenido un largo proceso de evolución, desde los primeros aportes de Florence Nightingale quien implemento herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales hasta llegar a convertirse en un concepto que engloba la administración y la gestión de la calidad del cuidado. Dentro de estas definiciones se citan las siguientes:

[25] MANZUR, GLORIA Y MORLAES, RICARDO. Equipo de salud: comunicación y conflicto. [en linea] Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Comunicacion_y_conflicto.pdf

Según Ortega y Suarez[26], la garantía de calidad en Enfermería atañe al proceso mediante el cual se establecen una serie de normas políticas, normas técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar las medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE)[27], define la calidad de los cuidados de enfermería como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería, acorde con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios", lo cual requiere de una planeación optima, para que el cuidado sea efectivo y seguro.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante tener en cuenta que el cuidado efectivo y seguro implica intervenciones a realizar ejerciendo liderazgo, motivación, participación, comunicación y coordinación en cada una de las etapas del proceso de enfermería y se apoya en la influencia interdisciplinaria e interpersonal, es decir, requiere de la participación de otros profesionales, reconociendo la importancia del trabajo en equipo al compartir la información para alcanzar la eficiencia del cuidado de enfermería.

Se ha mencionado la palabra eficiencia para el cumplimiento de las funciones de enfermería, y esto es el resultado de aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros de una organización para el logro de sus objetivos, con la menor inversión de esfuerzo y tiempo por parte de los individuos que intervienen en las labores. El ser eficaz es un sinónimo de utilidad y se refiere al grado de cumplimiento obtenido al producir un resultado como consecuencia de la ejecución de una acción. Todo esto se realiza con la suma de esfuerzos de todo un equipo de trabajo, que en forma ordenada y organizada cumple con sus funciones asignadas y coadyuva en el logro de los objetivos de los servicios de enfermería[28].

Según Vargas[29], para que el personal de Enfermería cumpla con eficiencia y eficacia sus funciones, han de relacionarse a interactuar con la mayor parte de servicios de una unidad médica, para establecer coordinación efectiva. La coordinación es una verdadera necesidad en los servicios asistenciales, así como para las personas que laboran en

---

[26] ORTEGA Y SUAREZ. Op cit.,p. 9.

[27] CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. Citado por ORTEGA Y SUAREZ. Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería. estrategias para su aplicación. México: editorial panamericana; 2006., p 8.

[28] VARGAS LECHUGA, CONSUELO. Organización de los servicios de Enfermería y sus niveles jerárquicos. Subdirección general medica. p.2. [en línea]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05092001.pdf

[29] Ibíd. p. 35.

ellos, da armonía y comunicación entre los actos de las personas y las unidades administrativas de un organismo, facilitando el funcionamiento y cumplimiento exitoso de sus objetivos.

Vargas afirma que una buena coordinación ayuda a lograr los objetivos, lleva hacia adelante el trabajo, utiliza los mejores medios, conserva los esfuerzos a incrementa la comprensión para que marchen sin tropiezo las diversas actividades y aumenta el interés del personal por su labor realizada. De esta forma, la coordinación llega a convertirse en una función administrativa altamente productiva y vigorosa. La coordinación asegura que el trabajo de una persona complementa a otro en forma correcta y ordenada.

Según Ledesma[30], para que el proceso de atención de enfermería sea efectivo, es básico el establecimiento de responsabilidades, claramente definidas, para todas las actividades y así evitar su duplicación. Existen ciertas condiciones para que estas actividades se lleven a la práctica, es necesario el continuo dominio de las relaciones humanas que permitan establecer una comunicación y coordinación con el paciente y con el equipo de salud. El máximo aprovechamiento del personal, de los recursos disponibles previendo crisis y complicaciones del paciente dará como resultado favorecer el desarrollo de la creatividad y proporcionar mayor satisfacción del personal de enfermería. De esta manera se asegura la máxima efectividad del plan de atención

Según Hampton, 1989 citado por Ledesma, la comunicación están necesaria para la empresa como la sangre para el cuerpo humano; el flujo sanguíneo aporta oxigeno a todas las partes del cuerpo; el sistema de comunicación suministra información a todas las unidades de la empresa. Sin oxigeno, las células se deterioran y mueren; sin la información necesaria, los individuos y departamentos de la empresa funcionan mal conduciendo a la organización empresarial hacia un acumulo de ineficiencias que supondrá su inevitable desaparición

La comunicación deberá proporcionar a las distintas unidades organizativas e individuos la posibilidad de satisfacer sus necesidades de información relacionadas con aspectos técnicos, de coordinación y de motivación. Así la información técnica indicara que hacer, como, con que, cuando, la información acerca de la coordinación indicará al empleado con quien debe cooperar para desarrollar adecuadamente sus tareas

Ledesma afirma que la comunicación es un proceso imprescindible para todo tipo de organización, citando a Zerilli, afirma que la organización está compuesta por personas y toda actividad humana, para desarrollarse, debe ser comunicable es decir debe poseer un lenguaje que la exprese y le permita ser comprendida por los demás. El objetivo común, elemento esencial de toda organización, para ser común debe ser comprendido y

[30] LEDESMA MV. Fundamentos de enfermería. Ed. LIMUSA.MEXICO, 2004.p.356.

asumido por todos aquellos que han asociado sus esfuerzos, lo que implica un proceso de comunicación entre ellos.

March y Prieto[31], opinan al respecto que las instituciones de salud son organizaciones de personas en las cuales, por la naturaleza de su misión, el elemento relacional es una de sus características fundamentales. La calidad de la atención que recibe un paciente en un hospital depende del trabajo coordinado de muchos profesionales. Es imprescindible el trabajo en equipo para conseguir que cualquier proceso, asistencial o de otro tipo, tenga los resultados deseados y satisfaga las necesidades de los pacientes. Por esto es tan importante la comunicación interna en las organizaciones hospitalarias: está en juego la salud y la vida de unas personas y ello depende del trabajo coordinado de otras.
Así mismo las autoras indican que la calidad y la excelencia en un hospital se facilitan cuando existen canales eficaces de comunicación que garantizan que cada profesional reciba la información que necesita para realizar su trabajo, se puede comunicar con facilidad con otros profesionales con los que interacciona y con los que participa en el cuidado del paciente y puede aportar sus opiniones y su conocimiento cuando se detectan problemas y se quieren solucionar[32].

Para que la comunicación interna funcione bien en una organización es imprescindible que exista un nivel eficiente de confianza entre las distintas personas que la componen. La confianza es la estrategia básica a desarrollar por el gestor de recursos humanos, en este caso los responsables de enfermería y/o de servicios generales. La confianza se traduce en credibilidad, elemento básico para eficacia de un mensaje y para que los profesionales sientan que trabajan en una organización que les informa y les escucha. Para ello, es fundamental tener claro que lo importante en la mejora de la comunicación interna no es decir las cosas sino llegar a la gente que hay que llegar a ello implica garantizar su continuidad y elaborar mensajes claros y fáciles.

Finalmente concluyen que la comunicación interna en un hospital es una estrategia imprescindible para lograr los objetivos y metas que se propongan, tanto a nivel general como en las distintas unidades. Los profesionales y trabajadores, que tienen que hacer realidad con su práctica diaria esos objetivos y metas, han de tener la información necesaria para poder hacerlo.

[31] MARCH, JC., PRIETO, MA. La comunicación interna en las organizaciones sanitarias. Su aplicación e la gestión de enfermaría y de servicios generales. Capitulo 6. En: AYUSO, D., GRANDE, RF. Gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Ed. Díaz Santos ESPAÑA 2006.pp127-130.

[32] Ibíd. p. 128.

2.3 Medición de la comunicación y coordinación desde la perspectiva del modelo efectividad del rol de enfermería.

El propósito de este estudio es medir las variables de proceso relacionadas con el rol interdependiente en lo que tiene que ver con la comunicación y coordinación aplicando una porción del instrumento de Shortell y colaboradores validado en el idioma español que pueda ser utilizado en investigaciones sobre el modelo de Irvine y colaboradores, en Colombia.

A continuación se presenta un resumen elaborado por Parra y Arango[33] que permite conocer la historia de la construcción del instrumento seleccionado para el estudio se denomina "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación".

En 1998, Irvine32 y colaboradores diseñaron un modelo conceptual denominado "El Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería" en el cual las investigadoras identificaron dentro del componente de procesos los roles de las enfermeras en el cuidado de la salud y los relacionaron con los resultados específicos de los pacientes y los costos.

Dentro de los roles se encuentra el rol interdependiente, el cual fue evaluado por la comunicación y coordinación. La comunicación entre las enfermeras y entre las enfermeras y otros suministradores del cuidado fue operacionalizada en términos de la apertura, de la exactitud y de la oportunidad de la comunicación entre los miembros del equipo y la coordinación del cuidado operacionalizada como la efectividad percibida de varias estrategias para mejorar la coordinación del cuidado[34].

El rol interdependiente comprende las funciones de rol y las responsabilidades que las enfermeras comparten con otros miembros del equipo del cuidado de salud e incluye las actividades y funciones en las cuales las enfermeras se involucran y que promueven la continuidad, la coordinación y la integración del cuidado del paciente. Dentro de este modelo, las autoras definieron once hipótesis, de las cuales la diez y la once se relacionan con la comunicación y coordinación, refiriendo que la calidad tanto de la comunicación como de la coordinación del cuidado en las enfermeras está relacionada positivamente con el logro de resultados de pacientes[35].

---

[33] PARRRA Y ARANGO. Op cit. p., 29-33.

[34] IRVINE DORAN, Diane. et al, Op cit., p. 29-39. Citado por PARRA Y ARANGO.

[35] Ibíd. p. 29-33.

Para ello emplearon una parte del instrumento de Shortell y colaboradores para evaluar el rendimiento en el rol interdependiente de la enfermera mediante la recolección de datos de las enfermeras acerca de su percepción sobre la efectividad de la coordinación dentro del servicio y entre el servicio y otras áreas del hospital, sobre la apertura, exactitud, y oportunidad en la comunicación entre las enfermeras, y entre las enfermeras y los médicos.

Los puntajes iban de uno a cinco, donde los altos reflejaban una mejor coordinación y comunicación. En este estudio la consistencia interna reportada para estas escalas fue de 0.77 para la coordinación y 0.85 para la comunicación medidas a través del Alfa de Cronbach.

Sidani et al[36], siguiendo este modelo, también han evaluado los aspectos de comunicación y coordinación utilizando la misma parte del instrumento. Ellas encontraron que la composición del equipo y una buena composición del equipo de Enfermería contribuían a una percepción de la comunicación más abierta, exacta y oportuna, lo cual a su vez se asociaba con un mejor estado funcional de los pacientes. En este artículo no se revela los datos referentes a las pruebas psicométricas específicas efectuados de las dimensiones de la escala de comunicación y coordinación.

Manojlovich[37], empleó el Cuestionario de UCI Enfermera-Médico realizado en 1991 por Shortell38 y colaboradores, empleando también, al igual que Irvine y colaboradores, una parte de éste, específicamente las escalas focalizadas a la comunicación entre el grupo y la comunicación entre enfermera-médico. Para este estudio, se usó la dimensión de exactitud de la comunicación entre los grupos, franqueza en la comunicación entre los grupos, la oportunidad en la comunicación y el entendimiento entre el grupo, para un total de 22 ítems.

McGill Hall y Doran[38], en 2004, diseñaron un estudio correlacional para explorar la asociación entre los equipos de Enfermería y los modelos de entrega de cuidado y sus resultados. Los datos de resultados de calidad acerca de las percepciones de la calidad de cuidado, la comunicación en el servicio en general, y la coordinación del cuidado, fueron obtenidos a través de cuestionarios entregados a las enfermeras profesionales.

---

[36] SIDANI, Souraya; DORAN, Diane M.; MITCHELL, Pamela H. A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1 (2004); p. 60-65. Citado por PARRA Y ARANGO.p.30.

[37] MANOJLOVICH, Melisa, op. cit., p.369.

[38] MCGILL HALL, Linda y DORAN, Diane. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol. 19. No 1 (2004); p. 27-33. Citado por PARRA Y ARANGO.p.31.

Ellas también midieron la comunicación y coordinación empleando la porción del instrumento de Shortell y colaboradores que mide esta dimensión. Este incluyó la apertura, exactitud, oportunidad, comprensión, y la satisfacción para la comunicación. Para la coordinación se teorizó según el uso de acercamientos individuales de cuidar o de un acercamiento programado tal como el uso de los planes del cuidado y guías clínicas. La coordinación de la unidad fue medida por los planes y los horarios escritos, los protocolos de tratamiento, las políticas y los procedimientos, los esfuerzos del director de la unidad e interacción interpersonal.

Miller[39], también realizó un estudio en donde también utilizó el instrumento elaborado por Shortell y colaboradores en 1991. Para ello utilizó la versión corta del instrumento. Este fue separado para las enfermeras y para los médicos y los datos obtenidos revelan buena confiabilidad y validez.

Así mismo Parra y Arango realizaron su estudio con el propósito de tener un instrumento validado en español para medir las dimensiones de comunicación y coordinacion que han sido referidas en la investigación científica como estrategia clave para minimizar errores y mejorar la calidad del cuidado en Enfermería.

Componentes del Modelo efectividad del rol de Enfermería[40]. El Modelo de efectividad del rol de Enfermería tiene tres componentes que son: estructura, proceso y resultado. El componente de la *estructura* consta de enfermera, paciente, organización y las variables que influyen en los procesos y los resultados de la atención.

Las variables de estructura de organización se centran en las medidas de los patrones de dotación de personal que afectan la calidad y cantidad de la atención prestada por las enfermeras, incluidas las medidas de la disponibilidad del personal de Enfermería y la asignación de Enfermería.

El componente *proceso*, consta de los roles de Enfermería independiente, dependientes e interdependientes. El *rol independiente*, se refiere al papel y función de las responsabilidades para las que sólo las enfermeras son responsables, que se refieren a las actividades iniciadas por profesionales de Enfermería que no requiere una orden del médico, incluyen las actividades de evaluación, toma de decisiones, intervención, seguimiento que definen el proceso de Enfermería.

El *rol dependiente,* se refiere a las funciones y las responsabilidades asociadas a la ejecución de las órdenes médicas y los tratamientos médicos indicados por un médico

[39] MILLER, Peggy Ann. Nurse-Physician collaboration in an intensive care unit. En: American Journal of Critical Care. Vol. 10. No 5 (2001); p. 341-350. Citado por PARRA Y ARANGO.p.32.

[40] IRVINE et al. Op cit., p. 111.

en respuesta a un diagnóstico médico para que sea llevado a cabo por una enfermera en respuesta a una "orden del médico".

El *rol interdependiente*, se refiere a las actividades y las funciones en la que las enfermeras participan que dependen parcial o totalmente de las funciones de otros proveedores de atención médica. También incluye las actividades de Enfermería de las cuales dependen otros profesionales de la salud, para ejecutar sus propias actividades.

Ejemplos de funciones de rol interdependientes correspondientes a las enfermeras incluyen el monitoreo o el reporte de los cambios en las condiciones de salud de los pacientes y los servicios de coordinación. Los tipos de resultados que pueden ser afectados por el rol interdependiente de la enfermera en el cuidado de salud incluyen la calidad de la comunicación intraequipo e interprofesional y la coordinación del cuidado. Una oportuna comunicación del cambio en las condiciones de un paciente, puede a su vez llevar a la prevención de complicaciones o administración oportuna y efectiva de cuidados.

La comunicación efectiva es considerada esencial para el suministro del cuidado de los pacientes a través de los establecimientos del cuidado de la salud. La comunicación depende de la transmisión exitosa de la información específica entre el paciente y los proveedores de la salud, una información incompleta o ilegible puede tener como resultado retraso u omisión en el cuidado o un error médico. El proceso de comunicación debe ser claro, conciso y completo para obtener resultados positivos en los pacientes. Las enfermeras deben asegurar una comunicación efectiva de la información del paciente a través de los sistemas de salud con el fin de evitar obstáculos, demoras en la entrega del cuidado.

El componente *resultado* de la relación Enfermería-paciente se define como un "estado general del paciente, el comportamiento y la percepción como resultante de las intervenciones de Enfermería". Algunos de los más recientes sistemas de clasificación han incluido también la satisfacción del paciente y la atención sanitaria como los resultados de los cuidados de Enfermería.

Proposiciones del Modelo[41]**.** El Modelo de efectividad del rol de Enfermería propone relaciones específicas entre los componentes de estructura, proceso y resultado y entre elementos específicos dentro de estos componentes. Las relaciones del proceso, que tiene que ver específicamente con el rol interdependiente se describen a continuación.
- *Estructura y procesos.* La capacidad de la enfermera para involucrarse de manera efectiva en las funciones de rol independiente, dependiente e interdependiente está influenciada por las variables individuales de la enfermera, las variables de pacientes, y las variables de estructura organizacional. La función del rol interdependiente de las

[41] Ibíd., p. 111.

enfermeras depende de la habilidad para comunicar y articular su opinión con la de otros miembros del equipo interdisciplinario.

