

## Comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería

### *Communication between primary and hospital care: a nursing perspective*

**Autores:** Grupo C.A.P.A.H.: Estíbaliz Cristóbal Domínguez (1), David Miguel Martín (2), Estíbaliz Amaro Martín (3), Carmen Blanco Nuñez (4), Yolanda Gracia García (5), Nuria de Ríos (6), Verónica Tíscar González (7) y Nerea Gutiérrez (8).

**Dirección de contacto:** nerea.gutierrezbartolome@gmail.com

**Cómo citar este artículo:** Grupo C.A.P.A.H. Comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería. NURE Inv [Internet]. May-Jun 2015 [citado día mes año]; 12(76):[aprox. 17 p.]. Disponible en: [www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE76\\_proyecto\\_atencion.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE76_proyecto_atencion.pdf)

**Fecha recepción:** 18/11/2014

**Aceptado para su publicación:** 13/04/2015

#### Resumen

**Objetivo.** Conocer qué entienden las enfermeras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria por comunicación entre niveles asistenciales. Se pretende explorar la importancia que las enfermeras dan al proceso de comunicación para favorecer la continuidad de cuidados, identificando cuál es la información que consideran más importante de transmitir y cuáles son las barreras y fortalezas que puedan influir sobre dicho proceso. **Metodología.** Dado el carácter exploratorio del proyecto, se utiliza una metodología cualitativa basada en el construccionismo social. Dicho paradigma pretende dar a conocer los significados subjetivos que las personas otorgan a un determinado fenómeno. En el presente estudio se aborda el significado que las enfermeras de Atención Primaria y Hospitalaria construyen como grupo y otorgan al proceso de comunicación, el cual es necesario para dar un cuidado integral y continuidad de cuidados. Participarán enfermeras del Hospital Universitario Araba, Comarca Araba, Hospital Universitario Basurto, Comarca Bilbao y OSI Bajo Deba. Seleccionadas a través de muestreo teórico, se realizarán grupos focales hasta conseguir la saturación de datos, es decir, hasta que la información que aporten sea repetida y no surjan nuevos temas. En el análisis de las transcripciones de los grupos focales se utilizará la Teoría Fundamentada para el descubrimiento y desarrollo de teoría a través de la categorización de las unidades de significado. Se elaborarán diagramas gráficos explicativos de la teoría. Con el fin de dar rigor a las conclusiones obtenidas la información se triangulará de las siguientes formas: investigador-investigador, investigador-informante y moderador observador.

#### Palabras clave

Comunicación; Atención Primaria de Salud; Atención Hospitalaria; Continuidad de la Atención al Paciente; Investigación Cualitativa.

#### Abstract

**Objectives.** To know what community nurses and hospital nurses understand by communication between primary and hospital care. We aim at exploring how important communication process is for nurses in order to foster care continuity, which is the information nurses consider vital to transmit and which are the barriers and strengths that may influence communication process. **Methodology.** The study has an exploratory character so a qualitative methodology based on social constructivism is used. This paradigm aims at learning the subjective meanings given to a particular phenomenon by people. The present study explores the meaning that community and hospital nurses as a group construct and give to communication process in order to provide integrated care and continuity of care. Nurses from Araba University Hospital, "Comarca Araba", Basurto University Hospital, "Comarca Bilbao" and OSI Bajo Deba will take part in this project. They will be selected using a theoretical sampling method and focus groups will be carried out in order to gather the relevant information until data saturation. Transcripts analysis will be done by using Grounded Theory. Meaning unities will be categorized and explained by graphic diagrams. In order to get more rigorous conclusions, the information will be triangulated as follows: investigator-investigator, investigator-informant and moderator-observer.

#### Key words

Communication, Primary Health Care, Hospital Care, Continuity of Patient Care, Qualitative Research.

#### Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Diplomada en enfermería por la Universidad de Vitoria, Licenciada Europea en enfermería por la Universidad de Brighton y por la EUE de Vitoria. Hospital Universitario de Álava, Sede Santiago (Vitoria), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (2) Diplomado en enfermería por la Universidad de Vitoria, Licenciado Europeo en enfermería por la Universidad de Brighton y por la EUE de Vitoria. Hospital Universitario de Álava, Sede Txagorritxu (Vitoria), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (3) Diplomada en enfermería por la Universidad del País Vasco, Especialista en Salud mental. Red de Salud Mental de Bizkaia, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (4) Diplomado en enfermería por la Universidad de Vitoria, Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario de Álava, Sede Txagorritxu (Vitoria), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (5) Diplomada Universitaria en enfermería por la Universidad de Barcelona. Hospital Universitario Donostia, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (6) Diplomada en enfermería por la Universidad del País Vasco, Licenciada en psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (7) Diplomada Universitaria en enfermería por la Universidad del País Vasco. Hospital Universitario Basurto (Bilbao), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). (8) Diplomada en enfermería por la Universidad de Vitoria, Licenciada Europea en enfermería por la Universidad de Brighton y por la EUE de Vitoria. Centro de Salud Aranzakarra I (Vitoria), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los sistemas sanitarios se encuentran inmersos en la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, todo ello influenciado por una alta presión asistencial y económica. A este escenario se le suma el notable cambio producido en el contexto socio sanitario, como es el progresivo envejecimiento poblacional y nivel de dependencia, el aumento de enfermedades crónicas y el cambio de los sistemas de apoyo informal y familiar provocado por la incorporación de la mujer al mundo laboral.

El Sistema Nacional de Salud ha ido evolucionando para dar respuesta a estas nuevas necesidades de la población. La Ley General de Sanidad en 1986 estableció la Atención Sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí con el objetivo de dar respuestas a las demandas de salud de una población cada vez más compleja desde el punto de vista sanitario. Estos niveles asistenciales son la Atención Primaria (AP), como puerta de acceso de los usuarios al sistema, y la Atención Hospitalaria (AH), como apoyo y complemento de la AP en todos aquellos procesos cuya complejidad así lo requiera.

Unido a la organización de la atención, se observa que los usuarios de la misma realizan solicitudes cada vez mayores de información y transparencia (1). Todo esto ha obligado a los sistemas de salud a reenfocar sus objetivos, dando prioridad a los cuidados y situando a la persona como eje central alrededor del cual se ha de desarrollar la atención (2).

Este cambio de enfoque en el que la persona se encuentra en el centro del Sistema de Salud, supone el desarrollo y la garantía de prestar una atención integral, es decir, una atención cuyo objetivo es alcanzar la satisfacción de cada una de las necesidades humanas. En este entorno no se trata sólo de curar la enfermedad, sino también de acompañar a la persona en todo su proceso de vida, de forma que la provisión de cuidados desde el rol holístico de la enfermera toma gran relevancia evitando caer en la fragmentación. Dentro de este ámbito de actuación, el colectivo enfermero debe asegurar una continuidad de los cuidados a lo largo de la vida de toda persona.

