

artículo original

La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España

Joan Carles March Cerdá,
María Ángeles Prieto, Olivia Pérez,
Sergio Minué y Alina Danet

(Granada, España)
Escuela Andaluza de Salud Pública

Palabras clave

comunicación interna
atención primaria
metodología cualitativa
metodología cuantitativa

Resumen

La comunicación interna (CI) es esencial en la gestión de la asistencia sanitaria y en el desempeño profesional de Atención Primaria (AP). El objetivo de este trabajo es describir y comparar la CI en los centros de AP. Se han realizado auditorías internas, a través de 16 entrevistas semiestructuradas y un cuestionario autoadministrado a 1.183 profesionales de AP de 4 comunidades autónomas. Se aplica un diseño muestral aleatorio simple obteniéndose así tres muestras independientes en cada servicio de salud autonómico, representativas de cada categoría profesional, para una p del 70% y con un error para el conjunto de cada muestra del 5%. El análisis usa el test "t de Student" y ANOVA de un factor, considerándose diferencias significativas entre las medias con un nivel de significación inferior al 0.05. Se observa que la percepción sobre la calidad de la CI es heterogénea: un tercio de la muestra la considera "muy mala" y "mala", otro tercio "ni mala ni buena" y el resto "buena" y "muy buena". Las fuentes y los canales para recibir o emitir información son de tipo interpersonal (el 81,8% de los encuestados los usan). Los/as compañeros/as (el 59,1% del total de respuestas) y los/as directivos/as (el 46,9%) son las fuentes más utilizadas para recibir información. Los canales empleados son las reuniones de equipo (el 54,3%) y charlas informales (49,6%). Los temas sobre los que reciben más información son los objetivos del centro (52,6%) y formación (52%). Por tanto, para la buena gestión de la CI en AP deben confluír elementos tecnológicos, la implicación de la dirección y el buen funcionamiento de las fuentes y canales interpersonales.

Internal Communication in Primary Care Centres in Spain

Keywords

*internal communication
primary care
qualitative methodology
quantitative methodology*

Abstract

Internal Communication (IC) is an essential part of healthcare management and professional performance in Primary Care (PC). The object of this study is to describe and compare IC in PC centres. Internal audits were carried out through 16 semi-structured interviews and 1,183 questionnaires which were self-administered by PC professionals from 4 different regions in Spain. A simple random sample design was used to obtain three independent samples from each Healthcare Service representing each professional category, for a “p” of 70% and a 5% overall error for each sample. The analysis uses the “Student’s t” and the one-way ANOVA tests, considering significant differences between the means with a significance level below 0.05. A heterogeneous perception of the quality of IC is observed: a third of the sample considered it “very bad” and “bad”, another third “neither good nor bad” and the remainder “good” and “very good”. Interpersonal sources and channels are used for receiving or sending information (81.8% of those polled use them). Colleagues (59.1% of all answers) and management (46.9%) are the most common sources for receiving information. The channels used are work group meetings (54.3%) and informal conversations (49.6%). The most common subject matter of the information received concerns the centre’s objectives (52.6%) and training (52%). We can conclude that achieving good IC management in PC requires a combination of technological elements, management involvement and proper functioning of interpersonal sources and channels.

Cómo citar el artículo

March Cerdá, J. C.; Prieto, M. Á.; Pérez, O.; Minué, S. y Danet, A. (2011). La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), pp. 19-31.

DOI: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1\(1\).19-31](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1(1).19-31)

1. Introducción

La comunicación interna (CI), entendida como los procesos y procedimientos que, utilizando unos canales determinados, transmiten informaciones o mensajes en el interior de la organización (Somoza, 1995), juega un papel decisivo en el funcionamiento de cualquier organización, empresa o administración pública. Varios autores han constatado que la existencia de una CI de calidad en el seno de una organización influye en la eficacia, la eficiencia y la calidad de la gestión (Barranco, 1993). Las organizaciones deben, por tanto, desarrollar una política de CI que formule unos objetivos, fije una estrategia y determine qué soportes y metodología serán necesarios para ponerla en práctica (Barranco, 1992).

En el ámbito sanitario, sólo recientemente los servicios sanitarios han planteado la necesidad de desarrollar planes de comunicación integrados en sus planes estratégicos (Prieto et al., 1999), partiendo de que los buenos cauces de comunicación interprofesional, el establecimiento de criterios homogéneos y objetivos claros influyen directamente en la calidad ofrecida por las organizaciones sanitarias (Villares et al., 2000).