- *Proceso y resultados.* La naturaleza de la comunicación interprofesional y de la coordinación puede influenciar otros resultados importantes tales como la permanencia en el hospital ajustada por riesgos, tasas de mortalidad ajustadas por riesgos, exceso de los costos de cuidados en el hogar después de ser dado de alta, visitas no planeadas al médico o al departamento de urgencias y rehospitalizaciones no planeadas.

La administración o gestión de casos es otra área referida dentro de este modelo en la cual las enfermeras han asumido un importante rol interdependiente. Se trata de un sistema de entrega de cuidado a pacientes que se enfoca en el logro de resultados de pacientes dentro de lapsos de tiempo efectivo y apropiado con recursos en donde el cuidado es coordinado a lo largo de un continuo por un administrador de caso. Los resultados de pacientes asociados con la administración de casos incluyen la confianza de la familia en ser capaces de suministrar el cuidado en el hogar, adherencia a la medicación, ajustes a enfermedades crónicas, disminución de la estancia en la unidad de cuidados intensivos, y una menor utilización de los servicios de radiología y laboratorio.

La calidad del rol interdependiente de las enfermeras puede ser evaluada mediante la recolección de datos sobre la oportunidad, lo apropiado, la exactitud y la completitud de la comunicación con otros miembros del equipo y entre ellas mismas. Otros indicadores de la calidad de la función de rol interdependiente de las enfermeras incluirían la continuidad del cuidado y la coordinación del cuidado.

El instrumento elaborado por Shortell el ál., mide el clima organizacional con un enfoque hacia la cultura de la unidad, el liderazgo, la comunicación, la coordinación, el manejo y resolución de problemas y conflictos, la cohesión de la unidad y la efectividad percibida en la misma. Consiste en 47 subescalas o dimensiones que miden múltiples variables que afectan las relaciones entre enfermeras y médicos. El marco teórico que los autores emplearon para desarrollar el constructo fue la identificación de prácticas administrativas claves y los procesos organizacionales que podían estar relacionados con el rendimiento efectivo de la calidad y la eficiencia del cuidado suministrado. Irvine et ál., en su Modelo efectividad del rol de Enfermería para medir rol interdependiente como variables de proceso, utilizó las dimensiones comunicación y coordinación de este instrumento que a continuación se describen[42]:

- **Comunicación:** la comunicación es medida mediante un número de diferentes dimensiones que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión y satisfacción; representa el más completo conjunto de medidas estudiadas en las organizaciones del cuidado en salud hasta la fecha. La apertura involucra hasta qué tanto las enfermeras y

[42] IRVINE DORAN, Diane *et al*. An empirical test of de Nursing Role Effectiveness Model. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 38. No 1 (2002); p. 29-39. Citado por PARRA DORA. Op cit., pp. 48-54

los médicos son capaces de decir lo que quieren decir cuando hablan unos con otros, sin temor, sin repercusiones ni malas interpretaciones.

La *exactitud* se refiere al grado en el cual las enfermeras y los médicos creen en la información que le llega a ellos por parte de terceros. La *oportunidad* hace referencia al grado en el cual la información del cuidado de los pacientes es transmitida oportunamente a la gente que necesita estar informada. La *comprensión* indica qué tanto las enfermeras como los médicos creen que la comunicación de la unidad es completa y efectiva y la *satisfacción* de las enfermeras con la comunicación es medida con una dimensión para Enfermería y otra para los médicos. Para el caso de Enfermería esta es definida según los autores como el grado de satisfacción con la comunicación entre enfermeras, entre la enfermera con los pacientes y con la familia de los pacientes.

La escala de comunicación la conforman ocho dimensiones o subescalas medidas por 32 ítems, distribuidas de la siguiente manera:

1) *Apertura o franqueza de la comunicación dentro del grupo*, medida por cuatro ítems y definida como hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con otras enfermeras sin miedo a repercusiones o malentendidos.

2) *Apertura o franqueza de la comunicación entre los grupos,* medida por cuatro ítems y definida como hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con miembros de otros grupos, sin miedo a repercusiones o malentendidos.

3) *Exactitud de la comunicación dentro del grupo,* medida por 4 ítems y definida como hasta qué punto las enfermeras creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten otras enfermeras.

4) E*xactitud entre los grupos,* medida por tres ítems y definida como el grado en el cual las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que les transmiten miembros de otros grupos. Los autores en la conformación por componentes de la escala retiraron un ítem.

5) *Oportunidad en la comunicación,* medida por tres ítems y definida como hasta qué punto la información concerniente al tratamiento de pacientes es transmitida oportunamente a las personas que necesitan tener estos conocimientos. Los autores en la conformación por componentes de la escala retiraron un ítem.

6) *Dimensión de comunicación dentro del grupo entre distintos turnos,* medida por dos ítems y definido como la efectividad de la comunicación entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos.

7) *Entendimiento o comprensión dentro del grupo de enfermeras, entre enfermeras y médicos,* medida por ocho ítems y definida como el entendimiento y la efectividad de comunicación entre las enfermeras y los médicos de esta unidad**.**

8) *Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación* medida con tres ítems y definida como el grado de satisfacción con la comunicación entre las enfermeras, los pacientes, sus familias y las enfermeras de otras unidades.

- **Coordinación:** dentro de una unidad la coordinación se define como el grado en el cual las actividades de trabajo son coordinadas entre los grupos de enfermeras y médicos y entre los dos grupos con la unidad. Esta es medida por planes escritos y horarios, protocolos de tratamiento, políticas y procedimientos, esfuerzos del director de la unidad e interacción cara a cara. La coordinación entre la unidad se define como una coordinación entre UCI si fuese el caso de estudio y otras unidades en el hospital tales como sala de urgencias, salas de cirugía, o servicios de laboratorio y radiología y servicios de hospitalización. Una escala adicional de cuatro ítems de relación entre las unidades fue desarrollada basándose en el grado de percepciones de colaboración recibida de otras unidades.

Para la escala de coordinación las dimensiones o subescalas que lo conforman son cinco medida por 22 ítems:

1) *Coordinación dentro de la unidad* que se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad. Esta es medida por cinco ítems relacionados con planes escritos y horarios, protocolos de tratamiento, políticas y procedimientos, esfuerzos del director de la unidad e interacción cara a cara.

2) *Coordinación entre la unidad* medida por cuatro ítems, esta se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.

3) *Mecanismos de coordinaciones personales e informales dentro del grupo* medida por cuatro ítems, la cual se refiere a la efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

4) *Mecanismos de coordinación personales e informales entre la unidad,* medida por cinco ítems, definida como la efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.

5) *Relación entre las unidades,* medida por cuatro ítems, fue desarrollada basada en el grado de percepciones de colaboración recibida de otras unidades,

Consecuencias del Modelo[43]. La eficacia del Modelo Efectividad del rol de Enfermería representa el carácter multidimensional de la situación de la atención de Enfermería. El modelo se puede utilizar para guiar a la investigación de los mecanismos que subyacen a

[43] IRVINE DORAN, Diane *et al*. Op. cit., p. 111.

los efectos sobre el cuidado de Enfermería y los resultados de los pacientes. El éxito o el fracaso de la atención para producir los resultados esperados se pueden estudiar. El fortalecimiento o debilitamiento de las condiciones de los efectos de la atención en los resultados se puede determinar para influencia de los factores de estructura.

El modelo alienta a los investigadores, administradores y clínicos para conceptualizar los resultados de la atención en términos de los procesos de atención que tienen un impacto directo en los resultados y los factores en la organización estructural que influyen en el proceso de atención y posteriormente, en los resultados de la atención.

Examinar las relaciones entre estructura, proceso y resultado, aumenta la validez de las conclusiones en la evaluación de resultados y contribuye al desarrollo de una sólida base de conocimientos y ayuda en el diseño de estrategias adecuadas de mejora de la calidad.

Por último, el modelo podría utilizarse para poner en práctica una teoría que describe, organiza y explica el logro de resultados en una determinada situación de la atención de Enfermería. Por otra parte, las relaciones entre estructura, proceso y resultados que han sido apoyados empíricamente podrían constituir la base para el desarrollo de una teoría.

3. Marco del diseño

En el capitulo marco de diseño se describe el tipo de estudio, el control de riesgos del diseño, la población, el instrumento a utilizar, procedimientos para la recolección y análisis de la información, los aspectos éticos y las limitaciones del estudio.

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo, teniendo en cuenta que se parte de la premisa de recolectar información en un periodo determinado del tiempo para describir, interpretar y analizar una situación particular. Es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno[44], en este caso la comunicación y coordinación de enfermería en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena.

Cronológicamente se define como un estudio descriptivo transversal, teniendo en cuenta que la información se obtuvo en un periodo determinado del tiempo, correspondiente a los meses de febrero y marzo del año 2012.

El abordaje del estudio fue cuantitativo, se obtuvieron y analizaron aplicando el análisis estadístico, que permitió establecer la comunicación y coordinación de enfermería teniendo en cuenta las variables incorporadas en el estudio.

3.2 Población

La población de estudio estuvo constituida por cien enfermeras que laboran en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena. Esta IPS fue seleccionada para el estudio, por tener laborando un mayor número de enfermeras, comparada con otras IPS de la ciudad.

Todas las enfermeras de la IPS aceptaron participar voluntariamente en el estudio; por tanto no se requirió muestreo.

---

[44] HERNANDEZ SAMPIERI Et al. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México. McGraw Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V.2008. ISBN 970-10—5753-8.p.102.

- **Criterios de inclusión:** profesional de enfermería que labora en los servicios asistenciales que presta la IPS seleccionada para el estudio, en turnos de 36 o más horas semanales, con una antigüedad mínima de tres meses.

- **Criterios de exclusión:** profesional de enfermería que esté en periodo de prueba y orientación o en trabajo temporal haciendo remplazo de licencias o vacaciones a enfermeras que laboran tiempo completo en la IPS en estudio.

3.3 Descripción del instrumento

El instrumento seleccionado para el estudio se denomina "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación", versión en español. (Anexo A).

3.3.1 Validez y confiabilidad del instrumento.

En el artículo de investigación titulado Validez y confiabilidad de la las escalas de comunicación y coordinación para medir el rol interdependiente de Enfermería, publicado por Parra y Arango[45], se da a conocer a la comunidad científica el origen del instrumento diseñado por Irvine et al, quienes basándose en una propuesta de Donabedian de medición de la calidad mediante el enfoque de estructura, proceso y resultado, desarrollaron el Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, que permite evaluar la contribución de Enfermería a la calidad del cuidado desde estas tres aproximaciones, para lo cual hicieron uso de algunos instrumentos orientados a medir particularmente el componente de proceso que desagregaron en tres roles: interdependiente, dependiente e independiente. Para medir el rol interdependiente de Enfermería las autoras consideraron indispensable estimar aspectos de comunicación y coordinación, reconociendo que numerosas investigaciones dan cuenta de los efectos de estos factores sobre los resultados en los pacientes y en los profesionales de Enfermería.

Las escalas de comunicación y coordinación del instrumento de Shortell, fueron usadas por Irvine et al., para medir las variables de proceso relacionadas con el rol independiente de Enfermería. El instrumento ICU de Shortell et ál, versión larga contiene 21 escalas, las cuales han demostrado confiabilidad y validez para diferentes muestras permitiendo medir el clima organizacional con un enfoque de la cultura de la unidad. Sus subconstructos miden liderazgo, comunicación, coordinación, manejo y resolución de problemas y conflictos, cohesión de la unidad y la efectividad percibida en la misma.

Entre enero y abril de 2008 Parra y Arango, diseñaron la metodología de un estudio para la validación de escalas con el fin de medir la validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del instrumento ICU enfermera- médico de Shortell et al., versión larga. Los objetivos específicos del estudio fueron evaluar la validez facial, de contenido, de constructo y consistencia interna y la reproducibilidad. Para llevar a cabo el

[45] PARRA DORA Y ARANGO GLORIA. Op cit. p.52-53.

estudio, las enfermeras Parra y Arango, contaron con el permiso de los autores del instrumento.

En el estudio de Parra y Arango, participaron enfermeras de la ciudad de Bogotá y Bucaramanga. Entre los criterios de selección estaban: que fueran enfermeras asistenciales de IPS públicas y privadas de tercer y cuarto nivel de atención, que laboraban en turnos de 36 o más horas semanales y con una antigüedad mínima de tres meses en la institución. El estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas, se obtuvieron los permisos respectivos de las instituciones y el consentimiento informado de los participantes en cada etapa del proceso.

Los ítems de las escalas se tradujeron y retradujeron debido a que se encontraban en inglés. Previo a ello se conformó un equipo de revisión que participó en la selección de la propuesta traducida y retraducida, en la redacción, discusión y adecuación del lenguaje del instrumento al contexto de aplicación durante la validez facial y de contenido. Una vez acordados algunos ajustes lingüísticos, diseñaron la metodología para evaluar la validez facial y de contenido.

La fase de validez facial fue realizada inicialmente con 11 enfermeras asistenciales de la ciudad de Bogotá, utilizando tres criterios de evaluación de los ítems: precisión, claridad y comprensión. Posteriormente realizaron una segunda validez facial con 20 enfermeras de la ciudad de Bucaramanga, empleando el criterio de comprensión de los ítems. La validez de contenido fue realizada con 7 expertas, enfermeras docentes de universidades, con experiencia en programas de administración y con dominio de la temática.

Para el análisis de los datos fue calculado el índice de aceptabilidad de los ítems para la validez facial, el cual se obtuvo por la sumatoria de los valores calificados por cada experto para cada ítem en los aspectos evaluados que fueron: comprensión, precisión y claridad sobre el total de expertos. Para la validez de contenido los índices de validez por ítem, se obtuvieron al sumar los valores dados por los expertos a cada ítem y luego dividiendo este valor sobre la suma toral de los valores como si todos los expertos hubiesen dado un puntaje máximo de cuatro. La validez de contenido general, se obtuvo de la sumatoria de todos los índices por ítem dividiéndolo por el número total de ítems.

En los resultados de la primera validez facial se obtuvieron valores inferiores de aceptabilidad y en la segunda, niveles superiores de aceptabilidad. El índice de aceptabilidad fue del 100%; se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0,82 para la escala comunicación en pertinencia y relevancia y para la escala de coordinación de 0,84 en la pertinencia y 0,88 para la relevancia.

En la fase de validez de constructo y consistencia interna las autoras emplearon un muestreo no probabilístico. La muestra para el análisis de factores fue determinada

teniendo en cuenta el criterio de cinco individuos por ítem (20) para un total de 265 enfermeras.

Para la validez de constructo las enfermeras Parra y Arango, realizaron el análisis de factores, justificándose su realización mediante varios criterios como la matriz de correlación, la matriz antiimagen, el Kaise-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett; para la consistencia interna el coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach y para la reproducibilidad el coeficiente de correlación intraclase. La información fue procesada y analizada en el subprograma Statcalc , valídate y Check del paquete estadístico Epiinfo 6.04d y Stata versión 10.

En la fase de validez de contenido se obtuvieron índices de validez general altos en ambas escalas tanto para la pertinencia como para la relevancia. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 para la comunicación y de 0,82 para la coordinación: el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,79 para la comunicación y de 0,63 para la coordinación. Nuevos alfa de Cronbach e intraclase se calcularon después del análisis de factores, mejorándose el coeficiente de correlación intraclase para la escala de coordinación (0,66).

Los valores de alfa de Cronbach obtenidos en el estudio fueron superiores a los obtenidos por Irvine et al en el Modelo de efectividad del rol de Enfermería. Al comparar los valores de alfa de Cronbach obtenidos con los reportados en otros estudios, en alguno de ellos se encontraron valores similares.

Para la fase de reproducibilidad el muestreo fue probabilístico, seleccionando un tamaño de muestra de 102 enfermeras. En cuanto a la fase de reproducibilidad, los coeficientes encontrados tomando los puntos de cortes de Fleiss, para la muestra calculada fueron excelentes para la escala comunicación (0,79) y buenos para la de coordinación (0,66).

Las enfermeras Parra y Arango, autoras del estudio, concluyeron que ambas escalas demostraron tener validez, confiabilidad y ser reproducibles para ser utilizadas posteriormente en el contexto colombiano. A partir de lo cual recomendaron su utilización para el estudio de la coordinación y comunicación como indicadores del rol interdependiente de Enfermería.

Para llevar a cabo el presente estudio, se solicitó y se obtuvo el permiso de las autoras de la traducción y de la confiabilidad y validez de las escalas. (Anexo D)

3.3.2 Dimensiones que evalúan la comunicación y coordinación en el rol independiente de Enfermería[46].

El cuestionario consta de 53 ítems y está dividido en dos partes. La primera tiene que ver con la escala de comunicación y la segunda con la coordinación, que se describen a continuación:

- La escala de comunicación. Contempla 31 ítems que se evalúan en una escala de Likert de cinco opciones de respuesta: estoy en total desacuerdo (1), no estoy de acuerdo (2), ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo (3), estoy de acuerdo (4) y estoy completamente de acuerdo (5) .