La actividad sobre la que más claro se aprecia la necesidad de esta continuidad de cuidados es en el momento en el que las personas se movilizan entre ambos niveles asistenciales, aun así constituye uno de los principales retos de los distintos servicios de salud, en general, y de las enfermeras, en particular.

La *Joint Commisión on Accreditation of Health Carer Organisations* (JCAHCO, 1991) la define la continuidad de cuidados como *"el grado en el que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo"*. Su objetivo es definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades, para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad asistencial, lo que implica satisfacer las necesidades sociosanitarias y las expectativas de una población mejor informada y más autónoma (3).

Hay que considerar que la continuidad del cuidado puede ser percibida de forma diferente por los pacientes y por los profesionales sanitarios. Haggerty, y colaboradores (4), tras una revisión de la literatura multidisciplinar, definen la continuidad como la coordinación del cuidado percibida por el paciente a lo largo del tiempo y afirman que la experiencia de la continuidad para pacientes y cuidadores consiste en la percepción de que los profesionales sanitarios conocen lo que les ocurrió de forma previa, que están de acuerdo con un plan de cuidados establecido y que unos profesionales que les conocen seguirán cuidando de ellos en el futuro. Para los profesionales sanitarios la continuidad de cuidados está relacionada con la percepción de que cuentan con un conocimiento e información suficiente sobre los pacientes que les capacita para ofrecer los mejores cuidados y con la seguridad de que los cuidados aplicados serán reconocidos y continuados por otros profesionales (4).

Estos mismos autores (4) describen tres tipos de continuidad asistencial: de la información, de gestión y de relación.

La **continuidad de la información** se basa en que la información es el hilo común que une la atención entre un proveedor y otro y de un evento asistencial a otro, y aunque la información documentada tiende a centrarse en la condición médica, el conocimiento sobre las preferencias del paciente, sus valores y el contexto en el que se desarrolla es igualmente importante para relacionar eventos de atención separados y asegurar que los servicios responden a las necesidades.

La **continuidad de gestión** es especialmente importante en enfermedades crónicas o clínicas complejas que requieren la participación de varios proveedores que podrían trabajar con objetivos contradictorios. Se consigue esta continuidad cuando los servicios son ofrecidos de forma complementaria y oportuna en el tiempo, y es facilitada al compartir

planes de gestión o los protocolos de atención, lo que proporciona una sensación de previsibilidad y de seguridad en la futura atención tanto para pacientes como para proveedores de la atención. La flexibilidad, en cuanto a la posibilidad de realizar cambios en la atención de acuerdo a necesidades y circunstancias concretas del individuo, es un importante aspecto de la continuidad de gestión y la consistencia del personal (que el individuo sea atendido por los mismos proveedores) cuando el cuidado a largo plazo es esencial.

La **continuidad de relación** proporciona un enlace entre la atención ofrecida en el pasado, con la presente y con la futura. Esto es especialmente importante en la atención primaria y de salud mental. Incluso en contextos donde hay poca expectativa de establecer relaciones continuas con los proveedores de cuidados, como es el caso de los servicios hospitalarios, la existencia de personal conocido proporciona a los pacientes un sentido de previsibilidad y coherencia.

Price y Lau (5) amplían este modelo de la continuidad en el círculo del cuidado (*Circle of Care*). El círculo del cuidado es el sistema de salud individual de cada paciente y está conformado por el propio paciente, los profesionales sanitarios (proveedores de salud) y otros agentes y sistemas de información (en papel y electrónicos). Entendiendo que la exploración del círculo del cuidado que sigue un paciente a lo largo de todo su proceso de enfermedad nos ayuda a entender la continuidad en su cuidado y la forma en la que se produce, Price y Lau (5) obtuvieron de forma deductiva, tras un estudio cualitativo realizado con un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios basado en la *Soft System Methodology*, una descripción más detallada del modelo de Haggerty y Reid (4) y lograron obtener de forma inductiva nuevos elementos que intervienen en la continuidad y la comunicación que pueden complementarla. Estos nuevos elementos son (5):

Dentro de la **continuidad de información**:

- El reto de compartir y recibir la información se vive como una dificultad para mantener la continuidad.
- Se observan vacíos en el flujo de la información entre organizaciones, sobre todo privadas (por ejemplo, laboratorios externos).
- Se destaca la utilidad de tener sistemas de información compartidos entre organizaciones para guardar la información (historia única).

- Se requiere mucho tiempo para buscar la información que falta para asegurar la continuidad.

En cuanto a la **continuidad de gestión**:

- Los planes de cuidados (en general, no solo enfermeros) han de ser compartidos para conseguir una continuidad de la gestión y solicitan una mejora en la forma de compartir esos planes de cuidados a lo largo del círculo de cuidado, pues los métodos existentes no son adecuados. Esto dificulta el trabajo de aquellos profesionales que no funcionan con planes de cuidados (por ejemplo, médicos de urgencias).
- Algunos comparten los planes dándoselos a los pacientes en papel, verbalmente, en las historias.
- Existe un solapamiento y repetición de la información, se escribe en diferentes lugares los mismos planes de cuidados.

En lo relativo a la **continuidad de relaciones**:

- Confirman la importancia de la relación profesional-paciente en la continuidad. Los profesionales quieren permanecer involucrados para mantener la continuidad en las relaciones con el paciente.
- Las urgencias son vividas como un lugar en el que los médicos de familia pierden la continuidad de la relación porque no se involucran en el cuidado agudo del paciente.

Los nuevos elementos que incluyen en el modelo de continuidad son (5):

La **conexión entre profesionales**, que facilita conseguir una continuidad entre profesionales:

- Los profesionales inciden mucho en el rol de relacionarse con otros profesionales a lo largo del círculo del cuidado. Ya que esas relaciones influyen en la continuidad de los pacientes que comparten. Definen la *Provider Connectedness* como la cohesión de las relaciones entre profesionales de la salud dentro del círculo del cuidado. Cuando esa conexión existe, sienten que la comunicación es más efectiva por lo que la continuidad más fácil de asegurar.
- La proximidad física entre profesionales favorece esa conexión y se realizan actividades para mantener estas relaciones para el beneficio de la continuidad. Aquellos que no tienen esa proximidad física no tienen una fuerte conexión. Cuando hay vacíos en la conexión, se pierde la confianza.

- Los participantes estaban de acuerdo en que los cambios organizacionales pueden afectar la conexión (influencias del entorno).
- La conexión parece que tiene un impacto importante en los tres tipos de continuidad. En la información porque es compartida más de inmediato, como en la gestión porque se entiende mejor y en que los profesionales permanecían conectados al paciente cuando se conocían entre ellos.

Los **patrones de comunicación** relacionados con la continuidad del cuidado, que posibilita la continuidad entre profesionales y entre profesionales-pacientes:

- Todos los tipos de continuidad dependen de la comunicación
- Los patrones de comunicación se clasifican en función de la intencionalidad de la comunicación y se desarrollan una serie de actividades en cada uno de ellos.