La cultura empresarial penetra cada vez más en la organización de la atención primaria, lo que lleva a una mayor integración, pero también a tensiones que repercuten en la cohesión del equipo de trabajo, así como en la calidad asistencial. Para evitar los posibles conflictos, Fitzsimmons y White (1997) proponen implantar un clima laboral basado en el diálogo y el respeto a las diferencias. Los tres pasos de este protocolo son tomar conciencia de las distintas prioridades, dinámicas y contrastes organizacionales; crear acuerdo sobre los roles existentes; y desarrollar el consenso. La comunicación interprofesional impregna este proceso en cada una de las tres etapas y adquiere un papel fundamental en el mantenimiento del buen clima organizacional y del cumplimiento de las expectativas profesionales. En este sentido, Philipp y Dodwell (2005) asocian las dificultades comunicacionales con afecciones de salud laboral del personal sanitario. Concretamente, los autores establecen nueve categorías de problemas de comunicación con los gestores y compañeros, directamente ligados a ciertos padecimientos y enfermedades de índole laboral.

La importancia de establecer y sostener cauces comunicativos adecuados se refleja también en la necesidad de formar y desarrollar habilidades de este tipo entre los profesionales de la salud. Las cuatro dimensiones de las técnicas de comunicación necesarias se refieren a colaboración, credibilidad, compasión y coordinación (Apker et al., 2006).

Las medidas encaminadas a mejorar la CI en AP estructuran un plan de CI, y el primer paso en su desarrollo es la elaboración de un diagnóstico de la situación (Hargie y Tourish, 1993). La auditoría interna, como procedimiento metodológico que permite de forma dinámica diagnosticar el sistema de comunicación y evaluar su gestión (García, Ruiz y Ventura, 1999), nos revelará cuáles son las demandas y necesidades del personal, las deficiencias de la institución, y facilitará la decisión del tipo de mensajes por transmitir y los soportes idóneos para su difusión (Wesphalen, 1993). La naturaleza de los centros de AP como puerta de entrada al sistema sanitario, y los cambios acaecidos sobre sus funciones y competencias, hacen especialmente necesario su análisis.

El objetivo de este estudio es describir la naturaleza de la CI en AP y comparar los resultados de la percepción de la calidad comunicacional en los centros de AP considerados.

2. Metodología

El artículo explora el estado de la comunicación en los centros de AP de cuatro comunidades autónomas españolas, a partir de auditorías internas realizadas en centros de

AP del Área II del Servicio Madrileño de Salud (Sermas), de la Gerencia Tenerife del Servicio Canario de Salud, de las comarcas Uribe Costa y Guipúzcoa Este del Servicio Vasco de Salud y de los distritos Málaga, Costa del Sol y Sierra Norte de Cádiz del Servicio Andaluz de Salud.

El estudio incluye métodos cualitativos y cuantitativos, llevados a cabo entre 2001 y 2002. La parte cualitativa del estudio consistió en la realización y análisis con el programa *Nudist Vivo* de 16 entrevistas semiestructuradas a profesionales de AP. La parte cuantitativa del estudio estuvo basada en la realización de una encuesta, con 5 posibilidades de respuesta en escala Likert, que se aplicó por medio de un cuestionario autoadministrado a 1.183 profesionales elegidos a través de un diseño muestral aleatorio simple, para una p del 70% y con un error para el conjunto de cada muestra del 5%, con un nivel de confianza del 95%.

El análisis estadístico fue univariante de frecuencias absolutas y bivariante de comparación de medias por medio del test "t de Student" y ANOVA de un factor, considerándose diferencias significativas entre las medias con un nivel de significación inferior al 0.05.

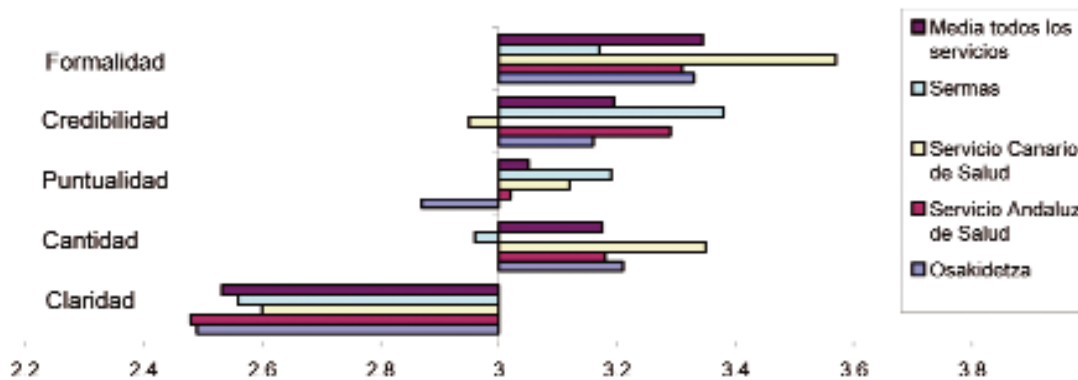
El cuestionario, enviado por vía postal, recogió la opinión de los y las profesionales de los servicios de salud de acuerdo a una serie de variables: cantidad, claridad, formalidad, credibilidad, puntualidad. Con esta información, posteriormente elaboramos una variable constructo, que definimos como "calidad de la información". El grado aceptable de fiabilidad de este constructo se determinó con el coeficiente Alpha de Cronbach.