Antes de calcular el puntaje individual de cada enfermero, se deben calificar en forma inversa (de 5 a 1) aquellos ítems de connotación negativa. Los ítems negativos de la escala de comunicación son: 2, 5, 8,10, 13, 16, 20.

Los ítems de la escala comunicación se agrupan en 5 dimensiones que son:

1. Dimensión de franqueza en la comunicación dentro del grupo (8 ítems): que incluye relaciones laborales enfermera-enfermera (ítems 1, 4, 6, 9) y relaciones laborales entre las enfermeras y los médicos (ítems 12, 15, 17, 19)

2. Dimensión de Exactitud de la comunicación dentro del grupo (7 ítems): que incluye relaciones laborales entre las enfermeras (ítems 2, 5, 8, 10) y relaciones laborales entre las enfermeras y los médicos (ítems 13, 16, 20)

3. Dimensión comunicación dentro del grupo entre distintos turnos (2 ítems): afirmaciones que se refieren a relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 3,7)

4. Dimensión entendimiento entre el grupo (8 ítems): afirmaciones que se refieren a las enfermeras y los médicos (ítems 11, 14, 18, 22, 24, 25, 27, 28)

4. Dimensión comunicación oportuna (3 ítems): afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 21, 23, 26)

5. Dimensión satisfacción de las enfermeras comunicación en cuanto a la (3 ítems): afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 29, 30, 31)

[46] PARRA DORA. Op cit. p.48-54.

- La escala de coordinación. Contempla 22 ítems que se evalúan en una escala de Likert de seis opciones de respuesta: nada efectivo (1), ligeramente efectivo (2), medianamente efectivo (3), efectivo (4), muy efectivo (5) y no se aplica o no se usa acá (8) a excepción de la 5 dimensión en la que sus ítems se evalúa con las siguientes opciones de respuesta: estoy en total desacuerdo (1), no estoy de acuerdo (2), ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo (3), estoy de acuerdo (4) y estoy completamente de acuerdo (5) .

Antes de calcular el puntaje individual de cada enfermero, se deben calificar en forma inversa (de 5 a 1) aquellos ítems de connotación negativa. Los ítems negativos de la escala de coordinación son: 51, 52, 53. Puntaje inverso significa que las respuestas se computan de 5 a 1, mientras que los ítems positivos se computan de 1 a 5 como respuesta original.

Los ítems de la escala comunicación se agrupan en las 5 dimensiones siguientes:

1. Dimensión planes formales y reglas dentro de la unidad (6 ítems), afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 32, 33, 34, 37,38, 39)

2. Dimensión planes formales y reglas entre las unidades (6 ítems), afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 41, 42, 44, 45, 47,49)

3. Dimensión mecanismos de coordinación personales e informales dentro de la unidad, afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 35, 36, 37, 40)

4. Dimensión mecanismos de coordinación personales e informales entre las unidades (5 ítems), afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 42,43, 46, 47,48)

5. Dimensión relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades (4 ítems), afirmaciones que se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos (ítems 50, 51, 52, 53)

3.3.3 Interpretación del instrumento[47].

Las escalas comunicación y coordinación evalúan las percepciones que tiene cada enfermero de forma individual ante los 53 ítems que conforman el instrumento. Se puede obtener un puntaje global para la unidad, este se consigue calculando la media de los puntajes individuales de los enfermeros de dicha unidad.

[47] PARRA DORA. Op cit. p. 52-53.

Antes de calcular el puntaje individual de cada enfermero, se deben calificar en forma inversa (de 5 a 1) aquellos ítems de connotación negativa. Los ítems negativos de la escala de comunicación son: 2, 5, 8,10, 13, 16, 20. Los ítems negativos de la escala de coordinación son: 51, 52, 53. Puntaje inverso significa que las respuestas se computan de 5 a 1, mientras que los ítems positivos se computan de 1 a 5 como respuesta original.

Para computar un puntaje de escala por individuo, el individuo debe haber respondido a por lo menos 2/3 partes, es decir el 66%, de los ítems que componen la escala. El puntaje de la escala para cada individuo se obtiene calculando la media de los puntajes de los ítems válidos (un ítem valido es un ítem con respuesta, es decir, que no le falta la respuesta). Operativamente, esto se hace sumando los valores de los ítems válidos que constituyen la escala (después de calificar en forma inversa los ítems negativos) y dividendo esta suma por el número de ítems válidos.

Por ejemplo, si una persona ha dado las siguientes repuestas a los ítems que constituyen una determinada escala:

	Respuesta original	Respuesta recodificada
Ítem1	2	2
Ítem2	3	3
Ítem3 (NEG)	4	2
Ítem4 (NEG)	5	1
Ítem5 (NEG)	3	3
Ítem6 (NEG)	4	2
Ítem7 (NEG)	1	5
Ítem8	1	1

Sumatoria 19		

La suma de las respuestas recodificadas es 19. Entonces, este valor se divide por 8 (el número de ítems que constituyen la escala determinada que tienen respuestas válidas o no faltantes), dando a ese individuo un puntaje de 2.375 en esta escala. Si esta persona no hubiera dado respuesta al ítem 7, la suma de los siete ítems válidos de la escala sería 14. Este valor se dividiría por 7 (número de ítems de la escala que son válidos), para un puntaje de escala de 2.0. Se repite este procedimiento para cada una de las escalas por cada individuo.

Para obtener el puntaje general de escala a nivel de unidad se promedia los puntajes válidos a nivel individual para todos los participantes de una misma unidad para una escala (que es la suma de calificaciones no faltantes para una escala para todos los

individuos de la unidad y se divide entre el número de individuos con calificaciones válidas o que no faltan)[48].

3.3.4 Caracterización de la población.

El instrumento cuenta con un encabezamiento que registra las variables que caracterizan la población que no son propias del instrumento. Estas variables tienen que ver con la edad, sexo, tiempo de permanencia en la institución, tiempo en el servicio, tiempo en horas de trabajo semanal, nivel educacional, nombre y carácter de la institución.

3.4 Procedimientos para recolección de la información

Una vez obtenido el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y la autorización de la IPS para ejecutar la investigación se procedió a recolectar la información.

La información del estudio fue recolectada mediante la aplicación del "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación". (Anexo D), conservando las consideraciones éticas y control de sesgos que se plantean en el estudio.

Los participantes diligenciaron el cuestionario durante el horario laboral previa autorización del jefe inmediato y coordinado mediante programación con horarios previamente establecidos. El lugar seleccionado fue un consultorio de la IPS, que proporcionó privacidad, individualidad y ambiente libre de interrupciones que permitió la concentración de los participantes.

Se estima que el diligenciamiento del cuestionario tuvo un tiempo de duración promedio de 25 minutos; por tanto no se requirió tiempo extra laboral para los sujetos de estudio.

Los cuestionarios se identificaron mediante códigos numéricos, en orden ascendente es decir de 01 a 100 omitiendo datos de identificación de los participantes, dando así cumplimento a la confidencialidad y anonimato.

Una vez diligenciados los cuestionarios se verificó que la totalidad de sus ítems estuvieran respondidos con una sola opción de respuesta, con el fin de controlar los posibles sesgos de información.

[48] PARRA DORA. Op cit., pp. 48-54

3.5 Plan de análisis de los datos

Fase 1. Organización y tabulación de los datos. La información recolectada se organizó en una base de datos diseñada por el investigador en el programa Excel versión 2007.

Fase 2. Descripción de las características de los participantes. De la base de datos se filtró la información requerida para construcción de tablas y gráficas que presentan el análisis estadístico de las características de las enfermeras(o) que participaron en el estudio en cuanto a edad y género, estudios de posgrados y educación continuada, experiencia profesional en la IPS la cual se determino teniendo en cuenta el tiempo de antigüedad en la institución y de permanencia en la unidad. El análisis se hizo teniendo en cuenta técnicas de estadística descriptiva como distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central para las variables de tipo cuantitativo.

Fase 3. Descripción y medición de las dimensiones de comunicación y coordinación de enfermería. Se empleó estadística descriptiva, se realizaron tablas que presentan las distribuciones de frecuencia y medidas estadísticas de tendencia central (puntuación mínima, máxima y) según los resultados obtenidas en el diligenciamiento del instrumento tanto a nivel global como en cada una de las dimensiones de la escala comunicación y coordinación.

3.6 Aspectos éticos

El presente estudio se basó en los fundamentos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial[49], teniendo en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en atención a los principios, descritos en los numerales 9, 22, 23, 24; las Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2002[50]; la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia[51], por la cual se establecen los principios éticos, las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la Ley 911 de 2004[52], por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería.

---

[49] ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl. 2008. Internet. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf. [Citado agosto 25 de 2010]

[50] CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. Internet. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm [Citado agosto 23 de 2010]

[51] REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 de octubre de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud Artículo 11. [En línea] Disponible en internet: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf [Citado en 24 de agosto de 2010].

[52]CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería. Publicado en el Diario oficial N° 45.693 de 6 de octubre de 2004. [Citado en 24 de agosto de 2010].

El autor e investigador del presente estudio reconoce su responsabilidad en la observancia y cumplimiento de todos los aspectos éticos en esta investigación.

3.6.1 Tipo de riesgo del estudio. Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia la presente investigación se clasificó en la categorías de investigación sin riesgo, por ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio; solo se aplicará un instrumento tipo cuestionario que no representa ningún daño a la integridad de los participantes.

3.6.1 Solicitud de consentimiento informado.

Para la realización del estudio se contó con la autorización escrita de la IPS donde se realizó el estudio para llevar a cabo la investigación (Anexos C).

De igual manera contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, institución a la que pertenece el investigador principal quien es estudiante del programa de Maestría en Enfermería.

A cada uno de los participantes se le solicitó el consentimiento informado (ver anexo A), se les brindó información sobre el objetivo del estudio y su importancia para el desarrollo del conocimiento en el área de gestión del cuidado de Enfermería, como también el derecho a renunciar en el momento que lo deseara. La información suministrada fue clara y precisa de tal forma que tuvo la capacidad de decidir y consentir su participación en el estudio de manera voluntaria.

Se hizo expresa aclaración que la decisión de participar era voluntaria y que podía cambiar de opinión en cualquier momento que lo deseara. Se les informó que esta investigación no representaría ningún riesgo a su integridad, ni de los pacientes, ni de la institución donde labora. Además que no existiría obligación y/o subordinación en el diligenciamiento del cuestionario.

Se explicó a los participantes que su participación en el estudio consiste en suministrar información mediante el desarrollo de un cuestionario, lo cual no incluía incentivo, solo tendría a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en enfermería, como un aporte para el mejoramiento de la calidad del cuidado.

Por tanto la investigación en todas sus fases estuvo sujeta a las normas éticas que buscan promover el respeto a los seres humanos y los derechos individuales, como

principio ético fundamental, garantizando la protección de los derechos del participante desde el inicio y momento que la persona decide vincularse voluntariamente; tomando precauciones para resguardar la intimidad de la persona, la confidencialidad, el derecho a recibir información dando explicación clara, oportuna del estudio previa la recolección de la información, teniendo además las debidas precauciones para proteger la integridad y confidencialidad de la información que suministran los participantes.

3.6.3 Respeto a la propiedad intelectual. En atención al artículo 34 de la Ley 911 de 2006, se respetó la propiedad intelectual dando el crédito a los profesionales que han investigado sobre el tema, mediante la inclusión de las citas y referencias de los autores consultados registrando en el documento las citas bibliográficas, de acuerdo con las normas nacionales.

El presente estudio contó con el permiso de Dora Parra, para la aplicación del instrumento, quienes a su vez contaron con el permiso de los autores de la versión en inglés, por ser quien realizó la traducción al español, las pruebas de validez y de confiabilidad del "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación". (Anexo D)

3.6.4 Reciprocidad. Una vez conocidos los resultados, en cumplimiento al principio ético de reciprocidad, serán entregados a la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Los resultados del estudio serán presentados a los sujetos participantes de la investigación y a los directivos de la IPS donde se realizó el estudio en la actividad de socialización, con el fin de analizar las recomendaciones de estrategias o planes de mejoramiento de los procesos relacionados con el estudio.

3.6.2 Difusión de los resultados.

Atendiendo a lo dispuesto por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial numeral 30, el investigador se compromete a dar cumplimiento a las obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de la investigación mediante la elaboración de un artículo que será publicado en una revista indexada de enfermería, poniendo a la disposición del público los resultados y asumiendo el autor responsable la integridad y exactitud de sus informes. Se espera además presentar los resultados de este estudio en eventos académicos de carácter nacional e internacional.

3.7 Control de sesgos

Para la realización del estudio, se tuvieron en cuenta los posibles sesgos que se pudieran presentar teniendo en cuenta el tipo de estudio, con el fin de garantizar la calidad de los resultados.

Un tipo de sesgo es la *selección de instrumentos deficientes,* el cual se evitará utilizando para la recolección de la información la "Escalas de comunicación y coordinación para medir el rol interdependiente de Enfermería", del instrumento ICU enfermera-médico

diseñado por Shortell y colaboradores, considerado como un instrumento válido, confiable y reproducible en el contexto colombiano. A partir de los óptimos resultados de confiabilidad y validez se recomienda su utilización para el estudio de la coordinación y comunicación como indicadores de rol interdependiente de Enfermería[53].

También se puede dar el *sesgo de selección de los participantes,* el cual se controlará permitiendo que el instrumento solo sea diligenciado por el personal de Enfermería que cumplan con los criterios de inclusión definidos en el estudio.

Para evitar el sesgo de *poca comprensión al autodiligenciar el instrumento* se afinará el procedimiento mediante la capacitación del investigador y el auxiliar entrevistador para el diligenciamiento del instrumento. Durante la aplicación del instrumento se tendrán en cuenta que los participantes dispongan del ambiente apropiado y de tiempo necesario para la lectura del instrumento, al tiempo que se verificará la comprensión de los ítems mediante la actitud del entrevistado, se brindará apoyo explicativo cuando la persona presentaba dificultades.

Otro tipo de sesgo que se puede presentar es el *error por maduración de la información recolectada* por tanto se controlará que cada participante conozca el instrumento solo al momento de diligenciarlo.

Para control del sesgo *fallas en el registro del instrumento* se revisará el diligenciamiento total de cada instrumento una vez sea entregado por los participantes, controlando que se de única respuesta a cada ítem o que se omitan respuestas, garantizando así el correcto diligenciamiento de la base de datos del estudio.

Las condiciones ambientales inapropiadas e influencia de otras personas es otro tipo de sesgo que se puede presentar, por lo tanto, para su control se proporcionará un lugar y ambiente que propicie la tranquilidad, individualidad, concentración, privacidad y autonomía de cada uno de los participantes al momento de diligenciar el instrumento. Por lo tanto el lugar seleccionado cumplirá con los requerimientos mínimos para evitar distracciones por el medio, evitando la cercanía de ruidos perturbadores para la concentración. Deberá tener buena iluminación, ventilación y estar disponible para ser utilizado exclusivamente por el investigador y el participante evitando así la participación o apoyo de una segunda persona.

[53] PARRA DORA Y ARANGO GLORIA. Op cit. p. 51.

3.8 Prueba piloto

Se realizará la prueba piloto con el propósito de adquirir habilidad en la aplicación del instrumento, de hacer ajustes al marco teórico y al marco de diseño. Esta se realizará en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena con características similares a las de la IPS seleccionada para el estudio. Se aplicará a 20 enfermeras el instrumento "Escalas de comunicación y coordinación para medir el rol interdependiente de Enfermería", del Instrumento ICU enfermera-médico diseñado por Shortell y colaboradores. (Anexo A), a La información se recolectará atendiendo las consideraciones éticas relacionadas con la privacidad, beneficencia, autonomía, confidencialidad y se atenderá el control de riesgos y sesgos que se plantean en el estudio.

Por medio de la prueba piloto se evaluaran las cualidades del instrumento: *eficiencia y rapidez*, que se refiere al tiempo requerido para autodiligenciar el instrumento, la *comprensibilidad, equilibrio y simplicidad*, que se refiere a determinar si los participantes comprenden todos los ítems y si, comprenden y ubican con facilidad todas las opciones de respuesta.

Luego de realizada la prueba piloto, el investigador realizará la revisión, discusión y análisis de la experiencia, los aportes que se requieren para mejorar el proyecto y la necesidad de atender las dificultades identificadas de comprensión de los instrumentos para asegurar el correcto diligenciamiento.

3.9 Limitaciones del estudio

El investigador declara que este estudio se limita en:

- Los resultados corresponderán solo a la institución estudiada y no podrán ser generalizados a otras instituciones de salud de la Ciudad de Cartagena, de la Región Atlántica o del país.

- Los resultados solo corresponden a la variable proceso del rol interdependiente de enfermería, en lo que respecta a la comunicación y coordinación; por tanto no se podrán generalizar a otros roles de enfermería.

- Los resultados solo reflejarán la situación evaluada de las escalas de comunicación y coordinación, y por tanto no podrán ser generalizables a otras escalas.