#### Las **influencias del entorno**:

- Existen factores fuera del círculo de cuidado influyen en la continuidad (por ejemplo, políticas organizacionales) que pueden romper la continuidad de relación, como son el acceso a los sistemas de información (privilegios, claves, costes), la presencia de enfermeras eventuales, la "regionalización" de los servicios o la existencia de entidades reguladoras.

En la bibliografía se pueden encontrar numerosos estudios que muestran las experiencias de los pacientes relacionadas con la continuidad asistencial. Es el caso del meta-sumario realizado por Haggerty y colaboradores (6), que versa sobre la coordinación y la comunicación entre clínicos, la revisión bibliográfica llevada a cabo por Pandhi y Saultz (7), que muestran las percepciones de los pacientes en relación con la continuidad de cuidados entre profesionales, o el estudio desarrollado a cabo por Flink y colaboradores (8) en el que muestran la forma en que las creencias y experiencias de los pacientes pueden influir en su participación en la continuidad asistencial. Sin embargo son escasos los estudios que tratan de contemplar esta realidad desde la perspectiva del profesional. La investigación se ha centrado principalmente en la continuidad de relación (9) y generalmente en un solo nivel de atención, como lo es la Atención Primaria (10), o se

centran en patologías concretas (11). Existen experiencias relacionadas con los médicos de Atención Primaria en Reino Unido (10). En este estudio se describen los recursos que favorecen la comunicación efectiva en la coordinación del cuidado, como son el mantener un buen registro, el empleo completo de los sistemas de información para identificar y monitorizar a los pacientes que precisan este tipo de atención, desarrollar una buena comunicación entre organizaciones de servicios (AP y hospitales por ejemplo), el empleo de sistemas electrónicos de comunicación entre profesionales oportunos y efectivos, el mantener contactos personales periódicos entre profesionales de diferentes categorías y niveles asistenciales (reuniones y debates informales), establecer protocolos de intercambio de información y adquirir un seguimiento proactivo de los pacientes que hayan sufrido eventos significativos en su vida o su salud.

En España, la realidad no difiere de los países de nuestro entorno. Se han descrito experiencias aisladas (12). Algunas tratan de diseñar instrumentos cuantitativos de medición de la continuidad asistencial desde el punto de vista del usuario (13,14) encontrando que no existe discontinuidad en la continuidad de relación, y sí en la continuidad de información y de gestión. Otras experiencias son diseñadas centradas en profesionales sanitarios concretos, como pueden ser los médicos especialistas (12) o las enfermeras de enlace (15,16), en el caso de estas últimas con resultados no comparables debido a que las responsabilidades y contenidos de este tipo de profesional difieren sustancialmente. La amplia mayoría emplean metodología cuantitativa descriptiva, recomendándose completar los resultados con una evaluación cualitativa a través de grupos focales (12) o mediante estudios clínicos aleatorios que demuestren los beneficios de las diferentes iniciativas (15).

En nuestro entorno, lo que popularmente es conocido como continuidad de cuidados comienza desde el ingreso del paciente, y tiene el objetivo de planificar un alta lo suficientemente organizada y coordinada como para asegurar que cuando el paciente llegue a su hogar, el equipo sanitario de AP, conozca la situación exacta del paciente para que puedan continuar con su cuidado. Aunque este proceso tenga una naturaleza multidisciplinar, el papel de la enfermera es fundamental ya que la interacción enfermera-paciente se produce durante las 24 horas del día en el hospital y, las consulta de enfermería de AP son un referente y un recurso muy accesible para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Esa asistencia colaboradora y coordinada que asegure la continuidad de cuidados tiene su fundamento en el trabajo en equipo que las enfermeras de los diferentes niveles de atención deben poner en práctica, a pesar de estar físicamente separadas.

En las últimas décadas, el trabajo en equipo ha emergido como uno de los elementos facilitadores más importantes para conseguir objetivos de forma costo-efectiva en diferentes organizaciones. La literatura destaca que el trabajo en equipo provoca más adaptabilidad, creatividad y productividad que el trabajo individual y, además favorece la satisfacción en el trabajo y disminuye el absentismo laboral fomentando la retención de los profesionales dentro de la organización (17).

Xyrichis y Ream (18), analizaron el concepto de "trabajo en equipo" utilizando el modelo de Walker y Avant para la construcción de Teoría en Enfermería. Según este modelo, el concepto objeto de estudio adquiere significados y conceptualizaciones diferentes según el contexto donde es aplicado. Así, en función del contexto, dicho concepto está condicionado por unos "antecedentes" que deben estar presentes para su ocurrencia. Por otro lado, las "consecuencias" son los eventos que ocurren tras la aplicación del concepto en el contexto dado. Dentro de ámbito sanitario, se destacan como antecedentes: la presencia de dos o más personas con bagajes profesionales similares, la presencia de una comunicación abierta e intercambio de información, el entendimiento de las funciones y/o roles de cada una de los profesionales involucrados y un objetivo en común.

Fruto del análisis, Xyrichis y Ream (18) concluyen que entre las consecuencias del trabajo en equipo se encuentran la satisfacción en el trabajo, el reconocimiento a la contribución personal y la motivación para los profesionales; para los pacientes aporta un aumento de la calidad del cuidado y satisfacción con la atención, y para las organizaciones, confiere un compromiso con los profesionales, el control de los costes y una disminución de absentismo laboral. De esta manera, estos autores (18), consiguen definir el concepto de "trabajo en equipo" dentro del contexto de los servicios sanitarios como *"un proceso dinámico en el que participan profesionales sanitarios que comparten objetivos comunes y trabajan para valorar, planificar y evaluar el cuidado de los pacientes; esto se consigue a través de una colaboración interdependiente, comunicación abierta y toma de decisiones compartida"*.

Aplicando el análisis realizado por Xyrichis y Ream (18), se puede concluir que las enfermeras de AP y AH forman un equipo encargado de propor-

cionar los cuidados que requiere la población. Estos profesionales, además de tener el mismo bagaje profesional, tienen como objetivo común el cuidado de las personas y asegurar la continuidad de dichos cuidados. Para abordar este objetivo requieren el logro de un entendimiento profundo entre los profesionales de ambos niveles asistenciales y una comunicación e intercambio de información eficaz. Como indican Bright y Alexander (19), a través de la colaboración entre el hospital y los servicios de AP, las enfermeras conseguirán un mayor entendimiento de los roles y expectativas de unas y otras.

De todo lo anterior se concluye que la comunicación entre profesionales sanitarios y la trasmisión de información relevante son elementos fundamentales tanto para el trabajo en equipo como para que el cuidado de las personas se mantenga de forma continuada. Teniendo en cuenta que este cuidado de las personas es el objetivo final de cualquier atención enfermera podemos considerarlo un objeto de estudio de alto interés para el presente trabajo.