3. Resultados

Las tasas de respuesta a los cuestionarios se encuentran en torno al 50% en todas las zonas estudiadas. En cuanto a la composición de la muestra, observamos una presencia levemente mayor de mujeres (el 61,2%) y la prevalencia de edades comprendidas entre 36 a 45 años. Se trata de profesionales con larga experiencia laboral (el 66% ejerce en el servicio sanitario desde hace más de 15 años). Por categorías profesionales, los porcentajes se distribuyen uniformemente entre médicos/as, personal de enfermería y profesionales no sanitarios.

Los resultados correspondientes al constructo "calidad de la información" revelan una distribución equilibrada de las respuestas: aproximadamente un tercio tienen comunicación "muy mala" y "mala" (33,7%), otro tercio "ni buena ni mala" (32,8%) y otro tercio "buena" y "muy buena" (34,5%). Los resultados oscilan, como se puede apreciar en el gráfico 1, alrededor del valor 3, que es el punto intermedio de la escala Likert utilizada. Observamos que las dimensiones mejor puntuadas son formalidad y credibilidad, mientras que la claridad recibe peor valoración. Sin embargo, las auditorías revelaron la preocupación de los profesionales por la credibilidad de la información recibida.

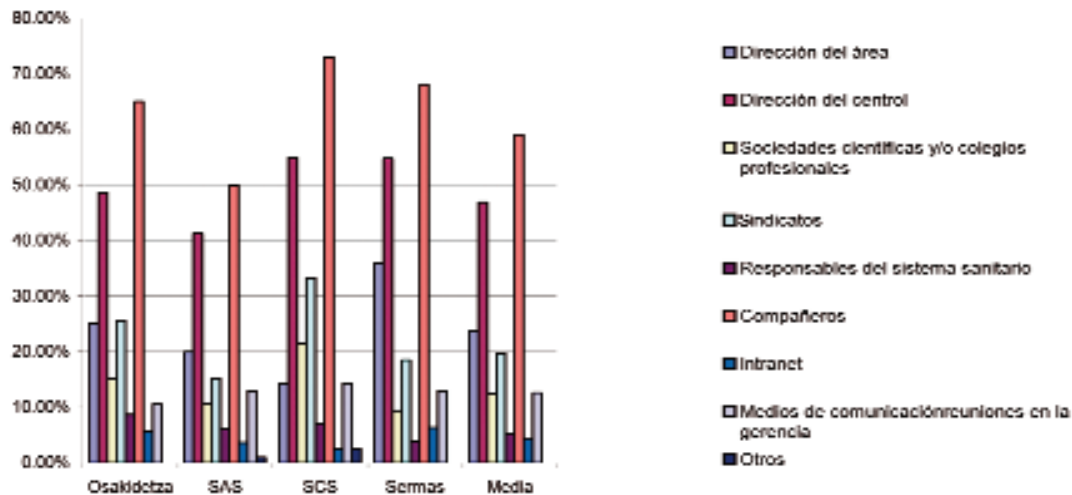
Gráfico 1. Calidad de la información por dimensión y área de salud



3.1. Fuentes de información

De las 8 fuentes de información identificadas en el cuestionario, los compañeros y compañeras de trabajo constituyen la principal fuente (un 59,1%), llegando a alcanzar un 73% de las menciones en el Servicio Canario de Salud, pero sólo el 17,8% del total lo consideran como una buena fuente. Pasa lo contrario con la segunda fuente más utilizada: la dirección del centro informa a un 46,9% de los profesionales, pero estos la preferirían como fuente de información en un 63%. Entre las fuentes menos utilizadas para obtener información están los servicios de intranet (el 4,4%) y los responsables del sistema sanitario (el 6,2%), (gráfico 2).