El presente estudio presenta una aproximación y enfoque de la evaluación de la comunicación y coordinación de enfermería y no pretende descartar otras aproximaciones o enfoques conceptuales que puedan existir.

4. Análisis de los resultados

En el capítulo de resultados inicialmente se describe las características de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, seguidamente se describe los resultados de la evaluación de la comunicación y coordinación en las unidades de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la IPS en estudio, basada en las variables de proceso del del rol interdependiente de Enfermería propuesto en el Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería.

4.1 Características de la población

Edad y género. El grupo de cien profesionales de enfermería que participaron en el estudio se caracterizó por ser en su mayoría mujeres (91%).

En cuanto a la edad, la mínima fue 22 años y máxima 58 años. La moda fue 24 años, la mediana 30 años y el promedio fue 32 años con una desviación estándar de 8,2; por tanto la edad en este grupo es heterogénea y el promedio poco representativo.

El rango de edad más frecuente se ubicó en edades de 26 a 30 años (34%) seguido del rango 22 a 25 años (24%). El promedio fue de 29 años y la desviación estándar de 2,4. Por lo que se puede afirmar que la mayoría de los profesionales de enfermería que laboran en la IPS en estudio son adultos jóvenes.

La edad, en este caso adulto joven, es considerada una variable de la enfermera que se encuentra directamente relacionada con la experiencia profesional, por tanto acorde con los resultados el 58% de la población en estudio están dando inicio a su experiencia profesional.

La tabla 1, permite observar la distribución de los profesionales de enfermería según unidad o servicio y el rango de edad del grupo que allí labora. Los hallazgos revelaron que en las unidades urgencias y UCI coronario tuvieron la mayor numero de profesionales de enfermería en el rango de edad 22 a 30 años, mientras que en pediatría se encontró que la mayoría se encuentran en rango de edad 31 a 58 años, seguido de quirúrgicas y medicina interna 3 piso.

-

Tabla 1. Distribución de la población según unidad y edad de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2011.

Unidad	Edad Promedio: 32 años Desviación estándar: 8,2		Profesionales de Enfermería
	22-30 años	31-58 años	
Urgencias	10	6	16
Referencia/contrarreferencia	2	4	6
UCI General	5	5	10
UCI Coronario	6	3	9
Cirugía	1	2	3
Cuidados intermedios	3	6	9
Pediatría	2	7	9
Gineco-obstericia 2 piso	2	2	4
Gineco-obstericia 6 piso	2	2	4
Quirúrgicas	2	5	7
Medicina interna 3 piso	2	5	7
Medicina interna 4 piso	2	3	5
Medicina interna 6 piso	1	3	4
Medicina interna adulto mayor	3	1	4
Programas especiales	1	2	3
TOTAL	**44**	**56**	**100**

Fuente: Profesionales de Enfermería de una IPS de alta complejidad.

Experiencia profesional en la IPS. Para determinar la experiencia profesional en la IPS, se tuvo en cuenta el tiempo de estar laborando en la institución y el tiempo de permanencia en la unidad en el momento de la recolección de la información.

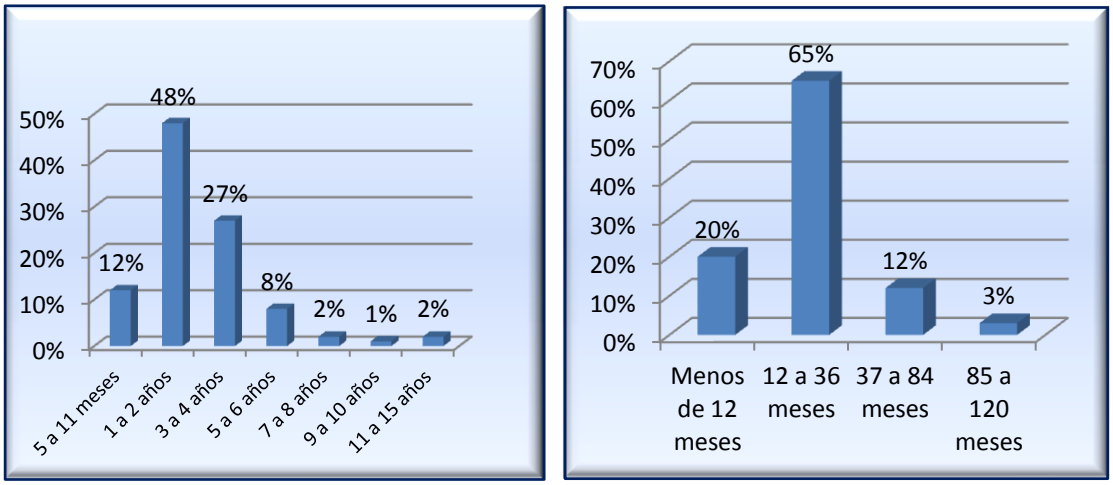
En cuanto al tiempo de estar laborando en la IPS, la mayoría de la población del estudio se ubicó en el promedio de 1,5 años, seguido del grupo que tuvo en promedio 3,5 años. Los profesionales de Enfermería de mayor experiencia correspondieron al 2% del total de la población y se ubicaron en el periodo promedio de tiempo de 11años.

Con relación al tiempo de permanencia en la unidad, el promedio fue de 18 meses que se encontró que la mayor parte de la población (65%), seguido de un tiempo promedio menor de 12 meses (20%).

Las gráficas 2 y 3, permiten observar que los profesionales de Enfermería que laboran en la IPS en estudio tienen poca experiencia profesional.

Gráfica 1. Distribución de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2011, según tiempo de experiencia profesional en la IPS y tiempo de permanencia en la unidad.

IPS UNIDAD



Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Teniendo en cuenta que el tiempo de experiencia profesional, se constituye en un factor determinante para el desempeño del rol interdependiente de enfermería, se realizó la distribución de la población de estudio según el tiempo de permanencia en la unidad, en el momento de la recolección de la información. (Ver tabla 2).

La tabla 2, permite observar que de las 15 unidades que tiene la IPS, la mayor parte de los profesionales de Enfermería representada en el 65% han permanecido en la unidad entre 12-36 meses (promedio 18 meses), un 20% tuvo menos de 12 meses (promedio 7 meses), mientras que el 15% restante tuvo más de 36 meses (promedio 42 meses).

Medicina interna 3 piso, fue la unidad que se destacó por el mayor numero de enfermeras con un tiempo de permanencia en el unidad superior a 36 meses.

Las unidades que tuvieron el mayor número de profesionales de enfermería con tiempos de permanencia en promedio de 18 meses fueron UCI general, UCI coronaria, cuidados intermedios, pediatría y gineco-obstetricia 6 piso.

La unidad programas especiales es relativamente nueva en la IPS y agrupa los servicios de clínica de heridas, cuidado del dolor y atención domiciliaria, en estos el tiempo de permanencia fue menor.

Tabla 2. Distribución de la población del estudio Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente Cartagena 2011, según tiempo de permanencia en la unidad.

Unidad	Tiempo de permanencia en el unidad			Enfermera(o)
	< 12 meses	12 - 36 meses	> 36 meses	
Urgencias	5	8	3	16
Referencia/contrarreferencia	1	4	1	6
UCI General	1	8	1	10
UCI Coronario	2	7	0	9
Cirugía	0	2	1	3
Cuidados intermedios	0	9	0	9
Pediatría	1	6	2	9
Gineco-obstericia 2 piso	1	3	0	4
Gineco-obstericia 6 piso	0	4	0	4
Quirúrgicas	3	4	0	7
Medicina interna 3 piso	0	3	4	7
Medicina interna 4 piso	1	3	1	5
Medicina interna 6 piso	1	2	1	4
Medicina interna adulto mayor	1	2	1	4
Programas especiales	3	0	0	3
TOTAL	**20**	**65**	**15**	**100**

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Estudios de posgrados y educación continuada. El 79% de los profesionales de Enfermería que laboran en la IPS no ha realizado estudios de posgrados, un reducido grupo ha cursado diplomados (4%). En la población de estudio solo una enfermera cursó estudios de Maestría en Enfermería (1%), mientras que el 16% restante ha cursado una especialización en áreas de la salud, no específicas de la profesión de enfermería, como por ejemplo salud ocupacional y auditoria entre otras.

4.2 Descripción de las dimensiones de comunicación en enfermería

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de las dimensiones de comunicación y coordinación de Enfermería en las unidades de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la IPS en estudio.

La comunicación fue medida mediante 31 ítems agrupados en ocho dimensiones que contemplan diferentes factores que incluyen la exactitud, la oportunidad, la comprensión

y satisfacción.

- Dimensión 1. Franqueza en la comunicación dentro del grupo (Ítems 1, 4, 6 y 9): ésta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras pueden "expresar sus verdaderas intenciones" cuando están hablando con otras enfermeras sin miedo a repercusiones o malentendidos.

Acorde con las respuestas dadas a los cuatro ítems, las enfermeras(o) de las unidades de urgencias, cirugía y UCI general y coronaria, estuvieron de acuerdo y completamente de acuerdo en que la comunicación entre el grupo es muy abierta, les resulta fácil y agradable hablar y es fácil pedir sugerencias a las enfermeras de estas unidades. El grupo de hospitalización y programas especiales, tuvo unos resultados muy similares, las respuestas de la mayor parte del grupo correspondieron a las opciones de acuerdo y completamente de acuerdo.

Estos resultados permiten conocer, que existe franqueza en la comunicación dentro del grupo en la mayoría de enfermeras sujetos de estudio (91%); por tanto pueden "expresar sus verdaderas intenciones" cuando están hablando con otras enfermeras sin miedo a repercusiones o malentendidos.

Tabla 3. Escala comunicación. Dimensión 1. Franqueza en la comunicación dentro del grupo.

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 1	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Es fácil para mí hablar abiertamente con las enfermeras de esta unidad	0	0	2	7	7	0	0	0	0	3	0	0	0	3	7	0	0	1	2	6
4. La comunicación entre las enfermeras en esta unidad es muy abierta	0	0	0	13	3	0	0	0	2	1	0	0	1	6	3	0	0	0	6	3
6. Me resulta agradable hablar con otras enfermeras de esta unidad	0	0	1	10	5	0	0	0	0	3	0	0	1	3	6	0	0	0	5	4
9. Es fácil pedirle sugerencias a las enfermeras de esta unidad	0	0	2	10	4	0	0	0	0	3	0	0	0	6	4	0	0	1	5	3
DIMENSIÓN 1	HOSPITALIZACIÓN																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRURGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	2	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	1	0	0	4	4	0	0	1	0	6	0	0	0	1	3	0	0	0	1	3
4.	0	0	0	7	2	0	5	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1
6.	1	2	0	2	4	0	1	1	5	0	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1
9.	0	0	0	4	5	0	0	1	2	4	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1

Tabla 3. Escala comunicación. Dimensión 1. Franqueza en la comunicación dentro del grupo. (Continuación)

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 1	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
DIMENSIÓN 1	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	0	0	0	3	4	0	0	0	0	5	0	0	0	1	3	0	0	0	1	3
4.	0	1	1	3	2	0	0	1	4	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	3
6.	0	0	1	5	1	0	0	0	3	2	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
9.	0	0	1	4	2	0	0	1	4	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	3
DIMENSIÓN 1	PEDIATRÍA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
1.	0	1	2	4	2	0	0	0	2	1	0	0	0	2	4					
4.	0	0	2	7	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6	0					
6.	0	0	0	6	3	0	0	0	2	1	0	0	0	3	3					
9.	0	0	2	6	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

- Dimensión 2. Franqueza en la comunicación entre los grupos (ítems: 12, 15, 17, 19.). Esta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con miembros de otros grupos, sin miedo a repercusiones o malentendidos.

La mayor parte de las enfermeras(os) de las diferentes unidades de de la IPS, estuvieron de acuerdo y completamente de acuerdo en que la comunicación medico-enfermera es muy abierta, les resulta agradable y fácil hablar libremente y pedirle sugerencias a los médicos de estas unidades, sin embargo se observó algunas diferencias en un pequeño grupo que respondió: no estoy de acuerdo ni en desacuerdo, lo cual indica que no todo el grupo encuentra franqueza en la comunicación entre los grupos.

Los resultados obtenidos en la dimensión 2, permitieron conocer que la mayor parte de las enfermeras (80%) pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con miembros de otros grupos, sin miedo a repercusiones o malentendidos, lo cual indica que existe franqueza en la comunicación entre los grupos de la IPS.

Tabla 4. Escala comunicación. Dimensión 2. Franqueza en la comunicación entre los grupos.

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 2	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Es fácil para mí hablar abiertamente con los médicos de esta unidad	0	0	2	11	3	0	0	1	2	0	0	0	1	4	5	0	0	1	6	2
15. La comunicación entre las enfermeras y los médicos en esta unidad es muy abierta.	0	2	2	10	2	0	0	1	2	0	0	0	2	3	5	0	0	1	6	2
17. Me resulta agradable hablar con los médicos de esta unidad.	0	0	2	12	2	0	0	1	2	0	0	0	2	3	5	0	0	1	6	2
19. Es fácil pedirle sugerencias a los médicos de esta unidad.	0	2	1	11	2	0	0	1	2	0	0	1	2	4	3	0	1	2	3	3
	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 2	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	0	0	1	6	2	0	0	0	5	2	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
15.	0	0	1	7	1	0	2	3	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
17.	0	0	1	7	1	0	0	0	6	1	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
19.	0	0	2	6	1	0	0	1	5	1	0	2	0	1	1	0	0	0	3	1
DIMENSIÓN 2	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	0	0	1	4	2	0	0	1	4	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	3
15.	0	1	1	3	2	0	0	3	1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	3
17.	0	0	0	3	4	0	0	0	3	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4
19.	0	1	1	4	1	0	0	1	2	2	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
DIMENSIÓN 2	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
12.	0	0	0	6	3	0	0	0	2	1	0	0	0	4	2					
15.	0	0	1	5	3	0	0	0	1	2	0	0	2	2	2					
17.	0	0	0	8	1	0	0	0	3	0	0	0	2	4	0					
19.	0	0	1	7	1	0	0	0	3	0	0	0	0	5	1					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

- Dimensión 3. Exactitud de la comunicación dentro del grupo (**Ítems 2, 5, 8, 10):** esta dimensión permite conocer hasta qué punto las enfermeras creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten otras enfermeras.

Los resultados revelaron que la mayor parte de las enfermeras (89%) del unidad de urgencias y programas especiales y referencia y contrarreferencia creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten otras enfermeras.

No obstante la mayor parte del grupo de enfermeras (81%) de cirugía, UCI general, UCI coronario, cuidado intermedio, gineco-obstetricia 6 piso y medicina interna adulto mayor respondieron estar de acuerdo y completamente de acuerdo en que no se da la exactitud de la información, debido a que recuerdan que en más de una ocasión han recibido información incorrecta de las enfermeras de esta unidad, con frecuencia es necesario confirmar la exactitud de la información que han recibido las enfermeras y consideran que algunas enfermeras de esta unidad no entienden del todo la información recibida y que la exactitud de la información transmitida entre las enfermeras de estas unidades deja mucho que desear.

Tabla 5. Escala comunicación. Dimensión 3. Exactitud de la comunicación dentro del grupo.

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 3	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Recuerdo que en más de una ocasión he recibido información incorrecta de las enfermeras de esta unidad.	1	9	2	3	1	0	0	0	2	1	0	5	0	3	2	1	1	1	2	4
5. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que he recibido de las enfermeras de esta unidad.	2	10	0	2	2	0	1	0	1	1	0	2	1	3	4	1	2	0	2	4
8. La exactitud de la información transmitida entre las enfermeras de esta unidad, deja mucho que desear	0	8	2	5	1	0	0	0	1	2	0	1	1	5	3	0	1	0	4	4
10. Algunas enfermeras de la unidad no entienden del todo la información que reciben.	0	8	2	6	0	0	2	0	0	1	0	2	0	5	3	1	1	0	4	3

Tabla 5. Escala comunicación. Dimensión 3. Exactitud de la comunicación dentro del grupo. (Continuación)

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 3	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					**CIRUGÍA N=3**					**UCI GENERAL N=10**					**UCI CORONARIO N=9**				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DIMENSIÓN 3	**HOSPITALIZACIÓN**																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					**QUIRÚRGICAS N=7**					**GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4**					**GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4**				
ITEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	0	3	0	4	2	3	4	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	0	1	1
5.	1	1	1	2	4	0	4	0	0	3	0	1	0	2	1	0	3	0	1	0
8.	1	2	1	5	0	0	4	0	3	0	0	0	0	3	1	0	2	0	0	1
10.	0	0	1	6	2	3	4	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3	0	1	0
DIMENSIÓN 3	**MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7**					**MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5**					**MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4**					**MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4**				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	0	4	0	2	1	0	4	0	0	1	0	3	0	1	0	0	1	0	1	2
5.	0	4	1	1	1	0	4	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	2	1
8.	2	3	0	1	1	1	4	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	1	2
10.	0	4	1	1	1	0	3	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	2	2
DIMENSIÓN 3	**PEDIATRÍA N=9**					**PROGRAMAS ESPECIALES N=3**					**REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6**									
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
2.	0	6	0	2	1	0	2	1	0	0	0	3	0	3	0					
5.	4	5	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	3	0					
8.	0	5	0	2	2	0	2	0	1	0	0	3	1	2	0					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Al contrastar los resultados obtenidos en la dimensión 3, permitió conocer que la mayor parte de las enfermeras de la IPS, que se encuentran distribuidas en las nueve unidades anteriormente mencionadas creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten otras enfermeras de su unidad. Sin embargo esta constante exactitud de la información, no se da de la misma manera en un grupo significativo de enfermeras de la IPS que se encuentran distribuidas en las seis unidades restantes.