La comunicación es reconocida como indispensable para un adecuado cuidado de los pacientes; y la comunicación entre AP y AH es necesaria e imprescindible para garantizar la continuidad asistencial y por ende, la atención integral. Es considerada la pieza clave que mantiene la continuidad del cuidado entre los diferentes miembros del equipo de cuidados en los diferentes niveles asistenciales (20). Sin embargo, estudios a nivel nacional (21,22) e internacional (23,24) demuestran que sigue siendo una de las asignaturas pendientes de las organizaciones sanitarias. Cornwell y colaboradores (25) identificaron una serie de dificultades con las que se encontraban los pacientes y sus cuidadores ante la continuidad asistencial en el Reino Unido, algunos de ellos eran la pobre comunicación entre el personal del hospital y el de la comunidad, la escasa o inexistente planificación de cuidados al alta o la ausencia de un sistema de información que identificara el nombre de la persona responsable de los cuidados y con conocimiento suficiente de lo que estaba sucediendo para hablar con ellos.

Este déficit de comunicación al alta hospitalaria puede afectar negativamente tanto a la atención de los usuarios, como a los profesionales y la organización en su conjunto (26). En cuanto a los usuarios, la falta de comunicación puede provocar duplicidades en pruebas e intervenciones con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamientos innecesarios (23,24,26,27). Si además, la persona es mayor, está inmovilizada, ha perdido parcial o totalmente la autonomía, es anciano frágil o es un paciente

terminal, estos inconvenientes derivados de la falta de comunicación tienen mayor relevancia. Otra de las consecuencias que, tanto la literatura nacional como internacional, destacan como causante de graves problemas en la salud de las personas son los errores de medicación tanto por duplicidades, como por interacciones o falta de información y/o educación (19-23,28,29). Para el profesional sanitario, la falta de comunicación, principalmente le causa insatisfacción tanto profesional como por la ineficiente utilización de los recursos (27). Desde la perspectiva enfermera, una revisión de la literatura realizada por Nosbusch y colaboradores (29) sobre 38 investigaciones de las cuales 20 seguían una metodología cualitativa, muestra que las enfermeras hospitalarias expresaban frustración con la falta de respuesta sobre la situación del paciente una vez dado de alta y si la planificación al alta realizada fue útil. Las enfermeras hospitalarias informaban que el contacto con las enfermeras de AP era escaso y, éstas últimas, percibían que recibían insuficiente información sobre el cuidado a seguir tras la hospitalización. La ausencia de foros suficientes y adecuados que propicien espacios y tiempos comunes de comunicación entre los profesionales es considerada como una de las causas de falta de comunicación efectiva (27).

Finalmente, para la organización de servicios, la falta de comunicación se traduce en la duplicación de consultas y pruebas complementarias, en derivaciones inadecuadas (27), aumento de costes (19) y en la disminución de la calidad de atención prestada, por ejemplo, al aumentar la demora en las listas de espera (26).

Se pueden encontrar numerosos intentos por parte de las organizaciones sanitarias para mejorar el proceso de comunicación entre los profesionales de AP y AH y dar así una atención de calidad asegurando la continuidad en los cuidados. Podemos encontrar desde programas informáticos como el GACELA del Sistema Riojano de Salud, a Programas de continuidad de cuidados al alta como el PREALT del Sistema Sanitario de Cataluña o, simplemente el uso de instrumentos de comunicación, sean o no incluidos en un programa más amplio, como son el Informe de Enfermería al Alta y/o el Informe de Continuidad de Cuidados. Incluso se puede observar el desarrollo de estrategias que se integran en la propia filosofía de la organización sanitaria, como ocurre en el caso de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud que, en 2010 puso en marcha el proyecto "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", con el objetivo primordial de "garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una

asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores" (16). Uno de sus Proyectos Estratégicos más importantes diseñados para avanzar en la política del continuo asistencial es el proyecto de "Competencias avanzadas de Enfermería", apostando fuertemente por el colectivo enfermero como parte importante para garantizar la continuidad de los cuidados, como previamente se ha mencionado. A nivel internacional también se implantan este tipo de iniciativas o se definen vías clínicas de coordinación ante patologías concretas, pero se echan en falta indicadores suficientes que evalúen estas actividades y sus efectos en resultados de salud (11,30).

Todos estos intentos van encaminados al establecimiento de un sistema efectivo para mejorar la comunicación. Un proceso adecuado de comunicación entre enfermeras, con la aportación de información relevante para dar una atención integral, ayuda a detectar problemas del cuidador principal (31) y es necesaria para una gestión eficaz de los recursos disponibles, tales como cuidados domiciliarios, ayudas económicas u otras medidas de apoyo (32). Una comunicación de este tipo repercute, por tanto, positivamente en la atención domiciliaria, promoviendo la estancia del paciente en su entorno habitual, reduciendo los días de hospitalización, la frecuentación a urgencias, el tiempo de recuperación, los reingresos, las listas de espera quirúrgicas y las complicaciones de la estancia en los hospitales, como son las infecciones nosocomiales (19,33,34). En general disminuye los costes asistenciales y permite la evaluación de la atención prestada (35).

Se ha visto que la información que aportan las enfermeras en los protocolos consensuados de comunicación, ya sean Informes de Enfermería al Alta y/o Informes de Continuidad de Cuidados tras el ingreso hospitalario, mejora el conocimiento y la adherencia al tratamiento del usuario (27-29). Otras investigaciones han observado que se evita la fragmentación y variabilidad en los cuidados unificando intervenciones y evitando errores y confusiones (30).

Es preciso considerar que el hecho aislado de comunicarse no es suficiente, el tipo de información que se transmite también es importante para que la comunicación sea efectiva. Sin embargo, no se ha encontrado bibliografía que determine qué tipo de información es la apreciada y necesaria de transmitir por las enfermeras y pacientes. Los pocos estudios encontrados hablan sobre todo de aspectos físicos o procedimientos enfermeros como curas, nutrición enteral, terapia intravenosa,

traqueostomías, etc. (19,36). Pero la dimensión humana es muy amplia y las necesidades de los pacientes, tanto en el hospital como en su hogar, son múltiples y variadas.

En este intento de identificar qué otra información es necesario comunicar además de los aspectos físicos, en el estudio cualitativo de Yu, Lee y Wu (37), identificaron factores sociales y emocionales, así como la falta de manejo de su enfermedad, como motivos de reingreso en pacientes de 70-80 años. Destacaban que dichos pacientes expresaban sentimientos de soledad, estorbo, culpa, inseguridad y miedo. Otro estudio realizado por Munshi et al. (38), encontró que un 16% de los reingresos eran debido a problemas médicos o sociales no resueltos y destacaban una comunicación pobre como la responsables de un número importante de dichos reingresos. Se aprecia, por tanto, que los aspectos sociales y emocionales son relevantes para ser transmitidos entre profesionales sanitarios y cubiertos por aquellos que reciben dicha información.

