

## 2.3. Comunicación del farmacéutico de hospital con los equipos de salud

L. TUNEU

J. L. POVEDA

### 1 LA COMUNICACIÓN COMO BASE IMPRESCINDIBLE EN LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES

Una de las bases en que se sustenta nuestra sociedad es la capacidad de relación y de comunicación. El ejercicio profesional, como eje de contribución social, comprende la aplicación técnica de nuestros conocimientos para los cuales estamos más o menos preparados y la comunicación como base de intercambio de ideas y opiniones. Pasamos la mitad de nuestro tiempo profesional relacionándonos con los demás, y es por ello que percibimos la comunicación como una base fundamental en la aplicación del ejercicio profesional. Considerando la importancia que tiene cómo sepamos comunicar nuestras aportaciones de la manera más efectiva y directa, es deducible que éstas no pueden depender de nuestras habilidades personales y por tanto es necesario conocer estrategias de comunicación.

Existen unas técnicas de comunicación<sup>(1)</sup>, que una vez aprendidas, se pueden aplicar de forma efectiva en la práctica clínica diaria y que obviamente mejoran las relaciones interpersonales en todos los ámbitos. De hecho las habilidades de co-

municación en la práctica clínica pueden y deben ser enseñadas. Los programas de pregrado de las profesiones sanitarias deberían recoger esta área de conocimiento y práctica de manera relevante. La programación docente en dichas habilidades también debería trascender el pregrado, para incorporarse como un elemento más de formación continuada, y entenderse como una oportunidad para el crecimiento personal y profesional. Además estas habilidades en comunicación deberían ser evaluadas de manera directa, no teórica, como también los programas docentes y su idoneidad académica y social. Sin embargo, la realidad es que la comunicación sigue siendo la asignatura pendiente.

La falta de comunicación se perfila como causa de la mayoría de conflictos personales y profesionales. En un estudio publicado por Pajares Conde en 1998<sup>(2)</sup>, en el que se realizó una auditoría de comunicación interna en un hospital, se observó que la falta de un plan de comunicación interno que involucrara a todo el personal del hospital, fuera cual fuera su categoría, es la que ocasionaba muchos de los problemas. Existen varios artículos<sup>(3-8)</sup> que describen la falta de comunicación e interrelación entre profesionales como la principal causa de des-

coordinación entre ellos y los niveles asistenciales con consecuencias muy importantes para los pacientes. De modo que establecen como prioritario la necesidad de implantar vías internas de comunicación fáciles y accesibles.

A pesar que conocemos la importancia de la comunicación en el desarrollo de nuestra vida profesional, lo cierto es que existen relativamente pocas publicaciones que estudien y analicen este aspecto. La mayoría de las publicaciones sobre "comunicación" y "profesionales de la salud"<sup>(9)</sup> estudian: la comunicación entre profesionales y pacientes, el estrés profesional y la entrevista psicológica. Una posible explicación es porque, a pesar de que en los últimos años ha ido creciendo la producción científica sobre este tema tanto nacional como internacionalmente, lo cierto es que la investigación en "comunicación y salud" es una investigación joven con una existencia de más o menos dos décadas. Este hecho también explica la escasa proporción de ensayos clínicos aleatorios y metaanálisis citados en el MEDLINE. Según Bellón<sup>(9)</sup>, en la base de datos MEDLINE en los años comprendidos entre 1995-2000, con el descriptor *physician-patient relations* y el descriptor *relation, interprofessional* aparecen 4.887 artículos citados, lo que representa sólo un 7,8% de todos los artículos que se citan con el descriptor *physician-patient relations* ( $n = 62.268$ ). Del mismo modo, sólo aparece un artículo sobre comunicación interprofesional en los congresos de la SEMFyC (1995-2000). En España, además, se producen muchos más artículos de revisión que originales. Así, la comunicación entre profesionales sanitarios tan importante para una medicina basada en la eficiencia no tiene el mismo auge que la comunicación profesional-paciente.

Otro aspecto, es que la mayoría de artículos que analizan las relaciones entre profesionales sanitarios, se basan en la comunicación entre médicos de diferentes especialidades, o áreas y en algún caso entre médicos y enfermeras. De modo, que artículos que evalúen la comunicación entre otros profesionales de la salud como farmacéuticos, entre sí y con otros profesionales, son aún más escasos.