- Dimensión 4. Exactitud de la comunicación entre los grupos (Ítems 13, 16 y 20): se define como el grado en el cual las enfermeras creen en la constante exactitud de la información que les transmiten miembros de otros grupos.

Acorde con los resultados, la mayor parte de las enfermeras (78%) que laboran en las unidades de urgencias, UCI coronario y de hospitalización tales como gineco-obstetricia 2 piso, gineco-obstetricia 6 piso, medicina interna 3 piso, medicina interna 4 piso, medicina interna 6 piso y pediatría creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten miembros de otros grupos.

No así en la mayor parte del grupo de enfermeras(82%) que laboran en las unidades de cirugía, UCI general, cuidado intermedio, quirúrgicas, programas especiales y referencia y contrarreferencia quienes están de acuerdo y completamente de acuerdo en que no se da la constante exactitud de la información debido que en más de una ocasión han recibido información incorrecta de los médicos de la unidad, con frecuencia es necesario confirmar la exactitud de la información que han recibido de los médicos de la unidad y están de acuerdo en que algunos médicos de la unidad no entienden del todo la información que reciben.

Los resultados indican que este grupo de enfermeras (68%) no creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten miembros de otros grupos, especialmente las enfermeras de medicina interna adulto mayor.

Tabla 6. Escala comunicación. Dimensión 4. Exactitud de la comunicación entre los grupo.

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 4	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Recuerdo que en más de una ocasión he recibido información incorrecta de los médicos de esta unidad	6	5	2	1	2	0	0	0	2	1	2	2	0	5	1	0	8	0	0	1
16. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que he recibido de los médicos de esta unidad	5	8	1	2	0	0	0	0	1	2	0	3	1	4	2	1	4	2	0	2
20. Algunos médicos de esta unidad no entienden del todo la información que reciben	6	5	1	4	0	0	0	1	1	1	1	2	0	6	1	1	5	0	3	0

Tabla 6. Escala comunicación. Dimensión 4. Exactitud de la comunicación entre los grupo. (Continuación)

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 4	UNIDADES																				
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 4	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	0	1	1	6	1	0	2	0	5	0	0	2	0	1	1	0	3	0	0	1
16.	1	2	1	4	1	0	2	1	4	0	1	2	0	1	0	0	2	0	1	1
20.	0	3	1	4	1	0	1	1	5	0	0	2	1	1	0	0	0	0	4	0
DIMENSIÓN 4	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	0	5	0	2	0	1	3	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	2
16.	0	4	0	3	0	1	3	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	3
20.	0	3	0	3	1	0	3	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	1	3
DIMENSIÓN 4	PEDIATRÍA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
13.	0	7	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	3	1					
16.	1	6	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	5	0					
20.	0	4	1	4	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2	1					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Al contrastar los resultados obtenidos en la dimensión 4, exactitud de la comunicación entre los grupos de la IPS con el total de la población del estudio se halló que la mayor parte de las enfermeras distribuidas en las ocho unidades anteriormente mencionadas creen en la constante *exactitud* de la información que les transmiten miembros de otros grupos. Sin embargo esto no se da de la misma manera en un grupo significativo de enfermeras de la IPS que se encuentran distribuidas en siete unidades.

Los hallazgos de la dimensión 3, exactitud de la comunicación dentro del grupo son muy similares a los obtenidos en la dimensión 4, exactitud de la comunicación entre los grupos.

- Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos. Es definida como la efectividad de la comunicación entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos. Es medida por dos ítems 3 y 7.

Los hallazgos obtenidos en la población de estudio en cuanto a la comunicación dentro del grupo entre distintos turnos, fueron homogéneos en las quince unidades, la mayor parte de las enfermeras (64%) que laboran en todas las unidades de la IPS, están de acuerdo y completamente de acuerdo en que existe comunicación efectiva entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos y por tanto las enfermeras de la unidad están bien informadas sobre lo que ocurre en otros turnos.

Los resultados evidencian que no existen diferencias entre unidades en cuanto a la comunicación dentro del grupo entre distintos turnos, por tanto los procesos y procedimientos relacionados con la entrega y recibo de turno entre las enfermeras se encuentran debidamente estandarizados en todas las unidades de la IPS.

Tabla 7. Escala comunicación. Dimensión 5. Comunicación dentro del grupo entre distintos turnos.

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 5	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Existe comunicación efectiva entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos	0	1	3	8	4	0	0	0	1	2	0	0	0	9	1	0	1	0	6	2
7. Las enfermeras de esta unidad están bien informadas sobre lo que ocurre en otros turnos	1	2	2	6	5	0	1	0	1	1	0	0	2	7	1	0	2	1	3	3
DIMENSIÓN 5	HOSPITALIZACIÓN																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	1	0	0	7	1	0	1	0	5	1	0	0	0	3	1	0	0	0	2	2
7.	0	1	1	4	3	0	1	0	5	1	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2
DIMENSIÓN 5	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	0	0	0	5	2	0	1	0	3	1	0	0	0	3	1	0	0	1	2	1
7.	0	0	0	5	2	0	1	0	3	1	0	0	0	3	1	0	0	0	3	1
DIMENSIÓN 5	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
3.	0	0	0	7	2	0	0	0	3	0	0	0	0	5	1					
7.	0	1	1	6	1	0	0	0	3	0	0	0	0	5	1					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras- médicos): es definida como el entendimiento y la efectividad de comunicación entre las enfermeras y los médicos de esta unidad, medida por ocho ítems 24, 27, 22, 25, 28, 14, 18 y 11.

Los hallazgos en cuanto al entendimiento entre el grupo enfermeras fueron homogéneos en todas las unidades. La mayor parte de las enfermeras (78%) están de acuerdo y completamente de acuerdo en que existe entendimiento y efectividad de comunicación entre las enfermeras y los médicos de todas las unidades de la IPS, a la mayoría de las enfermeras les parece grato trabajar con los médicos de la unidad, las enfermeras comprenden bien los objetivos de los médicos y comprenden bien los planes de tratamiento de los médicos.

A sí mismo la mayor parte de las enfermeras están de acuerdo en que los médicos de la unidad están bien informados sobre lo que ocurre en otros turnos, entienden bien los objetivos terapéuticos y planes de tratamiento de las enfermeras. También coinciden en que los médicos siempre están disponibles para consultarles y en que existe comunicación eficaz entre los médicos y las enfermeras que trabajan en distintos turnos. Estos resultados difieren un poco en la unidad de cirugía, en cuanto a que un 44% de las enfermeras opinaron no estar de acuerdo en que los médicos de esta unidad estén bien informados sobre lo que ocurre en otros turnos. Mientras que el 63% consideró no estar de acuerdo en que los médicos estén siempre disponibles para consultarles.

Tabla 8. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras-médicos)

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 6	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11 Me es grato trabajar con los médicos de esta unidad	0	0	3	10	3	0	0	1	1	1	0	0	0	5	5	0	0	1	5	3
14 Existe comunicación efectiva entre los médicos y las enfermeras que trabajan en los distintos turnos	0	4	1	10	1	0	0	0	2	1	0	0	0	6	4	0	2	1	3	3
18 Los médicos de esta unidad están bien informados sobre lo que ocurre en otros turnos	1	4	3	7	1	0	3	0	0	0	0	2	1	6	1	2	3	0	3	1
22 Los médicos siempre están disponibles para consultarle.	0	1	2	10	3	0	3	0	0	0	0	0	2	4	4	0	1	0	6	2
24. Las enfermeras comprenden bien los objetivos de los médicos.	0	1	3	9	3	0	0	0	2	1	0	1	1	4	4	0	1	1	4	3
25. Los médicos entienden bien los objetivos terapéuticos de las enfermeras	1	1	4	5	5	0	1	0	2	0	0	1	2	3	4	1	2	0	3	3
27. Las enfermeras comprenden bien los planes de tratamiento de los médicos.	0	0	2	10	4	0	0	0	2	1	0	0	0	4	6	0	2	0	2	5
28. Los médicos entienden muy bien los planes de tratamiento de las enfermeras.	0	3	2	7	4	0	0	1	2	0	0	0	2	3	5	1	1	0	4	3

Tabla 8. Escala comunicación. Dimensión 6. Entendimiento entre el grupo (Enfermeras-médicos) **(continuación)**

	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 6	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ITEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	0	0	1	7	1	0	1	0	3	3	0	1	0	3	0	0	0	1	2	1
14.	0	0	2	5	2	0	1	0	5	1	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
18.	1	1	1	6	0	0	1	1	4	1	0	1	0	2	1	0	0	2	1	1
22.	0	1	0	8	0	0	2	2	2	1	0	1	0	2	1	0	0	1	2	1
24.	0	0	1	8	0	0	0	1	4	2	0	0	0	3	1	0	0	0	4	0
25.	1	0	1	7	0	0	3	3	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	3	0
27.	0	0	1	8	0	0	0	0	6	1	0	1	0	1	2	0	0	0	3	1
28.	2	0	2	5	0	1	0	3	3	0	0	2	0	0	2	0	2	0	1	1
DIMENSIÓN 6	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	0	0	1	3	3	0	1	0	3	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
14.	0	0	1	6	0	0	1	1	3	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	3
18.	0	1	3	2	1	0	2	0	3	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	3
22.	2	0	1	4	0	0	0	0	4	1	0	1	0	1	2	0	0	0	1	3
24.	0	0	2	4	1	0	0	0	4	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
25.	0	1	2	4	0	0	1	1	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
27.	0	0	0	1	6	0	0	1	2	2	0	0	1	1	2	0	0	0	1	3
28.	0	0	2	5	0	0	0	1	4	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	3
DIMENSIÓN 6	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
11.	0	0	0	6	3	0	0	0	3	0	0	1	0	4	1					
14.	1	1	1	3	3	0	0	1	2	0	1	0	0	3	2					
18.	0	2	1	5	1	0	1	2	0	0	0	0	1	4	1					
22.	0	3	0	5	1	0	1	1	1	0	1	0	0	4	1					
24.	0	0	1	7	1	0	0	0	3	0	0	0	1	5	0					
25.	0	2	3	3	1	0	1	0	2	0	0	0	1	5	0					
27.	0	0	0	7	2	0	0	0	3	0	0	0	1	3	2					
28.	0	1	0	4	4	0	1	0	2	0	0	0	1	2	3					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 7. Comunicación oportuna: medida por tres ítems 21, 23 y 26 y definida como hasta qué punto la información concerniente al tratamiento de pacientes es transmitida oportunamente a las personas que necesitan tener estos conocimientos.
La dimensión comunicación oportuna en la población de estudio, arrojó resultados favorables en todas las unidades. La mayor parte de las enfermeras están de acuerdo y completamente de acuerdo en que obtienen información sobre el estado de los pacientes en el momento en que la necesitan, al igual que cuando cambia el estado de un paciente obtienen información relevante rápidamente y en asuntos relacionados con el cuidado de los pacientes, las enfermeras llaman a los médicos oportunamente.

Los hallazgos obtenidos en la población de estudio indican que la información concerniente al tratamiento de pacientes es transmitida oportunamente a las personas que necesitan tener estos conocimientos en todas las unidades de la IPS.

Tabla 9. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna

ESCALA COMUNICACIÓN	**UNIDADES**																			
DIMENSIÓN 7	**URGENCIAS N=16**					**CIRUGÍA N=3**					**UCI GENERAL N=10**					**UCI CORONARIO N=9**				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21 Obtengo información sobre el estado de los pacientes en el momento en que la necesito.	0	1	0	12	3	0	0	1	2	0	0	0	0	6	4	0	0	0	6	3
23 Cuando cambia el estado de un paciente, obtengo información relevante rápidamente.	0	2	2	10	2	0	1	0	2	0	0	0	0	6	4	0	0	0	5	4
26 En asuntos relacionados con el cuidado de los pacientes, las enfermeras llaman a los médicos oportunamente.	0	0	0	10	6	0	0	0	2	1	0	0	0	4	6	0	1	1	5	2
	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 7	**CUIDADO INTERMEDIO N=9**					**QUIRÚRGICAS N=7**					**GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4**					**GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4**				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.	0	0	0	8	1	0	0	1	5	1	0	0	0	3	1	0	0	0	3	1
23.	0	2	0	5	2	0	2	1	2	2	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
26.	0	0	0	5	4	0	2	0	4	1	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1

Tabla 9. Escala comunicación. Dimensión 7. Comunicación oportuna (continuación)

DIMENSIÓN 7	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.	0	0	0	6	1	0	1	0	4	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	3
23.	1	0	3	2	1	0	1	0	1	3	0	1	0	1	2	0	0	0	1	3
26.	0	0	0	3	4	0	0	1	0	4	0	0	0	0	4	0	0	0	1	3
DIMENSIÓN 7	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
21.	0	1	0	8	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3	3					
23.	0	1	0	7	1	0	0	0	3	0	1	0	1	2	2					
26.	0	0	0	6	3	0	0	0	3	0	0	0	1	2	3					
Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

- Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación: definida como el grado de satisfacción con la comunicación entre las enfermeras, los pacientes, sus familias y las enfermeras de otras unidades. Es medida con tres ítems**:** 29, 30 y 31.

Los resultados indican que la mayor parte de de las enfermeras (93%) de la IPS del estudio están satisfechas y muy satisfechas con la comunicación que se da entre las familias los pacientes y las enfermeras, entre las enfermeras y entre los pacientes y las enfermeras.

Tabla 10. Escala comunicación. Dimensión 8. Satisfacción de las enfermeras en cuanto a la comunicación

ESCALA COMUNICACIÓN DIMENSIÓN 8	UNIDADES																				
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
Satisfacción de las enfermas en cuanto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Comunicación entre las familias de los pacientes y las enfermeras	0	0	0	11	5	0	0	0	2	1	0	2	0	5	3	0	0	1	7	1
30. Comunicación entre las enfermeras	0	0	1	10	5	0	0	0	2	1	0	0	0	6	4	0	0	2	4	3
31. Comunicación entre los pacientes y las enfermeras	0	0	0	12	4	0	0	0	3	0	0	1	2	5	2	0	0	1	5	3
	HOSPITALIZACIÓN																				
DIMENSIÓN 8	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29.	0	0	0	9	0	0	0	1	2	3	0	1	0	2	1	0	1	1	2	0
30.	0	0	0	8	1	0	0	0	5	2	0	0	0	2	2	0	0	0	3	1
31.	0	0	0	8	1	0	0	0	5	2	0	1	0	2	1	0	0	0	3	1
DIMENSIÓN 8	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29.	0	3	0	4	0	0	2	0	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	2	2
30.	0	0	0	6	1	0	0	0	3	2	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3
31.	0	0	2	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	3	1	0	0	0	2	2
DIMENSIÓN 8	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
29.	1	0	2	6	0	0	0	0	3	0	0	0	1	4	1					
30.	0	0	0	8	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2					
31.	0	0	0	7	2	0	0	0	3	0	0	0	0	5	1					
Opciones de respuesta: (1) Muy insatisfecho (2) insatisfecho (3) No estoy satisfecho ni insatisfecho (4) Satisfecho (5) Muy satisfecho																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

4.3 Descripción de las dimensiones de coordinación en enfermería

Dentro de un unidad la coordinación se define como el grado en el cual las actividades de trabajo son coordinadas entre los grupos de enfermeras y médicos y entre los dos grupos con la unidad o unidad.

La coordinación entre las unidades de la IPS en estudio se define como una coordinación entre cada uno de las unidades y otras unidades en la IPS tales como urgencias, cirugía, unidades de laboratorio y radiología y otras unidades de hospitalización.

La escala de coordinación la conforman cinco dimensiones medidas por 22 ítems; dichas dimensiones son: planes formales y reglas dentro de la unidad, planes formales y reglas entre las unidades, mecanismos de coordinaciones personales e informales dentro de la unidad, mecanismos de coordinación personales e informales entre las unidades y relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades

Dimensión 1. Planes formales y reglas dentro de la unidad (ítems: 32, 33, 34, 37, 38 y 39): se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

Los procedimientos formales encaminados a la coordinación en la unidad, relacionados con las reglas, políticas y procedimientos, planes y horarios por escrito, protocolos de tratamiento, los sistemas de información, reuniones, grupos de trabajo y comités, fueron evaluados como efectivos y muy efectivos por la mayor parte de las enfermeras(os) de la IPS.