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos decir que el trabajo en equipo entre las enfermeras de los diferentes niveles asistenciales repercute de forma positiva en los cuidados prestados a los usuarios del Sistema de Salud, que favorece la continuidad de cuidados y la atención integral. Asimismo, se entiende que para que las enfermeras trabajen en equipo y consigan prestar el mejor cuidado la comunicación eficaz entre ambos profesionales es imprescindible, utilizando instrumentos como el Informe de Enfermería al Alta o el Informe de Continuidad de Cuidados. Las propias enfermeras creen que éstos son instrumentos útiles para garantizar la continuidad de cuidados y que favorecen la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (39). Sin embargo, la comunicación interniveles sigue siendo una de las asignaturas pendientes de las organizaciones sanitarias (21,22). Numerosas publicaciones valoran y evalúan el Informe de Enfermería al Alta o el Informe de Continuidad de Cuidados, pero realmente, ¿cómo se entiende la comunicación entre las enfermeras? Dado que el objetivo final es una comunicación eficaz entre los profesionales enfermeros que desarrollan su actividad clínica en los diferentes niveles asistenciales, nuestro interés se centra en conocer qué y cómo se entiende la comunicación entre los profesionales de Enfermería, para que nos ayude a entender por qué y cómo se realiza el proceso de comunicación entre las enfermeras de AP y AH y qué factores o elementos influyen en dicho proceso. Consideramos que la forma en que se entienda y adquiera un significado el proceso de comunicación interniveles influirá en su puesta en práctica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Ramos C. El SNS y las Tecnologías de la Información y Comunicación. *Reduca*. 2009; 1(1):40-60.
2. Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. [Internet]. 2010. [Acceso 11 de diciembre de 2012]. Disponible en: [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)
3. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(S):63-68.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J*, 2003; 327:1219-1221.
5. Price M, Lau FY. Provider connectedness and communication patterns: extending continuity of care in the context of the circle of care. *BMC Health Serv Res*, 2013; 13: 309. [Internet]. 2013. [Acceso 23 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/309>
6. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Ann. Fam. Med.* 2013 May; 11(3):262-271.
7. Pandhi N, Saultz JV. Patients' Perceptions of Interpersonal Continuity of Care. *JABFM*, 2006 Apr; 19 (4): 390-397.
8. Flink M, Öhlén G, Hansagi H, Barach P, Olsson M. Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care—a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: i76-i83. [Internet]. 2012. [Acceso 23 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551196/pdf/bmjqs-2012-001179.pdf>
9. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa: Canadian Health Research Foundation; 2002.

10. Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. An Inquiry into the Quality of General Practice in England. The King's Fund 2010. [Internet]. 2010. [Acceso 23 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Continuity.pdf>
11. Van Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W, De Lepeleire J. Care pathways to improve care coordination and quality between primary and hospital care for patients with radical prostatectomy: a quality improvement project. *Qual Prim Care*. 2013;21(3):149-55.
12. Fernández-Moyano A, García-Garmendia JL, Palmero-Palmero C, García-Vargas B, Páez-Pinto JM, et al. Continuidad Asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207 (10): 510-20. [Internet]. 2007. [Acceso 23 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.opimec.org/media/files/Rev\\_Clin\\_Esp.\\_Continuidad\\_Asistencial.\\_pdf1.pdf](http://www.opimec.org/media/files/Rev_Clin_Esp._Continuidad_Asistencial._pdf1.pdf)
13. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Ramon-Llopard J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010 jul-ago; 24(4):339-46. [Internet]. 2010. [Acceso 23 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n4/breve2.pdf>
14. Aller-Hernández MB, Vargas-Lorenzo I, Sánchez-Pérez I, Henao-Martínez D, Coderech de Lassaletta J, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2010 jul-ago; 84 (4): 371-87. [Internet]. 2010. [Acceso 3 de Marzo de 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt)
15. Jódar-Solá G, Cadena-Andreu A, Parallada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005 Dec; 36(10):558-62.
16. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [Internet]. Gobierno Vasco 2010. [Acceso 5 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/>
17. Griffin MA, Patterson MG, West MA. Job satisfaction and teamwork. *J Org Behav*. 2001;22:537-550.
18. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 Jan; 61(2):232-241.
19. Bright Smith S, Alexander JW. Nursing perceptions of patient transition from hospital to home with home health. *Prof Case Manag*. 2012 Jul-Aug;17(4):175-185.
20. Tarquini R, Coletta D, Mazzoccoli G, Gensini G. Continuity of care: an Italian clinical experience. *Intern Emerg Med*, 2012 Oct; 8(7):595-599.
21. Arizeta AG, Portillo I, Ayestarán S. Cambio organizacional y cultural en un hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:22-28.
22. Lucas C, Gómez CI, Antón JM. Culturas del trabajo y prácticas profesionales: estudio exploratorio del trabajo en equipo en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Rafael Méndez de Lorca. En: Andreu-Abela J y Pérez-Corbacho AM. *Actas de la Conferencia Iberoamericana de Investigación Cualitativa*. Granada: Universidad de Granada. 2011. p. 232-234.
23. Aragón R, Mediavilla ME, Delgado E, González MP, Pérez J. ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada? Revisión sistemática. *SACyL*. [Internet]. [Acceso 11 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados>
24. Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P, Baker D. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA*. 2007 Feb; 297 (8): 831-41.
25. Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Poteliakhoff E. Continuity of care for older hospital patients. A call for action. The King's Fund; 2012. [Internet]. [Acceso 28 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf)
26. Seva Llor AM. El informe de cuidados de enfermería al alta: análisis situacional en la región de Murcia [Tesis doctoral]. Murcia. Universidad de Murcia; 2011.
27. Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Martínez C, Almeida V, Iruretagoyena ML, Ezeizabarrena A, et al. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada desde la perspectiva de los profesionales. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias Osteba. Vitoria: Gobierno Vasco, 2009.



28. Lattimer C. When it comes to transitions in patient care, effective communication can make all the difference. *Generations*. 2001 Spring; 35(1): 69-72.
29. Nosbusch JM, Weis ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs*. 2010 Mar; 20: 754-774.
30. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Informa SESPAS 2012*. *Gac Sanit*, 2012; 26 (S): 63-68.
31. García-Abad M. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. *Reduca. Serie Trabajos Fin de Master*. 2010; 2(1): 871-889.
32. Villarejo L, Pancorbo P. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*. 2011 Dic; 22(4): 152-161.
33. Davis MM, Devoe M, Kansagara D, Nicolaidis C, Englander H. Did I do best as the System would let me? Healthcare professional views on hospital to home care transition. *J Gen Inter Med*. 2012 Dec; 27(12): 1649-56.
34. Han CY, Barnard A, Cahpman H. Discharge Planning in the Emergency Department: A Comprehensive Approach. *J Emerg Nurs*. 2009 Nov; 35(6): 525-527.
35. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A et al. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
36. González-Llinares RM, Aramburu I, Ruíz de Ocenda MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev Calid Asis*. 2002 Jun; 17(4): 232-6.
37. Yu D, Lee D, Wu J. The revolving door syndrome: The Chinese COPD patients' perspectives. *J Clin Nurs*. 2007 Sept; 16(9): 1758-1760.
38. Munshi S, Lakhani D, Agreed A, Evans SN, Mackness E, Fancourt G. Readmissions of older people to acute medical units. *Nurs Older People*. 2002 March; 14(1): 14-16.
39. Navarro JM, Haro-Marín S, Orgiler PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enferm Clín*. 2004 Marz; 14(2):61-9.
40. Schwandt T. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. En: N. Denzin y Y. Lincoln(eds.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publication; 1994.
41. Munne F. Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Revista de psicología social*. 1999 JulDic; 2-3(14): 131-144.
42. Blumer H. *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press; 1969.
43. Glaser G, Strauss L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
44. Morse J. *Designing Founded Qualitative Research*. En: K. Denzin y Y.S. Lincoln (Editores). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: SAGE; 1994
45. De la Cuesta C. Teoría y método. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*. 2006 2º semestre; 20: 136-140.
46. Strauss A, Corbin J. *Grounded theory methodology*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
47. Charmaz K. "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Soc Sci Med* 1990; 30 (11): 1161-1172.
48. Wolcott HF. *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1994.
49. Schutz W. *The Human Element*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1994.
50. Holstein JA, Gubrium JF. "Phenomenology, Ethnomethodology, and Interpretative Practice". In: N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks - California; 1994.
51. Tesch R. *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. New York: Palmer Press, 1990.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