Gráfico 2. Fuentes de información



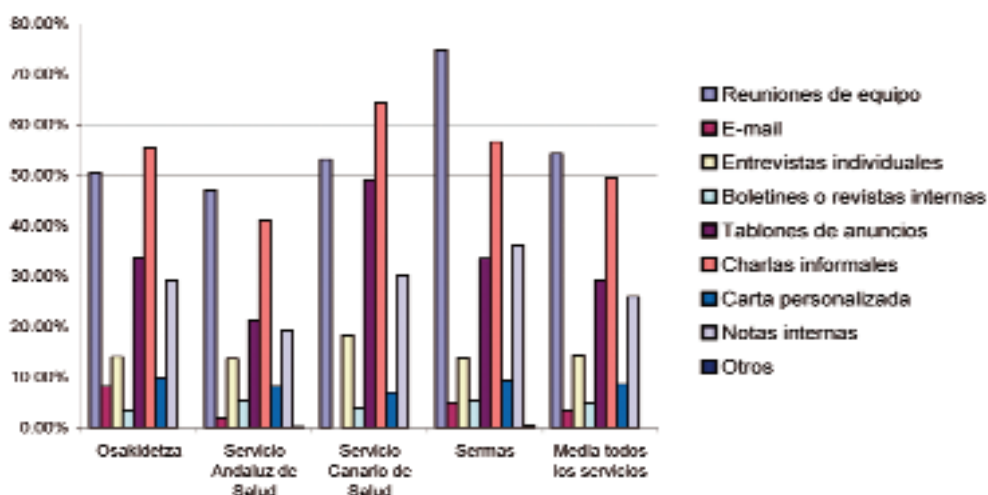
Reagrupando las variables en dos categorías (fuentes formales y fuentes informales) un 61% de los encuestados afirmó obtener la mayor parte de la información por fuentes

informales. Sin embargo, observamos que el uso de las fuentes informales se asocia a una calidad de la información “mala” o “muy mala” ($p < 0,05$). Esta tendencia se acentúa entre los/as médicos/as y entre los profesionales de Osakidetza y el Sistema Canario de Salud.

3.2. Canales para recibir información sobre el centro

En los cuestionarios, los y las profesionales se decantan mayoritariamente por las reuniones de equipo (el 54,3% se mantienen informados a través de estas reuniones, pero a un 71,6% le gustaría que este canal fuera uno de los usados) y las charlas informales (el 49,6% lo usan, pero sólo un 19,4% lo prefieren). Muy por detrás están los siguientes canales preferidos: los tabloneros de anuncios (el 29,2% lo utilizan y el 24,7% lo elegirían como canal) y las notas internas (un 26,0% lo usan y el 27% lo emplearían), (gráfico 3).

Gráfico 3. Canales de comunicación descendente



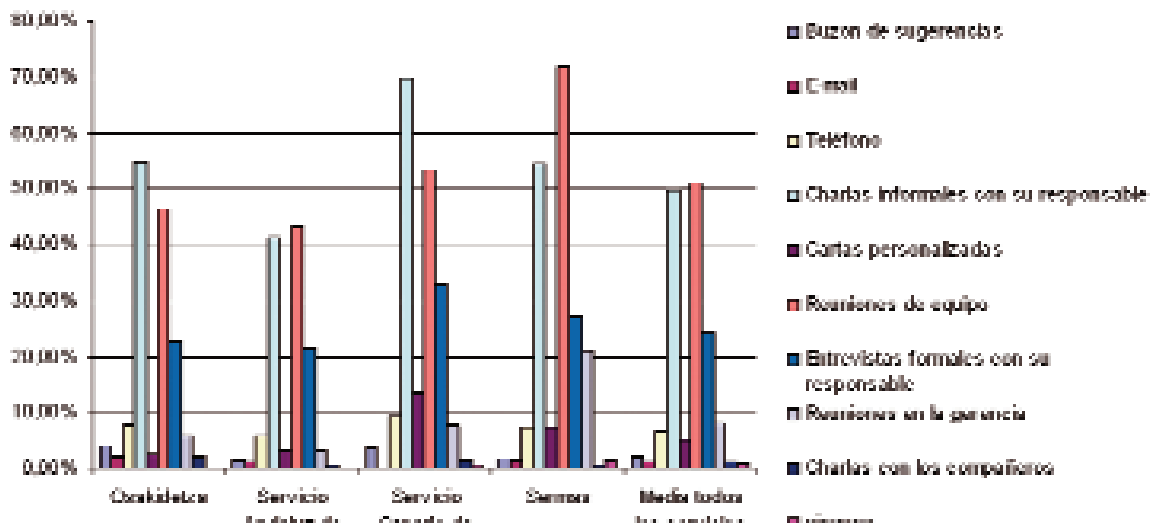
Las charlas informales es el canal más utilizado en Osakidetza (un 55,5%) y en el Servicio Canario de Salud (el 64,3%), mientras que en el Servicio Andaluz de Salud y en el Sermas, el personal sanitario menciona en mayor medida las reuniones de equipo como el canal de información privilegiado (el 47% y el 74,8% respectivamente).