Tabla 11. Escala coordinación. Dimensión 1. Planes formales y reglas dentro de la unidad.

ESCALA COORDINACIÓN DIMENSIÓN 1	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Reglas, políticas y procedimientos por escrito	0	0	1	9	6	0	0	0	2	1	0	0	2	6	2	0	0	1	4	4
33. Planes y horarios por escrito.	0	0	2	8	6	0	0	0	1	2	0	1	2	4	3	0	0	2	4	3
34. Sistemas de información sistematizados	0	0	1	7	8	0	0	0	2	1	0	0	0	6	4	0	1	2	4	2
37. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación.	0	0	3	7	6	0	0	0	3	0	0	1	2	5	2	4	3	0	1	1
38. Grupos de trabajo y comités permanentes	0	0	3	7	6	0	0	0	1	2	1	2	0	4	3	1	1	0	5	2
39. Protocolos de tratamiento escrito.	0	0	2	9	5	0	0	0	3	0	0	1	1	4	4	0	0	1	4	4

Tabla 11. Escala coordinación. Dimensión 1. Planes formales y reglas dentro de la unidad.

(continuación)

	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 1	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRURGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ITEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32.	0	1	2	5	1	0	1	1	2	3	0	0	0	2	2	0	1	2	1	0
33.	0	0	1	5	3	0	0	2	0	5	0	0	0	2	2	0	0	1	2	1
34.	0	0	1	5	3	0	0	0	2	5	0	0	0	2	2	0	0	1	2	1
37.	0	1	2	3	3	1	0	1	4	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	2
38.	0	1	1	4	3	0	0	2	5	0	2	1	0	0	1	0	1	0	2	1
39.	0	0	1	6	2	0	0	2	4	1	0	0	3	1	0	1	0	0	2	1
DIMENSIÓN 1	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32.	0	0	0	7	0	0	0	1	2	2	0	0	1	3	0	0	0	0	3	1
33.	0	0	0	4	3	0	0	1	4	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4
34.	0	0	0	5	2	0	0	0	2	3	0	0	0	1	3	0	0	1	1	2
37.	1	1	1	2	2	0	1	0	1	3	0	0	1	3	0	0	0	1	1	2
38.	1	0	1	3	2	0	1	1	2	1	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3
39.	0	0	1	3	3	0	1	0	3	1	0	0	1	3	0	0	0	0	3	1
DIMENSIÓN 1	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
32.	0	0	1	6	2	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2					
33.	0	0	0	6	3	0	0	0	2	1	0	0	0	3	3					
34.	0	0	2	7	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4	2					
37.	0	1	1	7	0	1	1	0	1	0	2	0	0	2	2					
38.	1	0	0	4	4	0	0	1	2	0	0	0	1	3	2					
39.	0	1	0	2	6	0	0	0	3	0	0	0	1	3	2					
Opciones de respuesta: (1) Nada efectivo, (2) Ligeramente efectivo, (3) medianamente efectivo, (4) Efectivo (5) Muy efectivo.																				

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 2. Planes formales y reglas entre las unidades (41, 42, 44, 45, 47 y 49): esta se define como la efectividad de procedimientos formales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital.

Los procedimientos formales encaminados a coordinar el personal de la unidad con el resto del hospital, relacionados con reglas, políticas y protocolos, planeación de reuniones, reuniones de grupos y comités, planes y horarios por escrito, fueron

evaluados como efectivos y muy efectivos por la mayor parte de las enfermeras(os) de la IPS.

Tabla 12. Escala coordinación. Dimensión 2. Planes formales y reglas entre las unidades.

ESCALA COORDINACIÓN DIMENSIÓN 2	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Protocolos de tratamiento por escrito.	0	0	3	11	2	0	0	0	2	1	0	1	1	4	4	0	1	0	5	3
42. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad y de otras unidades en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación.	1	0	2	7	6	0	0	0	1	2	1	0	2	5	2	1	2	0	4	2
44. Reglas, políticas y protocolos por escrito	0	0	1	12	3	0	0	0	3	0	1	1	0	3	5	1	0	1	1	6
45. Planes y horarios por escrito	0	0	3	10	3	0	0	0	2	1	0	0	0	5	5	0	0	1	6	2
47. Grupos de trabajo y comités permanentes que involucran a los miembros de la unidad y de otras unidades.	0	0	1	9	6	0	0	0	2	1	0	2	1	4	3	1	1	0	5	2
49. Sistemas de información computarizados	0	0	2	9	5	0	0	0	2	1	0	1	1	4	4	0	1	0	6	2

DIMENSIÓN 2	HOSPITALIZACIÓN																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41.	0	0	1	5	3	0	1	2	4	0	0	0	0	4	0	2	2	0	0	0
42.	0	2	1	3	3	1	1	0	5	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	0
44.	0	0	1	4	4	0	2	2	2	1	0	0	0	2	2	1	2	0	1	0
45.	0	0	2	4	3	0	0	0	2	5	0	0	0	2	2	1	2	0	1	0
47.	0	1	1	5	2	5	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	1	0	1
49.	0	0	1	4	4	0	0	1	3	3	0	0	1	3	0	1	2	0	0	1

DIMENSIÓN 2	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41.	0	0	1	3	3	0	1	0	2	2	0	0	0	2	2	0	0	1	3	0
42.	1	1	0	3	2	0	2	1	0	2	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1
44.	0	0	2	3	2	0	1	0	2	2	0	0	0	2	2	0	1	0	1	2
45.	0	0	0	4	3	0	0	1	2	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4
47.	0	1	1	4	1	0	1	1	1	2	0	0	0	2	2	0	1	0	1	2
49.	0	0	1	3	3	1	0	0	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4

DIMENSIÓN 2	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41.	0	0	2	6	1	0	0	0	3	0	0	0	1	4	1
42.	1	1	1	6	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3	3
44.	0	1	1	6	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2
45.	0	0	0	9	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	3
47.	1	1	1	6	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	0
49.	0	1	1	4	3	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2

Opciones de respuesta: (1) Nada efectivo, (2) Ligeramente efectivo, (3) medianamente efectivo, (4) Efectivo (5) Muy efectivo.

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 3. Mecanismos de coordinaciones personales e informales dentro de la unidad: medida por tres ítems: 35, 36 y 40. Esta dimensión se refiere a la efectividad de mecanismos informales encaminados a coordinar los esfuerzos del personal de la unidad.

Las iniciativas de las directivas para coordinar las actividades, la comunicación interpersonal y las rondas diarias con el personal de la unidad fueron evaluadas por los profesionales de enfermería de la IPS como efectivas y muy efectivas.

Tabla 13. Escala coordinación. Dimensión 3. Mecanismos de coordinación, personales e informales dentro de la unidad.

ESCALA COORDINACIÓN DIMENSIÓN 3	UNIDADES																				
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Iniciativas o esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades de los miembros	0	0	1	10	5	0	0	0	2	1	0	0	1	6	3	1	0	2	5	1
36. Comunicación interpersonal entre el personal de la unidad	0	0	1	11	4	0	0	0	2	1	0	1	0	6	3	0	2	1	3	3
40. Rondas diarias con el personal.	0	0	0	8	8	0	0	0	2	1	0	0	2	2	6	0	0	1	2	6
DIMENSIÓN 3	HOSPITALIZACIÓN																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRURGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35.	0	0	0	9	0	0	0	2	2	3	0	0	1	2	1	0	1	0	2	1
36.	0	0	1	6	2	0	1	0	3	3	0	0	0	3	1	0	0	1	2	1
40.	0	0	0	2	7	0	1	0	1	5	0	0	1	2	1	0	0	0	4	0
DIMENSIÓN 3	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35.	0	0	1	3	3	0	0	0	4	1	0	0	0	4	0	0	0	1	2	1
36.	0	0	1	4	2	0	0	1	3	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	3
40.	0	0	0	2	5	0	1	0	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	4
DIMENSIÓN 3	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
35.	0	0	1	6	2	1	0	0	2	0	0	0	0	5	1					
36.	0	0	1	4	4	0	0	0	3	0	0	0	2	2	2					

40.	0	0	0	5	4	0	0	1	1	1	0	0	0	2	4
Opciones de respuesta: (1) Nada efectivo, (2) Ligeramente efectivo, (3) medianamente efectivo, (4) Efectivo (5) Muy efectivo.															

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 4. Mecanismos de coordinación personales e informales entre las unidades: es medida por tres ítems 43, 46 y 48 que evalúan los mecanismos de coordinación personales e informales encaminados a coordinar el personal de enfermería de la unidad con el resto del hospital.

Las iniciativas de las enfermeras (os) para coordinar las actividades del personal de la unidad con otras unidades, la comunicación interpersonal entre los miembros de la unidad y miembros de otras unidades y las rondas del personal a diario con el fin de compartir la información que ayuda asegurar la coordinación entre otras unidades y la unidad fueron evaluadas en su mayoría como efectivas y muy efectivas.

Tabla 14. Escala coordinación. Dimensión 4. Mecanismos de coordinación, personales e informales entre las unidades.

ESCALA COORDINACIÓN DIMENSIÓN 4	**UNIDADES**																			
	URGENCIAS N=16					**CIRUGÍA N=3**					**UCI GENERAL N=10**					**UCI CORONARIO N=9**				
ITEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Iniciativas o esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades del personal de la unidad con otras unidades.	1	0	3	5	7	0	0	0	2	1	1	0	2	4	3	2	0	1	4	2
46. Comunicación interpersonal entre los miembros de la unidad y miembros de otras unidades	0	0	2	9	5	0	0	1	1	1	1	0	2	4	3	0	0	1	7	1
48. Rondas del personal a diario con el fin de compartir la información que ayuda asegurar la coordinación entre otras unidades y la unidad	0	0	2	9	5	0	0	1	0	2	0	1	2	2	5	0	0	0	4	5
	HOSPITALIZACIÓN																			
DIMENSIÓN 4	**CUIDADO INTERMEDIO N=9**					**QUIRÚRGICAS N=7**					**GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4**					**GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4**				
ÍTEMS	0	2	1	4	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43.	0	2	1	6	0	1	1	5	0	0	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0
46.	0	1	2	4	2	0	0	5	2	0	0	0	4	0	0	0	2	1	1	0
48.	0	1	2	4	2	0	0	6	1	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	2
DIMENSIÓN 4	**MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7**					**MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5**					**MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4**					**MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4**				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43.	0	1	2	2	2	0	0	2	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1	3	0

46.	0	0	1	5	1	0	0	3	1	1	0	0	1	0	3	0	0	1	1	2
48.	0	0	2	2	3	2	0	2	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	3

Tabla 14. Escala coordinación. Dimensión 4. Mecanismos de coordinación, personales e informales entre las unidades.

DIMENSIÓN 4	PEDIATRÍA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6					
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
43.	1	1	1	3	3	1	0	0	1	1	0	0	0	4	2	
46.	0	0	1	7	1	0	0	0	2	1	0	0	1	4	1	
48.	0	1	1	6	1	0	0	0	3	0	0	0	0	2	4	
Opciones de respuesta: (1) Nada efectivo, (2) Ligeramente efectivo, (3) medianamente efectivo, (4) Efectivo (5) Muy efectivo.																

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

Dimensión 5. Relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades. Medida por cuatro ítems 50, 51, 52 y 53, Estas afirmaciones tienen en cuenta hasta qué punto las relaciones con otras unidades del hospital facilitan el desempeño de la unidad.

La mayor parte del personal de enfermería de la IPS respondió estar de acuerdo y completamente de acuerdo en que la unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en la IPS. Los factores relacionados con las percepciones de cooperación recibida de otras unidades fueron evaluadas por las enfermeras(os) en la mayoría de las unidades satisfactoriamente.

Tabla 15. Escala coordinación. Dimensión 5. Relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades.

ESCALA COORDINACIÓN DIMENSIÓN 5	UNIDADES																			
	URGENCIAS N=16					CIRUGÍA N=3					UCI GENERAL N=10					UCI CORONARIO N=9				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Nuestra unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en este hospital	0	2	2	10	2	0	0	1	2	0	0	3	2	5	0	0	3	0	3	3
51. Nuestra unidad no recibe la cooperación que necesita de otras unidades del hospital.	0	8	5	3	0	0	2	0	1	0	0	7	2	1	0	0	4	1	3	1
52. Otras unidades del hospital parecen tener mala opinión de nosotros	2	9	4	1	0	0	2	0	1	0	0	7	1	0	2	0	6	1	2	0
53. Relaciones de trabajo inadecuadas con otras unidades limitan nuestra efectividad.	2	9	4	1	0	0	2	1	0	0	1	6	2	1	1	0	4	2	2	0

Tabla 15. Escala coordinación. Dimensión 5. Relaciones de trabajo de la unidad con otras unidades. (continuación)

DIMENSIÓN 5	HOSPITALIZACIÓN																			
	CUIDADO INTERMEDIO N=9					QUIRÚRGICAS N=7					GINECO-OBSTETRICIA 2 PISO N=4					GINECO-OBSTETRICIA 6 PISO N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50.	0	0	1	7	1	0	0	1	5	1	0	1	0	3	0	0	0	1	3	0
51.	2	6	1	0	0	0	5	2	0	0	0	3	0	1	0	0	2	1	1	0
52.	2	3	2	2	0	1	5	0	1	0	0	2	2	0	0	0	2	1	1	0
53.	1	2	5	1	0	0	3	2	2	0	0	3	1	0	0	0	3	1	0	0
DIMENSIÓN 5	MEDICINA INTERNA 3 PISO N=7					MEDICINA INTERNA 4 PISO N=5					MEDICINA INTERNA 6 PISO N=4					MEDICINA INTERNA ADULTO MAYOR N=4				
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50.	0	0	2	5	0	0	1	1	3	0	0	0	0	3	1	0	1	1	2	0
51.	5	1	0	1	0	0	4	1	0	0	0	3	1	0	0	3	0	1	0	0
52.	2	1	2	0	0	1	2	2	0	0	1	3	0	0	0	1	2	1	0	0
53.	3	2	2	0	0	1	0	3	1	0	1	2	0	0	1	2	1	1	0	0
DIMENSIÓN 5	PEDIATRIA N=9					PROGRAMAS ESPECIALES N=3					REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA N=6									
ÍTEMS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
50.	0	1	1	7	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4	1					
51.	1	7	0	1	0	0	2	0	1	0	3	0	2	0	1					
52.	0	3	1	2	3	0	2	0	1	0	2	2	1	0	1					
53.	0	5	1	2	1	0	2	0	1	0	1	3	2	0	0					

Opciones de respuesta: (1) Estoy en total desacuerdo (2) No estoy de acuerdo (3) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo (4) Estoy de acuerdo (5) Estoy completamente de acuerdo.

Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

4.4 Comunicación y coordinación global en enfermería.

El instrumento seleccionado para el estudio se denomina “Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación”, permite evaluar las percepciones que tiene cada enfermero de forma individual ante los 53 ítems que conforman el instrumento.

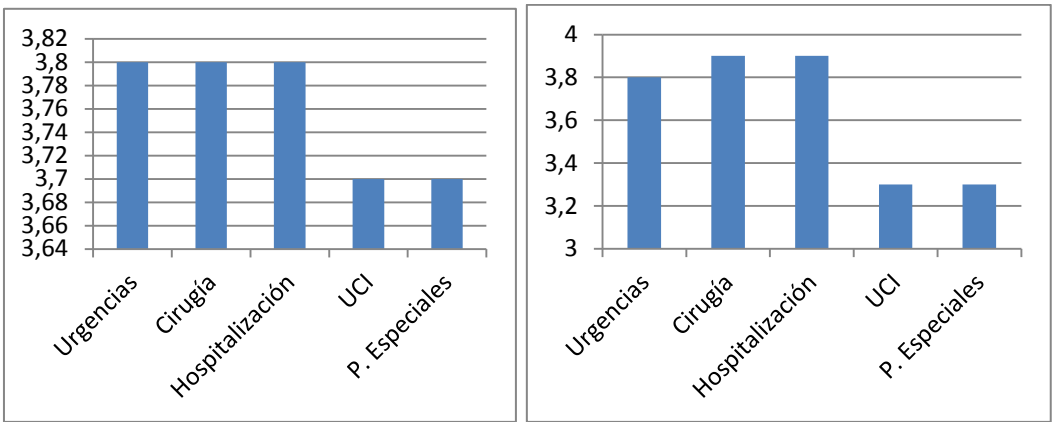
Siguiendo los lineamientos de las autoras se puede obtener un puntaje global para la unidad, este se consigue calculando la media de los puntajes individuales de los enfermeros de dicha unidad.

Para computar el puntaje de escala por enfermera(o), se tuvo en cuenta que el total de la población (100 enfermeras) hubiera respondido el total de ítems que componen el cuestionario.

Para obtener el puntaje general de escala a nivel de unidad se promediaron los puntajes a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad. Obteniéndose en la dimensión comunicación resultados similares en las unidades de urgencias, cirugía y hospitalización con un promedio de 3,8 y un promedio de 3,7 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Programas especiales.