Conocer la representación de las enfermeras de AP y AH sobre la comunicación entre niveles asistenciales.

### Objetivos específicos

- Explorar la importancia que las enfermeras dan al proceso de comunicación para favorecer la continuidad de cuidados.
- Identificar qué información habría que facilitar desde la perspectiva de las enfermeras de AP y AH.
- Detectar las barreras y los facilitadores que encuentran las enfermeras de AP y AH en el proceso de comunicación entre niveles asistenciales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño: Perspectiva y tipo de estudio

Teniendo en cuenta que el principal objetivo del presente trabajo es explorar cómo se entiende la comunicación interniveles asistenciales por las enfermeras, se ha utilizado un abordaje cualitativo para conseguir dar respuesta a dicho objetivo. La metodología cualitativa orienta al investigador para encontrar los significados de fenómenos poco conocidos y que se dan en contextos específicos.

Partiendo de la idea expuesta en de que según se entienda un concepto, en este caso el proceso de comunicación interniveles asistenciales, así se va a aplicar en el mundo, es necesario abordar esta realidad a estudio desde un paradigma **interpretativo constructivista**, más concretamente desde el **construccionismo social**. Este paradigma, descrito por Schwandt (40), está basado en la premisa de que la construcción del conocimiento no es debida a la actividad de la mente individual, sino que se debe a la generación colectiva del significado subjetivo a través del lenguaje y los

procesos sociales. Sin embargo esa generación de conocimiento por el grupo no es aislada, depende del contexto específico donde se dé; es decir, ese conocimiento solo es posible entenderlo y debatirlo dentro de ese particular contexto.

En el caso del presente trabajo se aborda el significado que las enfermeras que trabajan en el medio hospitalario y AP de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, construyen como grupo y otorgan al proceso de comunicación necesario para dar un cuidado integral y continuidad de cuidados.

A fin de facilitar el estudio del objetivo del trabajo desde el paradigma constructivista interpretativo, nos ayudamos de una de sus alternativas epistemológicas: el interaccionismo simbólico.

El interaccionismo simbólico, según Munne (41), tiene como centro de atención los procesos de interacción y elaboración social de significados que permiten la construcción social de la realidad. Esta alternativa se sustenta en que los seres humanos actúan dentro de su contexto según los significados que las cosas tienen para ellos. Dichos significados se derivan de las interacciones sociales entre y con otros individuos a través del intercambio comunicativo, como afirma Blumer (42).

Por tanto, la comunicación interniveles asistenciales practicada por las enfermeras de Osakidetza-Servicio vasco de salud para conseguir una continuidad de cuidados asistencial y atención integral, corresponde a una interacción entre las mismas. A través de dicha interacción, las enfermeras construyen lo que para ellas y, según el contexto donde se ubican, es la comunicación interniveles asistenciales. Además, es posible que a través de dicha interacción una enfermera pueda cambiar los significados ya aceptados. Nuestra intención, por tanto, sería explorar esos significados que las enfermeras han construido y construyen del proceso de comunicación.

### Población y muestra

#### Ámbito de estudio

Hospital Universitario Araba, Comarca Araba, Hospital Universitario Basurto, Comarca Bilbao y OSI Bajo Deba. Se trata de 5 organizaciones de servicios integradas en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y que ofrecen asistencia desde ambos niveles de atención, AP y AH.

## Selección de la muestra

**Muestreo teórico.** El muestreo teórico es un tipo de muestreo donde el propio investigador elige a aquellos informantes que considera más apropiados para el estudio mediante una estrategia de selección deliberada de los sujetos basándose en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados y a medida que avanza el análisis de los datos recopilados, como ya definieron Glaser y Strauss (43). Para ello se contará con la colaboración de "porteros", que serán los supervisores o coordinadores de enfermería de cada centro o unidad hospitalaria.

La muestra estará formada por 7 grupos focales de enfermeras y enfermeros que trabajen en AP y AH y no pertenezcan al mismo círculo de amistad o trabajo. Los grupos formados serán heterogéneos en relación al sexo, edad y experiencia en el puesto de trabajo:

- Un grupo con enfermeras de AP por territorio histórico (en total 3).
- Un grupo con enfermeras de AH por territorio histórico (en total 3).
- Un grupo con enfermeras de enlace pertenecientes a los distintos territorios.

En la selección de participantes excluimos a aquellos que trabajan en salud mental, pediatría y larga estancia porque entendemos que las características en la comunicación interniveles pueden ser sensiblemente diferentes y responder a unas características propias.

## Tamaño de la muestra

Hasta saturación de los datos. Este momento se determinará cuando tras la realización de un número de grupos focales el material cualitativo obtenido de los mismos deje de aportar datos nuevos. En este momento se dejará de recoger información. Puede darse el caso de que no se precise llevar a cabo todos los grupos focales definidos o que haya que definir alguno más.

## Recogida de los datos

Para la recogida de datos y en relación al paradigma interpretativo elegido, utilizaremos los grupos focales. Esta herramienta nos permitirá tratar el tema desde el punto de vista social, de las relaciones entre los profesionales y los procesos de trabajo y comunicación.

El moderador contará con un guión de preguntas (**Anexo 1**) pero el formato del tema a tratar será flexible para facilitar la participación de todos los integrantes, de forma que el moderador dará entrada al debate. El moderador permitirá la intervención libre de los participantes interviniendo sólo en caso de que la discusión se desvíe del tema de estudio o para aclarar y profundizar ideas concretas.

Las reuniones grupales se celebrarán en un lugar neutro y se procurará un ambiente relajado y distendido. El número de integrantes no será menor de 6 (para facilitar la fluidez en la conversación) ni mayor de 12, para que todos los informantes tengan ocasión de exponer su opinión.