En las entrevistas, los profesionales puntualizaron que la buena gestión de los canales de información es necesaria para que su uso sea realmente efectivo, subrayando la necesidad de actualizar los tabloneros de anuncios e incentivar los canales interpersonales, por delante de medios impresos o audiovisuales.

3.3. Canales para dar su opinión sobre el centro

Como en el caso anterior, los canales interpersonales son los que más se utilizan (gráfico 4), concretamente las reuniones de equipo (un 51%) y las charlas informales con su responsable (un 49,7%). Sin embargo, las preferencias son para las reuniones de equipo (60,9%) y las entrevistas personales con los directivos y supervisores (un 43,4%). Por servicio sanitario, observamos la prevalencia de las reuniones en el Sistema Andaluz de Salud (el 53,2% frente al 41,2% que representan las charlas informales) y el Sermas (un 72,0% frente al 54,7%), mientras que en Osakidetza y en el Servicio Canario de Salud son más numerosas las charlas informales (el 55,0% frente el 46,4% de reuniones en País Vasco; el 69,8% frente al 43,1% en Canarias).

Grafico 4. Canales de comunicación ascendente

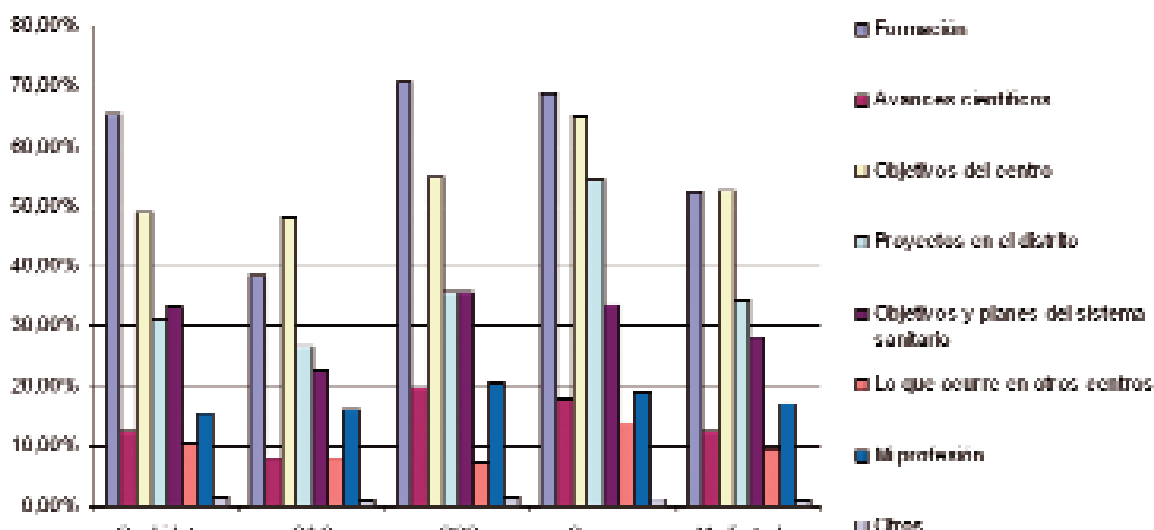


Los resultados obtenidos tanto en este apartado, referente a los canales de comunicación ascendente, como en el apartado relativo a los canales de comunicación descendente indican que los profesionales prefieren hacer uso de canales interpersonales: un 81,8% usan y prefieren la comunicación interpersonal (reuniones de equipo, entrevistas individuales, charlas informales con su responsable, reuniones en la Gerencia) frente a los canales físicos (e-mail, teléfono, cartas, buzón de sugerencias, boletines y notas internas). Además, el uso de canales interpersonales se asocia a una mejor evaluación de la información ($p < 0,05$): el 31,2% de los que usan canales interpersonales consideran la información “mala” y “muy mala”, mientras que el uso de canales físicos incrementa este porcentaje a un 41%. Así mismo, el 32,4% de los que usan los canales personales consideran la información “nada puntual” o “puntual”, mientras que estos valores alcanzan el 44,3% en el caso de los canales físicos.

3.4. Temas de información preferidos.

Son los objetivos del centro (52,6%) y la formación (52%). Es en el Sermas y en el Servicio Canario de Salud donde más apuntan estos dos temas: la formación es citada por el 70,6% en el Servicio Canario de Salud y por el 68,8% en el Sermas; los objetivos del centro preocupan al 65,0% del personal del Sermas y al 54,8% del Servicio Canario de Salud, (gráfico 5).