Así mismo en la dimensión de coordinación se hallaron resultados similares en las unidades de cirugía y hospitalización con un promedio de 3,9 y un promedio de 3,3 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y urgencias; mientras que en urgencias el promedio fue 3,8.

Grafica 4. Escala comunicación y coordinación. Promedio de puntajes individuales para todas las enfermeras de la misma unidad.



Fuente: Profesionales de Enfermería, IPS de alta complejidad de Cartagena.

5. Discusión

La comunicación y coordinación de Enfermería puede ser evaluado desde la perspectiva del Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, al analizar las variables de proceso del rol interdependiente.

Este conocimiento consolida la comprensión de las situaciones de cuidado en las que participan las enfermeras y que dependen parcialmente de las actividades de otras enfermeras y del equipo de salud.

Al analizar los resultados de las puntuaciones y promedio de los puntajes a nivel individual para todas las enfermeras de una misma unidad, se hallaron resultados similares en las unidades de urgencias, cirugía y hospitalización con un promedio de 3,8 y un promedio de 3,7 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Programas especiales. Así mismo en la dimensión de coordinación se hallaron resultados similares en las unidades de cirugía y hospitalización con un promedio de 3,9 y un promedio de 3,3 para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y urgencias; mientras que en urgencias el promedio fue 3,8 lo cual facilita que las enfermeras asuman de manera óptima el rol interdependiente, al establecerse una buena comunicación y coordinación.

Las respuestas dadas por la mayor parte del grupo de enfermeras (87%) en la dimensión de comunicación abarca apertura, exactitud, oportunidad, comprensión y satisfacción en el intercambio de comunicación entre enfermeras y con el personal médico. Estas dimensiones que evalúan la comunicación son necesarias para la continuidad del cuidado y para el lograr la calidad de la atención.

Existe *apertura* en la comunicación dentro del grupo de enfermeras y con miembros de otros grupos de la IPS, en la mayoría de las unidades (80%); por tanto las enfermeras(os), pueden “expresar sus verdaderas intenciones” cuando están hablando con otras enfermeras y con los médicos sin miedo a repercusiones o malentendidos.

Lograr apertura en el grupo se considera positivo para alcanzar la calidad del cuidado. Según March y Prieto[54]: la confianza es la estrategia básica a desarrollar por el gestor,

[54] MARCH, JC., PRIETO, MA. Op cit.,p128.

en este caso los profesionales de enfermería. La confianza se traduce en credibilidad, elemento básico para eficacia de un mensaje y para que los profesionales sientan que trabajan en una organización que les informa y les escucha. La comunicación interna en un hospital es una estrategia imprescindible para lograr los objetivos y metas que se propongan, tanto a nivel general como en las distintas unidades. Los profesionales de enfermería tienen que hacer realidad con su práctica diaria esos objetivos y metas, han de tener la información necesaria para poder hacerlo.

Según Prieto[55], la comunicación en enfermería debe ser asertiva, se trata de una capacidad de comunicación, en la que el pensamiento se manifiesta libremente, sin miedo a que los demás no compartan lo que pensamos y respetando los derechos y sentimientos de los demás. En síntesis es la "pérdida de miedo al comunicarte". Tanto la comunicación pasiva como la agresiva encierran en el fondo sentimientos de miedo e inseguridad.

La comunicación en Enfermería es el fundamento del cuidado; es la relación interpersonal terapéutica que establece la enfermera con el sujeto de cuidado y con su familia; así mismo se relaciona con los demás trabajadores de la institución donde ejerce la profesión. Dicha relación a su vez se fundamenta en la comunicación, de ahí la importancia de que esta se caracterice por la asertividad; cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo del ejercicio profesional[56].

De igual manera los factores que determinan la constante *exactitud* de la información que se transmiten las enfermeras(os) de la IPS entre sí fue evaluada positivamente en nueve de las quince unidades de la IPS. Sin embargo esta constante exactitud de la información, no se da de la misma manera en seis unidades. No obstante la mayor parte del grupo de enfermeras(o) de cirugía, UCI general, UCI coronario, cuidado intermedio, gineco-obstetricia 6 piso y medicina interna adulto mayor recuerdan que en más de una ocasión han recibido información incorrecta, con frecuencia es necesario confirmar la exactitud de la información que han recibido y consideran que algunas enfermeras de esta unidad no entienden del todo la información recibida y que la exactitud de la información transmitida entre las enfermeras de estas unidades deja mucho que desear.
Los resultados evidencian que existen diferencias entre unidades en cuanto a la transmisión de la información entre enfermeras(os), por tanto los procesos relacionados con la comunicación entre grupos, no se encuentran debidamente estandarizados en todas las unidades de la IPS.

---

[55] PRIETO, GI. Comunicación asertiva en enfermería. Tribunal departamental ético en enfermería. Memorias del primer seminario taller sobre responsabilidad ético legal en el cuidado de enfermería. Bogotá, 2009. [en línea]. Trienfer.org [citado mayo 9 de 2012] Disponible en internet enhttp://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37

[56] Ibíd.p.1

Al respecto Ledesma[57], afirma: para que el proceso de atención de enfermería sea efectivo, es básico el establecimiento de responsabilidades, claramente definidas, para todas las actividades y así evitar su duplicación. Sin la información necesaria, los individuos y departamentos de la empresa funcionan mal conduciendo a la organización empresarial hacia un acumulo de ineficiencias. La comunicación deberá proporcionar a las distintas unidades organizativas e individuos la posibilidad de satisfacer sus necesidades de información.

La comunicación es un proceso imprescindible para todo tipo de organización. Citando a Zerilli, afirma que la organización está compuesta por personas y toda actividad humana, para desarrollarse, debe ser comunicable es decir debe poseer un lenguaje que la exprese y le permita ser comprendida por los demás. El objetivo común, elemento esencial de toda organización, para ser común debe ser comprendido y asumido por todos aquellos que han asociado sus esfuerzos, lo que implica un proceso de comunicación entre ellos[58].

Para mantener, mejorar y promover una interacción adecuada entre los miembros de un grupo y en este caso con los colegas, los sujetos de cuidado y las demás personas con las que la enfermera comparte el desempeño laboral, se plantea como estrategia básica el establecimiento de una *relación dialógica,* que consiste en el establecimiento del diálogo, como medio de acercamiento entre dos personas o grupos, lo cual permite crear un ambiente sano para el logro de un fin común como lo es brindar un cuidado de enfermería de alta calidad[59].

La dimensión *comunicación oportuna y entendimiento entre el grupo* en la población de estudio, arrojó resultados positivos. La mayor parte de las enfermeras en todas las unidades, están de acuerdo y completamente de acuerdo en que obtienen información de manera oportuna sobre el estado de los pacientes y en asuntos relacionados con el cuidado.

El rol interdependiente de la enfermera en el cuidado de salud incluyen la calidad de la comunicación intraequipo e interprofesional del cuidado. Una oportuna comunicación del cambio en las condiciones de un paciente, puede a su vez llevar a la prevención de complicaciones o administración oportuna y efectiva de cuidados[60].

---

[57] LEDESMA, Op cit., .p.356.

[58] Ibíd.

[59] PRIETO, GI. Op cit., p.1

[60] IRVINE.

La comunicación efectiva es considerada esencial para el suministro del cuidado de los pacientes a través de los establecimientos del cuidado de la salud. La comunicación depende de la transmisión exitosa de la información específica entre el paciente y los proveedores de la salud. El proceso de comunicación debe ser claro, conciso y completo para obtener resultados positivos en los pacientes. Las enfermeras deben asegurar una comunicación efectiva de la información del paciente a través de los sistemas de salud con el fin de evitar obstáculos, demoras en la entrega del cuidado[61].

En cuanto a la *satisfacción*, los resultados indicaron que la mayor parte de de las enfermeras(o) de todas las unidades de la IPS del estudio, están satisfechas y muy satisfechas con la comunicación que se da entre las familias los pacientes y las enfermeras, entre las enfermeras y entre los pacientes y las enfermeras.

Al respecto Pangrazzi[62], considera que la comunicación es el corazón de la vida de un grupo. Cuando existe crecen las personas, se estiman, disfrutan estando y trabajando juntas; cuando falta las relaciones se deterioran, los miembros se distancian y disminuye el deseo de unión. Por tanto el alto grado de satisfacción con la comunicación se convierte en un factor positivo para alcanzar la calidad del cuidado de enfermería.

Otros indicadores de la calidad de la función de rol interdependiente de las enfermeras(os) se relacionan con la *coordinación* del cuidado. La coordinación entre las unidades de la IPS en estudio se define como una cooperación y percepción que se da entre cada uno de las unidades con otras unidades durante el proceso de atención.

La mayor parte del personal de enfermería de la IPS respondió estar de acuerdo y completamente de acuerdo en que la unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en la IPS. Los factores relacionados con las percepciones de cooperación recibida de otras unidades fueron evaluadas por las enfermeras(os) en la mayoría de las unidades satisfactoriamente, aspectos que potencializan el rol independiente de enfermería y que contribuyen a la calidad del cuidado.

March y Prieto[63], opinan al respecto que las instituciones de salud son organizaciones de personas en las cuales, por la naturaleza de su misión, el elemento relacional es una de sus características fundamentales. La calidad de la atención que recibe un paciente en

---

[61] Ibíd

[62] PANGRAZZI, A. El grupo, lugar de crecimiento. Madrid: Editorial San Pablo. 2000. Citado por: PRIETO, GI. Comunicación asertiva en enfermería. Tribunal departamental ético en enfermería. Memorias del primer seminario taller sobre responsabilidad ético legal en el cuidado de enfermería. Bogotá, 2009. [en línea]. Trienfer.org [citado mayo 9 de 2012] Disponible en internet enhttp://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37

[63] MARCH, JC., PRIETO, MA. Op cit., p.129.

un hospital depende del trabajo coordinado de muchos profesionales. Es imprescindible el trabajo en equipo para conseguir que cualquier proceso, asistencial o de otro tipo, tenga los resultados deseados y satisfaga las necesidades de los pacientes. Por esto es tan importante la comunicación interna en las organizaciones hospitalarias: está en juego la salud y la vida de unas personas y ello depende del trabajo coordinado de otras.

Así mismo las autoras indican que la calidad la excelencia en un hospital se facilitan cuando existen canales eficaces de comunicación que garantizan que cada profesional reciba la información que necesita para realizar su trabajo, se puede comunicar con facilidad con otros profesionales con los que interacciona y con los que participa en el cuidado del paciente y puede aportar sus opiniones y su conocimiento cuando se detectan problemas y se quieren solucionar[64].

Al considerar el efecto de la estructura en el proceso y resultado se debe tener en cuenta la capacidad de las enfermeras para participar efectivamente de manera interdependientemente según sus funciones y sus roles. Esta capacidad puede estar influenciada por las características individuales de cada una de las enfermeras. Por ejemplo una característica como el nivel de experiencia, el nivel de conocimientos y el nivel de habilidades que una enfermera tenga, puede afectar el rol de independencia o interdependencia de las otras enfermeras de la unidad[65].

La comunicación y la coordinación que tiene enfermería en la IPS estudio tanto en la unidad como con otras unidades pueden influenciar resultados positivos tanto para los pacientes como la gestión administrativa, teniendo en cuenta que el grupo de enfermería ha asumido un importante rol interdependiente y se denota un sistema integrado de cuidado en la mayoría de las unidades.

Finalmente los resultados de la investigación alienta a los investigadores, administradores y clínicos para conceptualizar los resultados de la atención en términos de los procesos de atención que tienen un impacto directo en los resultados y los factores en la organización estructural que influyen en el proceso de atención y posteriormente, en los resultados de la atención, lo cual deberá ser evaluado posteriormente en la IPS en estudio para fortalecer las conclusiones derivadas del presente estudio.

[64] Ibíd. p. 128.

[65] IRVINE, D, et al. Op.cit.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Los resultados del estudio permitieron concluir que la estructura de la organización de enfermería está diseñada y bien definida para precisar las funciones, las obligaciones y la responsabilidad de cada enfermera(o); esto ha permitido favorecer la comunicación y la coordinación en la mayor parte del personal que apoyan los objetivos de la IPS y del propio servicio de enfermería.

Mediante relaciones de autoridad, coordinación y comunicación se vinculan los grupos horizontales y verticales; ordenando y jerarquizando las funciones, mediante la combinación racional de elementos básicos para satisfacer la comunicación y la coordinación del cuidado necesarios para desarrollar el rol interdependiente.

Sin embargo para que el total del personal cumpla con eficiencia y eficacia sus funciones interdependientes, han de relacionarse e interactuar con la mayor exactitud de la información, para establecer una mejor comunicación en aquellas unidades que requieren necesidades de mejora.

La coordinación es una verdadera fortaleza en las diferentes unidades, así como para las enfermeras que laboran en las diferentes unidades, da continuidad, oportunidad y armonía entre los colegas y las unidades administrativas de la IPS, facilitando el funcionamiento y cumplimiento exitoso de sus objetivos, políticas y metas de calidad. No obstante la preparación y experiencia profesional del personal de enfermería de la IPS en estudio no es homogénea, esto dio como resultado que un porcentaje menor no posean estas mismas fortalezas.

Una de las tareas principales de la gestión administrativa de la IPS, es ofrecer educación continuada a su personal en el ámbito de gestión del cuidado y trabajo en equipo, que es de su responsabilidad para alcanzar logros importantes en el 100% del personal. Como también la necesidad de establecer la supervisión y evaluación como mecanismo de control, que ha de aplicarse en un ambiente cordial y de buenas relaciones con todo el equipo de enfermería y de médicos.

Resulta indispensable que enfermería cuente con una organización propia, y que tenga claramente definidas sus funciones en el desarrollo del rol interdependiente, para

producir resultados de interés específico para Enfermería. Por otra parte se pueden mejorar los factores de *estructura* que tienen que ver con la educación continuada que si bien no afectan negativamente los procesos del rol interdependiente pueden afectar los resultados relacionados con el rol dependiente e independiente.

6.2 Recomendaciones

- **A nivel investigativo y académico**

Se recomienda a los profesionales de enfermería continuar realizando investigaciones sobre la comunicación y coordinación de enfermería, al disponer de un instrumento válido y confiable para medir estos aspectos bajo los postulados teóricos del Modelo Efectividad del Rol de Enfermería, propuesto por Irvine y colaboradores con el propósito de contribuir al desarrollo disciplinar y de las prácticas de cuidado.

Impulsar estudios de correlación en los que se considere la comunicación y coordinación de enfermería y su relación con otras variables de estructura, de proceso y resultados como las características de las enfermeras, la seguridad del paciente, eventos adversos, satisfacción de los usuarios, entre otros.

Se recomienda a las autoras de la validación del instrumento seleccionado para el estudio denominado "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación", versión en español ampliar la explicación del análisis de la interpretación de los resultados de la puntuación a nivel global y por dimensiones.

Se recomienda incorporar en los programas curriculares de Enfermería y de Medicina, contenidos teórico prácticos que ayuden a los profesionales en formación a conocer y aplicar la comunicación y coordinación de enfermería y su relación con otras variables de estructura, de proceso y resultados en la calidad de la atención.

- **A nivel de la gestión y práctica de cuidados**

Se recomienda a los profesionales de enfermería evaluar y reconocer los factores que influyen en la comunicación y la coordinación tanto por parte del personal de enfermería como médico u otro miembro del equipo de salud, y a partir de ellos diseñar estrategias que le permitan alcanzar la continuidad del cuidado

- **A nivel gerencial de la IPS donde se realizó el estudio.**

Teniendo en cuenta las características de la población y los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones del instrumento se recomienda a la IPS los siguientes aspectos:

Implementar programas de educación continuada orientados a fortalecer la comunicación y coordinación del personal médico y de enfermería, como una estrategia para la gestión de la garantía de la calidad de la atención.

Implementar talleres sobre comunicación y coordinación de la atención en salud dirigidos a todo el equipo de salud.

Para facilitar la comunicación y la coordinación de enfermería, se recomienda incluir estas dimensiones como parte fundamental de los protocolos de atención.

Anexo A: Cuestionario de práctica colaborativa uci medico – enfermera deshortell y cols. escala de comunicación y coordinación

Fecha: Día_____ Mes_____ Año_____ Código _____

Nombre de la institución: _____ Servicio _____

Edad_____ Años Género: Masculino____ Femenino____

Tiempo de permanencia en la institución: Años____ Meses_____
Tiempo de permanencia en la unidad o servicio: Años____ Meses_____
Tiempo de trabajo semanal: ____ horas

Nivel educativo: Universitario:___ Especialización___ Maestría___ Otro Cuál: _____

PRIMERA PARTE: RELACIONES DE TRABAJO Y COMUNICACIÓN DENTRO DELA UNIDAD
Para cada una de las siguientes afirmaciones traza un círculo alrededor del número de la respuesta que refleja tu opinión.