Previa información y consentimiento de los participantes, los grupos focales serán grabados con videocámara para su posterior transcripción. Se contará con la presencia de un observador externo al grupo de discusión.

## Análisis de los datos

Según Morse (44), dado que la comunicación interniveles realizada por las enfermeras constituye un proceso cuyo significado es construido por ellas mismas, destaca que la estrategia metodológica más adecuada para su cuestionamiento y análisis es la Teoría Fundamentada.

Glases y Strauss (43) desarrollaron la Teoría Fundamentada en 1967 como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico (45). Como su nombre indica, la Teoría Fundamentada es una metodología general para el desarrollo de teoría que se sustenta en los datos recogidos sistemáticamente y que son analizados (45-46). La teoría surge del movimiento cíclico y concurrente entre la etapa de recolección de datos y el proceso de análisis, siendo por tanto, muy difícil separarlos (46). Es un método de comparación constante.

La Teoría Fundamentada enfatiza el descubrimiento y desarrollo de teoría sin apoyarse en un marco teórico previo (47).

Utilizaremos los niveles de análisis de Wolcott (48):

- **Descripción.** El propósito es contar la historia de los datos de la manera más descriptiva posible. La explicación de los datos debe mantenerse cercana a éstos como se dan cuando se los va grabando.

- **Análisis.** Proceso por medio del cual el investigador expande y extiende los datos más allá de la narración descriptiva, es una manera especializada de transformar los datos. Se identifican aquí los factores claves y las relaciones principales. El énfasis se pone en la búsqueda de temas y patrones.
- **Interpretación.** El investigador ofrece su propia interpretación de lo que sucede. "El investigador trasciende los datos fácticos y el análisis cuidadoso y comienza a explorar lo que se puede hacer a partir de ellos".

De esta manera, seguiremos los siguientes pasos:

- Transcripción íntegra y fiel de las conversaciones en los grupos focales.
- Anotaciones del observador.
- Lectura analítica de los textos. Subrayado de las unidades de significación.
- Categorización de las unidades de significación.
- Agrupación de las categorías en núcleos temáticos.
- Elaboración de diagramas gráficos explicativos de la teoría

### Papel del investigador

Al fin y al cabo y según la perspectiva cualitativa desde la que se va a estudiar el proceso de comunicación, el investigador se enfrenta a una tarea de interpretación de las perspectivas y voces de los individuos estudiados para entender sus acciones (46).

Schutz (49) recomienda que la actuación social de los individuos se estudie intentando aislar la propia percepción del investigador del objeto a estudio. El investigador podrá, entonces, centrarse en cómo los individuos interpretan el mundo para elaborar las formas o conceptos que ellos consideran reales. Básicamente, se intenta evitar la asunción de que los demás experimentan el mundo de la misma manera que otros, creyendo que de esta forma podemos entenderlos (50). En otras palabras, se deja a un lado la subjetividad del investigador para centrarse en el estudio de la subjetividad de los individuos.

### Triangulación de los datos

Con el fin de dar rigor a los datos obtenidos, la información se triangulará de las siguientes maneras:

- **Investigador-investigador.** Los textos serán leídos y analizados de forma independiente por diferentes investigadores para luego ponerse en común.
- **Investigador-informante.** A los participantes se les dará la oportunidad de leer la información obtenida con la finalidad de que puedan comprobar si se ven reflejados en aquello que los investigadores han concluido, y que exista una retroalimentación y aclaración de la información.
- **Moderador-observador.** Puesta en común de la información obtenida de cada grupo de discusión entre el moderador y el observador externo.

Sea de una manera o de otra, el análisis de la investigación cualitativa tiene una serie de características (51):

- El análisis es un proceso cíclico y una actividad reflexiva.
- El proceso analítico debe ser amplio y sistemático pero no rígido.
- Los datos se fragmentan y dividen en unidades significativas, pero se mantiene una conexión con el total.
- Los datos se organizan según un sistema derivado de ellos mismos.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todo momento los datos de los participantes serán manejados de forma confidencial, respetando las ordenanzas de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Solo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven del mismo y serán fieles a los mismos en su totalidad. Una vez completado el análisis y extraídos los *verbatim* de las transcripciones las grabaciones serán destruidas.

Los sujetos participantes serán seleccionados atendiendo únicamente a los criterios de selección establecidos. No sufrirán beneficio o perjuicio alguno por aceptar o rechazar participar en el estudio. Previo a la inclusión de los participantes en los grupos de discusión se les requerirá la firma del consentimiento informado. Asimismo, se ha solicitado la aprobación por parte del CEIC de Euskadi, así como la colaboración de las instituciones implicadas en la recolección de información relacionada con las enfermeras participantes.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Derivadas del tema de estudio: el estudio lo hemos centrado en la AP y AH, áreas donde frecuentemente se desarrolla la comunicación interniveles. Hemos excluido del estudio la atención en Salud Mental, Pediatría y Larga Estancia porque consideramos que sus ámbitos de actuación tienen unas características propias y que requieren un estudio exclusivo de la comunicación interniveles en estos ámbitos.

Derivadas del método de estudio: la metodología de recogida de datos mediante grupos focales hace que cada participante tenga un tiempo limitado para exponer su opinión, ya que es preciso que todos los participantes las expongan a lo largo de un tiempo limitado. Asimismo, las respuestas de cada uno de ellos pueden estar contaminadas por la opinión de otros integrantes del grupo. Por último, algunos participantes pueden estar inhibidos por la presencia de personas desconocidas. Estas limitaciones tratarán de ser abordadas a través del moderador de los grupos, que tratará de animar a todos los participantes a dar su opinión dejando al grupo expresarse libremente, de forma que se respete la propia metodología cualitativa del instrumento.

## RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

Según se entienda el proceso de comunicación en un entorno determinado determinará la forma en la que las personas lo ponen en práctica. Es por esta razón por la que es relevante explorar y conocer qué entienden las enfermeras por comunicación interniveles asistenciales. Las discusiones de los diferentes grupos nos guiarán para conocer cuáles son los problemas fundamentales que las enfermeras de

AP y AH tienen para comunicarse y podrán diseñar y mejorar estrategias de comunicación adecuadas para preservar y potenciar un cuidado integral y una continuidad de cuidados.

A pesar de que la metodología cualitativa no busca la extrapolación de los resultados a toda la población, podemos destacar en lo referente a la aplicabilidad de los resultados, que si conseguimos desarrollar técnicas más eficaces de comunicación a través de la información aportada en el estudio, se podrá comprobar si contribuyen a la disminución de los reingresos con la consiguiente disminución de costes sanitarios y a aumentar la satisfacción de los pacientes y la de los profesionales. Asimismo, se podrán diseñar estudios que evalúen la confianza de nuestros pacientes hacia los profesionales al mejorar la calidad asistencial percibida por ellos.

## CRONOGRAMA (Tabla 1)

Se trata de un estudio multicéntrico que se realizará en el Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Comarca Araba, OSI Bilbao-Basurto (HU Basurto y comarca Bilbao) y OSI Bajo Deba. Se explorará la visión de las enfermeras que trabajan en dichas organizaciones de servicios.