Gráfico 5. Temas sobre los que se recibe información



4. Discusión

Los resultados de la investigación provienen de 4 comunidades autónomas de España, lo que ofrece una visión amplia del estado de la CI en el ámbito nacional. El cuestionario utilizado recopila información acerca de los canales, fuentes y temas de información, así como sobre la calidad de la información, tanto la percibida como la esperada por los profesionales. Este doble enfoque permite una comparación entre el estado real de la CI y las expectativas del personal sanitario de AP.

Manteniendo la visión dual de la CI, estudiamos tanto las fuentes y canales a través de los cuales se reciben mensajes, como los que aseguran el envío de información. De esta manera, los resultados y conclusiones del estudio contemplan tanto los discursos de los emisores, como de los receptores de mensajes. Entre los profesionales encuestados, se han incluido no sólo personal médico y enfermero, sino también administrativos y técnicos, con el fin de conseguir una imagen compleja acerca del estado de la CI en AP. Otra ventaja del estudio es la no exclusión de la opinión de los gerentes.

En cuanto a los métodos empleados, y siguiendo las recomendaciones de Wesphalen (1993), este estudio ha optado por utilizar una metodología combinada de métodos cualitativos y cuan-

titativos, lo que ofrece una comprensión más adecuada de la experiencia de los y las profesionales con los mecanismos y procesos de comunicación interna en los centros de AP (Kart y Tovar, 1996; Pajares, March y Gómez, 1998). Para nuestro estudio, la metodología cualitativa ha demostrado ser adecuada por explorar y recoger información sobre el significado y el valor que los profesionales dan a la comunicación (Bilbao, March y Prieto, 2002). La metodología cuantitativa ha permitido extraer conclusiones que pueden ser extrapoladas al conjunto de la población.

Del análisis y la comparación de los resultados de las auditorías realizadas se puede concluir que el estado de la CI en los diferentes servicios sanitarios considerados tiene características similares. En general, se observa que la gestión de la CI en AP es media o insuficiente: los profesionales señalan la necesidad de comunicar más y con más claridad, en consonancia con sus propios intereses (Gascó y Rabassa, 1999). Entre las causas de la reducida CI en AP, la bibliografía internacional lista la incorrecta estructuración del equipo de trabajo (Molyneux, 2001), las incongruencias e incoherencias en la definición de roles (Zwarenstein et al., 2007), la insuficiente implicación de los directivos (Herman, Trauer y Warnock, 2002; Simpson, 2007), el desconocimiento de los objetivos comunes de trabajo (Herman, Trauer y Warnock, 2002) o la reducida formación de los profesionales en técnicas de comunicación e interacción grupal (Pollard et al., 2006; Heaven, Clegg y Maguire, 2006). Analizaremos estos aspectos paso a paso, haciendo referencias a los resultados de nuestro estudio.

4.1. La CI en el equipo de trabajo en AP

El equipo de trabajo es en AP la unidad básica para el desempeño, eficiencia y calidad de la asistencia, incluyendo categorías profesionales diversas, profesionales, cargos intermedios y directivos, cuya comunicación debe ser sólida y constante. El rendimiento y clima del equipo se ven afectados directamente por la CI y las relaciones interprofesionales (Robson y Kitchen, 2007). Los indicadores de un trabajo en equipo positivo son las cualidades personales y el compromiso de los profesionales, la CI y, por último, las oportunidades de crear técnicas de trabajo creativo (Molyneux, 2001). En lo que respecta esta investigación, nos ocuparemos sólo de la CI, sin minusvalorar el peso de las otras dos variables descritas. Respondiendo al objetivo del trabajo, hemos descrito la CI en AP, y a continuación contextualizaremos los resultados ya expuestos, puntualizando la informalidad y el uso de canales interpersonales.

En primer lugar, destacamos el uso de fuentes y canales informales como los más utilizados, lo que se asocia a la baja credibilidad. En respuesta a esta desventaja de la CI informal, los y las profesionales manifiestan su deseo de contar con más información de sus directivos/as y supervisores, a través de reuniones formales.

En la bibliografía internacional encontramos estudios que verifican la prevalencia de la comunicación informal (Gali, 2008), pese al hecho de que se asocian a menudo con una CI negativa, lo que puede ser un criterio indicativo válido del fracaso de la gestión de la comunicación (Werther, Davis y Woodard, 1992; Pastor, 2002). Para evitar este riesgo, el diseño estratégico de la comunicación en las organizaciones debe favorecer la transmisión de información ordenada y regular. Un estudio reciente apoya esta tesis, subrayando que la mejor comunicación se ase-

gura a través de la combinación de reuniones y canales informales (Mahmood-Yousuf, Munday, King y Dale, 2008). En nuestro caso, el fortalecimiento de la dirección de los centros de AP como la fuente principal de comunicación, no sólo supondría un avance en la adopción de criterios de buena gestión de recursos humanos, sino que respondería también a las demandas de los profesionales de AP.