RELACIONES DE TRABAJO ENTRE LAS ENFERMERAS	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy completamente de acuerdo
1. Es fácil para mí hablar abiertamente con las enfermeras de esta unidad.	1	2	3	4	5
2. Recuerdo que en más de una ocasión he recibido información incorrecta de las enfermeras de esta unidad.	5	4	3	2	1
3. Existe comunicación efectiva entre las enfermeras que trabajan en distintos turnos.	1	2	3	4	5
4. La comunicación entre las enfermeras en esta unidad es muy abierta.	1	2	3	4	5
5. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que he recibido de las enfermeras de esta unidad.	5	4	3	2	1
6. Me resulta agradable hablar con otras enfermeras de esta unidad.	1	2	3	4	5
7. Las enfermeras de esta unidad están bien informadas sobre lo que ocurre en otros turnos.	1	2	3	4	5
8. La exactitud de la información transmitida entre las enfermeras de esta unidad, deja mucho que desear.	5	4	3	2	1
RELACIONES DE TRABAJO ENTRE LAS ENFERMERAS	**Estoy en total desacuerdo**	**No estoy de acuerdo**	**Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo**	**Estoy de acuerdo**	**Estoy completamente de acuerdo**
9. Es fácil pedirle sugerencias a las enfermeras de esta unidad.	1	2	3	4	5
10. Algunas enfermeras de la unidad no entienden del todo la información que reciben.	5	4	3	2	1
11. Me es grato trabajar con los médicos de esta unidad.	1	2	3	4	5
12. Es fácil para mí hablar abiertamente con los médicos de esta unidad.	1	2	3	4	5
13. Recuerdo que en más de una ocasión he recibido información incorrecta de los médicos de esta unidad	5	4	3	2	1
14. Existe comunicación efectiva entre los médicos y las enfermeras que trabajan en los distintos turnos.	1	2	3	4	5
15. La comunicación entre las enfermeras y los médicos en esta unidad es muy abierta.	1	2	3	4	5
16. Con frecuencia me es necesario confirmar la exactitud de la información que he recibido de los médicos de esta unidad.	5	4	3	2	1
17. Me resulta agradable hablar con los médicos de esta unidad.	1	2	3	4	5
18. Los médicos de esta unidad están bien informados sobre lo que ocurre en otros turnos.	1	2	3	4	5
19. Es fácil pedirle sugerencias a los médicos de esta unidad.	1	2	3	4	5
20. Algunos médicos de esta unidad no entienden del todo la información que reciben.	5	4	3	2	1
21. Obtengo información sobre el estado de los pacientes en el momento en que la necesito.	1	2	3	4	5
22. Los médicos siempre están disponibles para consultarle.	1	2	3	4	5
23. Cuando cambia el estado de un	1	2	3	4	5

paciente, obtengo información relevante rápidamente.					
24. Las enfermeras comprenden bien los objetivos terapéuticos de los médicos.	1	2	3	4	5
25. Los médicos entienden bien los objetivos terapéuticos de las enfermeras.	1	2	3	4	5
26. En asuntos relacionados con el cuidado de los pacientes, las enfermeras llaman a los médicos oportunamente.	1	2	3	4	5
27. Las enfermeras comprenden bien los planes de tratamiento de los médicos.	1	2	3	4	5
28. Los médicos entienden muy bien los planes de tratamiento de las enfermeras.	1	2	3	4	5

¿En general que tan satisfecho(a) está usted con la comunicación de esta unidad? Traza un círculo alrededor de la respuesta adecuada.

SATISFACCION DE LAS ENFERMERAS EN CUANTO A LA COMUNICACIÓN	**Estoy en total desacuerdo**	**No estoy de acuerdo**	**Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo**	**Estoy de acuerdo**	**Estoy completamente de acuerdo**
29. Comunicación entre las familias de los pacientes y las enfermeras.	1	2	3	4	5
30. Comunicación entre las enfermeras.	1	2	3	4	5
31. Comunicación entre los pacientes y las enfermeras.	1	2	3	4	5

SEGUNDA PARTE: MECANISMOS DE COORDINACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD

Se puede emplear varias estrategias y procedimientos para coordinar las actividades de asistencia a los pacientes dentro de una unidad. En su unidad, en qué medida cada uno de los mecanismos incluidos en la lista de abajo contribuye efectivamente a la coordinación de las actividades del personal con la calidad de asistencia que se les presta a los pacientes. Traza un círculo alrededor de la respuesta adecuada.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD	**Nada efectivo**	**Ligeramente efectivo**	**Medianamente efectivo**	**Efectivo**	**Muy efectivo**	**No se aplica (No se usa acá)**
32. Reglas, políticas y procedimientos por escrito.	1	2	3	4	5	8
33. Planes y horarios por escrito	1	2	3	4	5	8
34. Sistemas de Información sistematizados	1	2	3	4	5	8
35. Iniciativa o esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades de los miembros	1	2	3	4	5	8
36. Comunicación interpersonal entre el personal de la unidad	1	2	3	4	5	8
37. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación.	1	2	3	4	5	8
38. Grupos de trabajo y comités permanentes	1	2	3	4	5	8

39. Protocolos de tratamiento escrito	1	2	3	4	5	8
40. Rondas diarias de personal	1	2	3	4	5	8

MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE LA UNIDAD

Varias estrategias y procedimientos pueden también ser usados para coordinar las actividades del cuidado del paciente entre su unidad y otras unidades del hospital (Por ejemplo, quirófanos, urgencias, medicina general, pisos quirúrgicos, laboratorio, terapia respiratoria, etc.).

¿En su unidad, en qué medida cada uno de los mecanismos incluidos en la lista de abajo contribuye efectivamente en la coordinación de las actividades de su unidad con otras unidades del hospital? Traza un círculo alrededor de la respuesta adecuada.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE LA UNIDAD Y OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL	**Nada efectivo**	**Ligeramente efectivo**	**Medianamente efectivo**	**Efectivo**	**Muy efectivo**	**No se aplica (No se usa acá)**
41. Protocolos de tratamiento por escrito	1	2	3	4	5	8
42. Reuniones realizadas entre los miembros de la unidad y de otras unidades en un momento dado con un fin determinado sin previa planeación.	1	2	3	4	5	8
43. Iniciativa o esfuerzos de las directivas de la unidad para coordinar las actividades del personal de la unidad con otras unidades	1	2	3	4	5	8
44. Reglas, políticas y protocolos por escrito	1	2	3	4	5	8
45. Planes y horarios escritos	1	2	3	4	5	8
46. Comunicación interpersonal entre el personal de la unidad y miembros de otras unidades	1	2	3	4	5	8
47. Grupos de trabajo y comités permanentes que involucran a los miembros de la unidad y de otras unidades.	1	2	3	4	5	8
48. Rondas del personal a diario con el fin de compartir la información que ayuda asegurar la coordinación entre otras unidades y la unidad	1	2	3	4	5	8
49. Sistemas de Información computarizados	1	2	3	4	5	8

Estas afirmaciones tienen en cuenta hasta qué punto las relaciones con otras unidades del hospital facilitan el desempeño de la unidad

RELACIONES DE LA UNIDAD CON OTRAS UNIDADES	Estoy en total desacuerdo	No estoy de acuerdo	Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy completamente de acuerdo
50. Nuestra unidad mantiene relaciones de trabajo constructivas con otros grupos en el hospital	1	2	3	4	5
51. Nuestra unidad no recibe la cooperación que necesita de otras unidades del hospital	5	4	3	2	1
52. Otras unidades del hospital parecen tener mala opinión de nosotros	5	4	3	2	1
53. Relaciones de trabajo inadecuadas con otras unidades limitan nuestra efectividad	5	4	3	2	1

Instrumento traducido y validado en Colombia por Parra y Arango. Universidad Nacional de Colombia, 2008. Las enfermeras Dora Parra y Gloria Arango obtuvieron el permiso de Shortell y Cols. Para traducir el instrumento al español y hacer las pruebas de confiabilidad y validez del instrumento "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI – Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación"

ANEXO B1: proceso de consentimiento informado

INFORMACIÓN DEL INVESTIGADOR

Yo Alexander Puello Ortega, estudiante del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en Convenio con la Universidad de Cartagena, en la línea de énfasis de Gerencia en Enfermería, realizaré el proyecto titulado "CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: MEDICIÓN VARIABLE DE PROCESO, ROL INTERDEPENDIENTE. CARTAGENA, 2012", como trabajo de tesis de grado para obtener el título de Maestría en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

El objetivo de la investigación es Evaluar la calidad del cuidado de enfermería a través de la medición de la variable de proceso del rol interdependiente, en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena.

El propósito de la investigación es aportar a la evidencia científica y el desarrollo del conocimiento en el área de gerencia del cuidado de Enfermería, a futuro podrá trabajarse propuestas que fortalezcan la calidad de la atención de salud a personas hospitalizadas.

Se aplicará el instrumento "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI – Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación", traducido y validado por la enfermera Dora Parra.

Declaro que los sujetos de investigación que deseen participar lo harán libremente haciendo uso de su autonomía.

Garantizo a los sujetos que decidan participar que durante el estudio se respetaran sus derechos, valores y principios éticos enunciados en el documento que voluntariamente firman.

Se respetará su derecho a retirarse en cualquier momento del estudio.

Cualquier inquietud o información complementaria, la puede solicitar al investigador.

ALEXANDER PUELLO
Teléfono: 3002412359

Firma del investigador_____

ANEXO B2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____ identificado con C.C. _____

Manifiesto que he recibido explicación oral y escrita sobre el estudio titulado Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2011 y del instrumento "Cuestionario de Práctica Colaborativa UCI – Médico – Enfermera de Shortell y Cols. Escala de comunicación y coordinación", el cual se realizará como tesis de grado para optar el titulo de Magister en Enfermería, de servicio académico e investigativo, de docentes y estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, que tiene como objetivo evaluar la calidad del cuidado de enfermería en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Cartagena a través de la medición en la variable de proceso del rol interdependiente de enfermería.

Entiendo que la información de este proyecto es importante para el desarrollo del conocimiento en el área de gestión del cuidado de Enfermería. Adicionalmente se me garantiza que la información consignada será de uso exclusivamente académico y que con ella se contribuirá a aumentar la evidencia científica en la disciplina de Enfermería. Se me asegura mantener la confidencialidad y anonimato de la información que suministre.

He tomado de manera libre y autónoma la decisión de participar en el estudio con la información suministrada, por el investigador señor Alexander Puello. Declaro conocer que no recibiré pago alguno por mi participación, sino la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo para apoyar a el mejoramiento del cuidado de enfermería en la atención a las personas hospitalizadas.

Expreso que la decisión de ser participante es voluntaria y libre. Tendré el derecho de retirarme en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna consecuencia en mi trabajo. He sido informado que esta investigación no representa ningún riesgo a mi integridad física y mental y que no existe obligación y/o subordinación en el diligenciamiento de la misma, como también, que esto no constituye un riesgo para mi integridad personal, ni pondrá en peligro mi vinculación laboral.

El investigador asegura su compromiso de mantener la privacidad de mi identidad personal, la información será registrada a través de códigos numéricos, y se mantendrá bajo confidencialidad durante todo el proceso de investigación, tendré acceso al informe final y al proceso de reciprocidad con el informe de resultados..

Consciente de haber recibido y comprendido la información sobre el proyecto y habiéndome explicado mi participación en el, he decido confirmar mi participación firmando este consentimiento informado.

Firma del participante _____, CC_____ Fecha: _____

Firma del testigo _____, CC _____Fecha:_____

Bibliografía

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl. 2008. Internet. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf. [Citado agosto 25 de 2010]

BUXBAUM, A., ed. Miller, J., series ed. Working solutions worldwide. Family Planning Manager, Boston, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 4 Jan./Feb. 1995. p.19. Citado por: MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería. Publicado en el Diario oficial N° 45.693 de 6 de octubre de 2004. [Citado en 24 de agosto de 2010].

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. Internet. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm [Citado agosto 23 de 2010]

COHEN, E. Nursing Case management: Does it pay?. En: Journal of Nursing Administration. Vol. 21. No 4 (1991); p. 20-25.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1966. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710, de 5 de febrero de 1996. Capítulo I. Artículo 2.

DOUGHERTY, et al. A review of instruments measuring Nurse-Physician collaboration. En: JONA. Vol. 35, No 5 (2005); p. 244-253.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica. México. La prensa médica mexicana.1994.

ESFORZINI A.A Introducción a la calidad total. p.3. Internet. Disponible en:http://www.eco.unrc.edu.ar/wp-content/uploads/2010/05/Sforzini.A.pdf . Citado julio 12 de 2011.

FERNANDEZ DEL RIO DONOSO LORENA. Biografía de William Edwars Deming: el guru de la calidad total. Universidad de playa Ancha. Programa de doctorado en políticas y gestión educativa. Septiembre, 2010. Internet. Disponible en: http://genesismex.org/ACTIDOCE/CURSOS/CHILE-CO-OT'10/GURUS/LORENA-DEMING.pdf. citado julio 12 de 2011.

IRVINE DIANE et al. Linking outcomes to Nurses roles in Hralth care. En: Nursing Economics. Vol. 16. N° 2 (marzo-abril 1998); p.58. Health & Medical Complete.

JURAN JM. Et al. Juran y el liderazgo para la calidad: manual para ejecutivos. ediciones Díaz de Santos.1990. pp.19-20. Internet. Disponible en: http://books.google.com/books?hl=es&id=rZgoVdPhJCAC&q=comunicacion+coordiancion#v=onepage&q=trilogia%20de%20juran&f=false. Citado julio 12 de 2011.

LARSON, E.W. and KING, J.B. The systemic distortion of information: An ongoing challenge to management. Organizational Dynamics 24(3): 49-61.

MCCAULEY, A. P. AND SALTER, C. Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes. Mejorar la coordinación y la comunicación. Capitulo 4.4. Population Reports, Serie J, No. 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1995. Internet. Disponible en: http://info.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap4_4.shtml. Citado 19 de julio de 2011.

LONGEST, B.B. Health professionals in management. Stamford, Connecticut, Appleton and Lange. 1996.

LONGEST B. y KLINGERSMITH J. Coordination and communication. Health Care Management: Organizational Design and Behavior, Delmar, New York, 1194, p. 182-211.

MCGILL HALL, Linda y DORAN, Diane. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. En: Journal of Nursing Care Quality. Vol. 19. No 1 (2004); p. 27-33.

MANOJLOVICH, M. Linking the practice environment to nurses´ job satisfaction through nurse-physician communication. Health Policy and Systems. En: Journal of Nursing Scholarship. Fourth Quarter. Vol. 37, No 4 (2005); Health & Medical Complete; p. 369.

HERNANDEZ SAMPIERI Et al. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México. McGraw Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V.2008. ISBN 970-10—5753-8.p.102.

HOJAT M. et al. Comparison of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson Scale of Attitudes toward physician-nurse collaborative relationships.Int.J.Nurs.Stud.2003;40(4):427-435.

ORTEGA Y SUAREZ. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México: editorial panamericana; 2006., p.8

PARRA DORA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación del cuestionario usado por Irvine y colaboradores para medir rol interdependiente de Enfermería. Tesis para optar el titulo de Magister en Enfermería con énfasis en gerencia de servicios de salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.p.22.

PARRA DORA Y ARANGO GLORIA. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente de Enfermería. av.enferm. XXVIII (1):51-62,2010. http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_6.pdf

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 3 de abril de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Publicado en Diario Oficial No. 46.271, del 17 de mayo de 2006.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 11. [En línea] Disponible en internet: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf [Citado en 24 de agosto de 2010].

ROJAS RAMOS D. Teorías de la calidad: orígenes y tendencias de la calidad total 2003. http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm

SALVATIERRA F. et al. Gestión del cuidado esencia de ser enfermera. En: Revista Enfermería (Chile). Vol. 41. N° 130, Mayo 2006. p.9.

RAIGOSA SM. Papel del Enfermero en la Gestión del Cuidado. Internet. Disponible en: http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=155. Citado 13 de julio de 2011.

SIDANI et al.Theory-driven approach to valuating quality of nursing care. En: Journal of Nursing Scholarship. First Quarter. Vol. 36. No 1 (2004); p. 60-65.

SHORTELL Stephen M et al. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability and validity of the ICU Nurse-Physician Questionnnaire. En: Medical Care. Vol. 29. No 8 (1991); p. 709-726.

SHORTELL, S.M., et al. The performance of intensive care units: ¿Does good management make a differences?. En: Medical Care. Vol. 32. No 5 (1994); p. 508-525.

TELLECHEA RODRÍGUEZ M.O. et ál. Nuevos roles de Enfermería: coordinación para una atención integral. Internet. Disponible en: http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Nuevos%20roles%20de%20enfermeria.pdf. Citado 18 de julio de 2011.

WEELLS N. et al. Interdisciplinary y collaboration.Clin.Nurse Spec.1998;12(4):161-163.
ZARATE GRAJALES R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun 13(44-45): 42-46. Internet. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100009&lng=es. Citado 13 de julio de 2011.

ZULAUF, C.A. Systems thinking. Info-line, No. 9703. Alexandria, Virginia. American Society for Training and Development, Mar. 1997. p. 1-16.