Tanto la investigadora principal como todos los investigadores colaboradores son clínicos a jornada completa, excepto un investigador colaborador que desarrolla su actividad laboral fuera del área asistencial. Contribuirán al proyecto con su tiempo libre.

### 1) Primera etapa o de preparación

(3 meses)

- Reunión del equipo investigador para coordinar el estudio: todo el equipo investigador.
- Redacción de cartas de invitación a participar en el estudio: Verónica Tíscar y Estíbaliz Amaro, Nuria de Ríos y Nerea Gutiérrez.
- Elaboración de las hojas de información para el participante y consentimiento informado: David Miguel, Carmen Blanco, Yolanda Gracia y Estíbaliz Cristóbal.
- Elaboración de un guión previo para la conducción de los grupos focales: todo el equipo investigador.

## 2) Segunda etapa o de reclutamiento

(4 meses)

- Reunión al inicio de la etapa de reclutamiento: todo el equipo investigador.
- Identificación de los informantes de cada organización de servicios:
  - HU Araba y Comarca Araba: Nerea Gutiérrez, y Carmen Blanco.
  - HU Basurto y Comarca Bilbao: Nuria de Ríos y Verónica Tiscar.
  - OSI Bajo Deba: Yolanda Gracia y Estíbaliz Cristóbal.
- Establecer contacto con los porteros e informantes y solicitar su participación: David Miguel y Estíbaliz Amaro.
- Si el informante da su consentimiento se establecerá contacto telefónicamente 3 días antes de la celebración del grupo focal para recordar y confirmar su participación: David Miguel y Estíbaliz Amaro.
- Organizar fecha y lugar de celebración del grupo focal: Estíbaliz Amaro y David Miguel.

## 3. Tercera etapa o de ejecución

(Duración aproximada: 5 meses)

- Reunión al inicio de la etapa de ejecución: todo el equipo investigador.
- Desarrollo de los grupos focales en las fechas y lugares establecidos: pendiente de determinar moderador de los grupos focales.
- Transcripción de la información generada de los grupos focales: empresa contratada para tal fin.

## 4. Cuarta etapa o de análisis

(Duración aproximada: 8 meses)

- Reunión al inicio de la etapa de análisis: todo el equipo investigador.
- Análisis de las transcripciones. Cada transcripción se realizará por pares: todo el equipo investigador.
- Reuniones para realizar triangulaciones investigador-investigador: todo el equipo investigador.

- Elaboración de documento previo de resultados y conclusiones: Estíbaliz Amaro.
- Envío de documento previo a varios informantes elegidos al azar para realizar triangulación investigador-informante de las conclusiones previas a las que se haya llegado: Carmen Blanco, Nuria de Ríos, Verónica Tíscar y Yolanda Gracia.

## 5) Quinta etapa o de divulgación de los resultados (Duración aproximada: 4 meses)

- Elaboración de informe intermedio y final del proyecto: Estíbaliz Amaro, Nerea Gutiérrez, David Miguel y Estíbaliz Cristóbal.
- Presentación de comunicaciones a congresos: todo el equipo investigador.
- Elaboración de artículos de divulgación científica: todo el equipo investigador.

## RECURSOS Y PRESUPUESTO (Tabla 2)

El proyecto está subvencionado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Expediente nº: 2013111042). Cada una de las organizaciones sanitarias que participan en el estudio cuenta con recursos humanos suficientes para localizar a los mejores informantes de cara a conseguir la información necesaria. El recurso del tema objeto de estudio, la comunicación con otros niveles asistenciales, forma parte de las labores cotidianas de dichos profesionales enfermeros.

Finalmente, los propios miembros del equipo investigador son conocedores tanto del tema a estudio como del medio hospitalario y de AP. Asimismo, manejan la metodología cualitativa y han participado en otros proyectos de investigación.

## AGRADECIMIENTOS

A Lucía Garate por su apoyo metodológico y asesoramiento en la realización de este proyecto.

**Tabla 1.** Cronograma del proyecto.

(Las fases 2, 3 y 4 se irán realizando simultáneamente durante el desarrollo del estudio).

	Mar 2014	Abr 2014	May 2014	Jun 2014	Jul 2014	Ago 2014	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dic 2014	Ene 2015	Feb 2015	Mar 2015	Abr 2015	May 2015	Jun 2015	Jul 2015	Ago 2015	Sep 2015	Oct 2015	Nov 2015	Dic 2015
<b>Fase 1 Preparación</b>	Redacción de cartas de invitación a participar en el estudio, hoja informativa y consentimiento informado. Elaboración de un guión previo para la conducción de los grupos focales																					
<b>Fase 2 Etapa de reclutamiento</b>				Identificación de los informantes y contacto con los porteros e informantes. Organizar fecha-lugar grupo focal. Elegir moderador. Contacto telefónico recordatorio 3 días antes de la celebración del grupo focal.																		
<b>Fase 3 Ejecución</b>				Desarrollo de los grupos focales y transcripción de la información por empresa contratada																		
<b>Fase 4 Análisis</b>				Análisis por pares de las transcripciones... y triangulaciones. Redacción de resultados y conclusiones previas. Envío de documento a varios informantes elegidos al azar para realizar triangulación investigador-informante																		
<b>Fase 5 Divulgación de los resultados</b>																Elaboración de informe final. Divulgación						

**Tabla 2.** Presupuesto solicitado (desglosado por anualidades).

<b>1) Adquisición de bienes y contratación de servicios. Sustitución del Investigador</b>	
Sustitución del personal investigador (20% de la Jornada laboral)	9.600,00 €
Videocámara, micrófono y tarjetas de memoria	450,00 €
Gestión del proyecto, monitorización y transcripción de los datos	4.000,00 €
Bibliografía global	1.000,00 €
Gastos de difusión y publicación	2.000,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>17.050,00 €</b>
<b>2) Otros gastos</b>	
Traslados contacto con porteros	150,00 €
Traslados informantes	720,00 €
12 Reuniones de coordinación	360,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.230,00 €</b>
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>18.280,00 €</b>



## ANEXO 1

### GUIÓN DE PREGUNTAS DEL MODERADOR PARA LOS GRUPOS FOCALES

- Para vosotras/os, ¿qué es la comunicación entre niveles asistenciales?
- Donde trabajáis, ¿cómo diríais que es esa comunicación entre las enfermeras de AP y AH?  
¿Cómo se produce?
- ¿Qué papel juega esta comunicación en vuestro día a día profesional; y por qué?
- ¿Qué creéis que deberían transmitir las enfermeras de AH a las enfermeras de AP?
- ¿Qué creéis que deberían transmitir las enfermeras de AP a las enfermeras de AH?
- En vuestra opinión, ¿qué elementos creéis que están facilitando este forma de comunicación?  
¿Y cuáles lo están obstaculizando?
- ¿Qué se podría hacer para mejorar la comunicación?