Respecto a los canales utilizados, la literatura sobre CI apunta a la posibilidad de combinar diversos canales que pueden ser utilizados de manera simultánea para informar sobre las actividades del centro (Arribas, 2000). En el estudio se muestra claramente que los y las profesionales se decantan por canales interpersonales, que garantizan la calidad y puntualidad de la información, en mayor medida que los canales físicos. Además permiten la interacción directa y facilitan tanto recibir información sobre las actividades del centro y la profesión, como la posibilidad de pronunciarse sobre las actividades del centro de trabajo y ser escuchados.

Estos resultados están en consonancia con las teorías que señalan que lo realmente importante en la comunicación interna de una organización reside en el canal utilizado, por encima incluso de la información que se transmita (Andreu, 1996). La otra visión contraria indica que la clave del diálogo interno no está en los canales sino en los significados que se intercambian y lo que éstos aportan a cada una de las partes dialogantes (Gonzalo, 2004). En nuestro análisis identificamos este argumento en las entrevistas, cuando los profesionales insisten en que la información transmitida debe ser clara y de comprensión inequívoca. Según varios autores, uno de los retos que las organizaciones actuales deben superar es que la línea ejecutiva se implique en el proceso de comunicación, y que integre la comunicación directa con los empleados como una parte de sus obligaciones diarias (Cabañas, 2004).

4.2. Los roles profesionales en AP

La definición de roles en AP requiere tanto la toma de conciencia por parte de los profesionales, como la adecuación de las relaciones y tareas dentro del equipo. En los centros sanitarios estudiados percibimos confusiones en la asignación de roles, reflejados en las diferencias sensibles entre expectativas profesionales y situación real de la CI. Por una parte, se espera más implicación de los directivos y directivas y, por otro lado, destaca la poca información recibida acerca de temas clave como los objetivos del centro o la formación.

4.3. El papel de los/as directivos/as

En la descripción del proceso de CI el papel de los/as directivos/as es inferior al deseado: las expectativas de los profesionales sitúan a los gerentes como principal fuente de información. Por tanto, se deduce la insuficiente o incorrecta participación de los directivos en la interacción directa o indirecta (a través de los cargos intermedios) con los profesionales, lo que nutre la deficiencia marcada de la CI en los centros sanitarios. Algunos autores relacionan la falta de comunicación con el liderazgo negativo (Herman, Trauer y Warnock, 2002), otros con el bajo respeto interprofesional (Simpson, 2007). En nuestro caso, podría asociarse al desconocimiento de los objetivos comunes de trabajo o a la falta de formación, tanto de directivos como de profesionales.

4.4. Los objetivos comunes de trabajo

Deben ser claros y pactados, asegurando que todos los trabajadores se sienten parte del proyecto, lo que contribuye a mantener un clima emocional adecuado, con relaciones interprofesionales positivas y respeto mutuo (March et al., 2009). En nuestro estudio, la falta de definición de objetivos lleva a que los profesionales no se sientan inmersos en el sistema y a roles profesionales ambiguos. Los resultados del cuestionario reflejan la necesidad de información sobre objetivos como principal tema de comunicación.

4.5. La formación

La formación de los profesionales en técnicas de comunicación e interacción grupal es el segundo tema sobre el que los encuestados necesitan información, lo que demuestra la carencia formativa y la conciencia de su necesidad. Estudios recientes subrayan la importancia de manejar técnicas de colaboración y comunicación (Pollard et al., 2006), matizando la dificultad de llevar a la práctica estas técnicas en el equipo y la importancia de la supervisión en el desempeño de esta capacidad (Heaven, Clegg y Maguire, 2006).

Resumiendo, los resultados del estudio reflejan que una buena CI requiere la confluencia de elementos tecnológicos y estrategias de contacto humano, implicando a la alta dirección y contando con el apoyo de una unidad de CI y de la línea ejecutiva (Andreu, 1998).

Referencias

- Andreu, A. (1996). Comunicación interna, un paseo por el tiempo. *Harvard Deusto Business Review*. Vol. 70, pp. 48-63.
- Andreu, A. (1998). La batalla de la comunicación interna. *Harvard-Deusto Business Review*. Vol. 82, pp. 48-60.
- Apker, J.; Propp, K.M.; Zabava Ford, W.S. y Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 22, nº 3, pp. 180-189.
- Arribas, A. (2000). Comunicación en la empresa: la importancia de la información interna en la empresa. *Revista Latina de Comunicación Social*. Vol. 27.
- Barranco, F.J. y Fernández, P.I. (1992). La comunicación interna en la empresa. *Capital Humano*. Vol. 41, pp. 56.
- Barranco, F.J. (1993). La comunicación interna en la empresa. En Barranco F.J. *Planificación estratégica de recursos humanos: del marketing interno a la planificación*. Madrid: Pirámide.
- Bilbao, I.; March, J.C. y Prieto, M.A. (2002). Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 76, pp. 483-492.

- Cabañas, C. (2004). Los mandos intermedios son una pieza clave en el proceso de comunicación. *Capital Humano*. Vol. 17, nº 174, pp. 36-42.
- Fitzsimmons, P. y White, T. (1997). Crossing boundaries: communication between professional groups. *Source Journal of Management in Medicine*. Vol. 11, nº 2, pp. 96-101.
- Gali, J.M. (2008). Comunicación interna. *Farmacia Profesional*. Vol 22, pp. 26-27.
- García, J.; Ruiz, A. y Ventura, R. (1998). La auditoría de comunicación interna: una aproximación conceptual y metodológica. *Revista Latina de Comunicación Social*. Vol. 18.
- Gascó, M. y Rabassa, N. (1999). Marketing interno mix: análisis de la variable de comunicación interna I. *Capital Humano*. Vol 12, nº 122, pp. 38-48.
- Gonzalo, P. (2004). Comunicación interna: hacia un nuevo diálogo con los profesionales. *Harvard-Deusto Business Review*. Vol. 128, pp. 54-59.
- Hargie, O. y Tourish, D. (1993). Assessing the effectiveness of communication in organisations: the communication audit approach. *Health Services Management Research*. Vol. 6, nº 4, pp.276-325.
- Heaven, C.; Clegg, J. y Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*. Vol. 60, nº 3, pp. 313-325.
- Herman, H.; Trauer, T. y Warnock, J. (2002). The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 36, nº 1, pp. 75-80.
- Kart, J.C. y Tovar, P. (1996). Gestión de la comunicación interna: una experiencia hospitalaria. *Capital Humano*. Vol. 95, pp. 42-49.
- Mahmood-Yousuf, K.; Munday, D.; King, N. y Dale, J. (2008). Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *British Journal of General Practice*. Vol. 58, nº 549, pp. 256-263.
- March, J.C. et al. (2009). Mapa emocional de equipos de Atención Primaria en Andalucía. *Atención Primaria*. Vol. 41, nº 2, pp. 69-75.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*. Vol 15, nº 1, pp. 29-35.
- Pajares, D.; March, J.C. y Gómez, M.E. (1998). Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 12, nº 5, pp. 231-238.
- Pastor, G. (2002). La comunicación interna: ¿una asignatura pendiente en nuestras administraciones públicas? *Capital Humano*. Vol. 15, nº 153, pp. 74-78.
- Philipp, R. y Dodwell, P. (2005). Improved communication between doctors and with managers would benefit professional integrity and reduce the occupational medicine workload. *Occupational Medicine*. Vol. 55, nº 1, pp. 40-47.
- Pollard, K.C.; Miers, M.E.; Gilchrist, M. et al. (2006). A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-year intervention. *Health and Social Care in the Community*. Vol. 14, nº 6, pp. 541-542.

Prieto, M.A.; March, J.C.; Oleaga, J.I.; Siló, F.; Pérez, G. y Cervera, A. (1993). Plan de comunicación interna del plan estratégico de un hospital. *Administración Sanitaria*. Vol. 3, nº 3, pp. 99-109.

Robson, M. y Kitchen, S.S. (2007). Exploring physiotherapy students' experiences of interprofessional collaboration in the clinical setting: a critical incident study. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 21, nº 14, pp. 95-109.

Simpson, A. (2007). The impact of team processes on psychiatric case management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 60, nº 4, pp. 409-418.

Somoza, F. (1995). La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa. *Alta Dirección*. Vol. 179, pp. 37-43.

Villares, J.E.; Ruiz, A.; López, M.P. y Sáinz, R. (2000). La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión*. Vol. 6, pp. 60-67.

Werther, W.B.; Davis, K. Jr. y Woodard, D. (1992). Transformational leaders. *Health Progress*. Vol. 44.

Wesphalen, M.H. (1993). *La dirección de comunicación*. Madrid: El Prado.

Zwarenstein, M.; Reeves, S.; Russell, A. et al. (2007). Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*. Vol. 8, pp. 23-37.