El farmacéutico, es quizás uno de los profesionales que sino se interrelaciona con otros profesionales sanitarios más aislado queda. Existe un efecto cultural que puede dificultar inicialmente la interrelación que es el cambio de papel del farma-

céutico. En épocas anteriores la misión del farmacéutico consistía en la elaboración de fórmulas magistrales y pócimas, por lo que el hábitat del mismo era el laboratorio y las relaciones con otros profesionales eran esporádicas y las intervenciones puntuales. Actualmente, el papel del farmacéutico dentro del sistema sanitario, es el de promover la utilización racional del medicamento, en todos los ámbitos para conseguir que la utilización de los medicamentos sea más efectiva, más segura y económica. Este nuevo papel requiere que el farmacéutico, para ejercer su profesión, intercambie y transmita toda aquella información imprescindible, lo que supone un gran esfuerzo de comunicación. Muchos profesionales podrían pensar que lo mismo sucede con las enfermeras o con los auxiliares, sin embargo, esto no es del todo cierto. Porque culturalmente y por tradición, las enfermeras mantienen y conservan su papel en el cuidado del paciente y por tanto el médico para ejercer necesita comunicarse con ellas. Además en el caso del farmacéutico, el esfuerzo debe ser aún mayor por una simple razón: la necesidad. En primer lugar para evaluar la farmacoterapia de un determinado paciente es necesario conocer muchos aspectos clínicos y patológicos del mismo y en segundo lugar el farmacéutico no tiene capacidad de prescripción por lo que debe comunicar al médico qué aspecto puede mejorar la farmacoterapia del paciente en cuestión.

Aunque es cierto, que actualmente muchos médicos se relacionan cada vez más con farmacéuticos, la verdad es que la mayoría de veces el emisor del mensaje es el farmacéutico. Un ejemplo, lo constituye los datos que se obtienen de la Memoria de Hospital de Sant Pau de Barcelona del año 1999, donde 634 médicos llamaron al Centro de Información de Medicamentos, simultáneamente ese mismo año, las intervenciones del farmacéutico en forma de comunicaciones internas por problemas relacionados con la medicación de los pacientes ingresados fueron 7.288

El farmacéutico de hospital, aunque tampoco tuvo un inicio fácil, actualmente le es más fácil comunicarse comparado con los farmacéuticos comunitarios y los de atención primaria puesto que el mismo hospital, es un enorme y complejo sistema de comunicación que exige la coordinación y cooperación de diferentes servicios y profesionales.

**2 CONCEPTO DE COMUNICACIÓN.  
CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES  
DE COMUNICACIÓN**

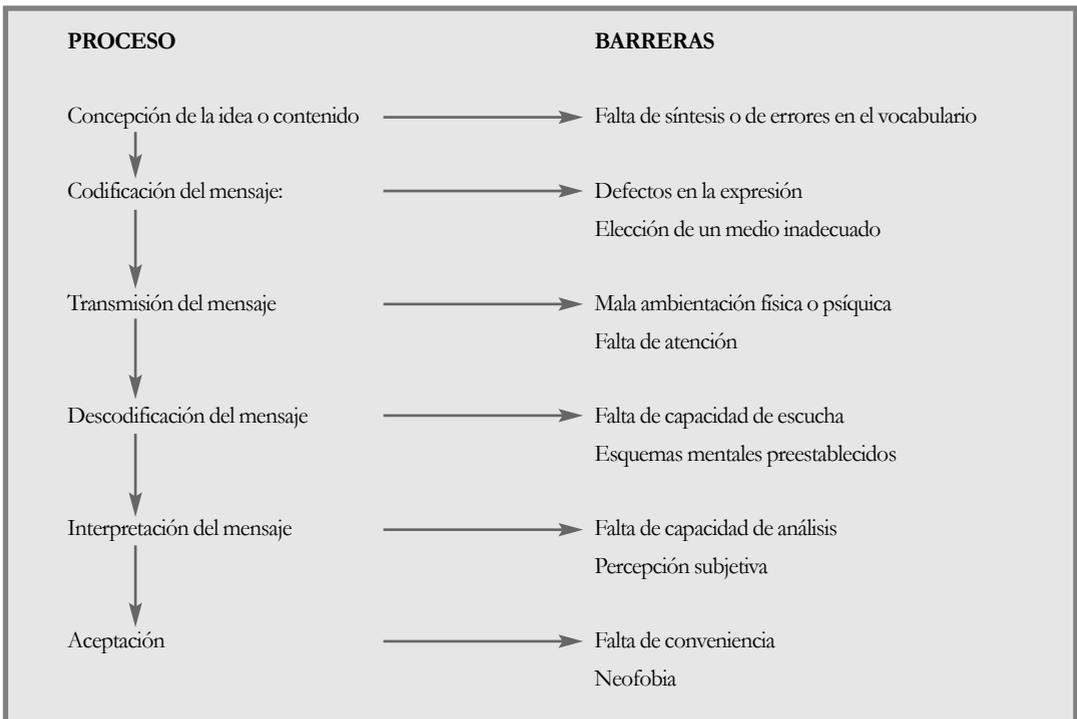
La comunicación es el proceso de desarrollar mensajes y enviarlos a un receptor, a través de un canal. El emisor es quien deberá decidir qué, cómo y cuándo hace llegar una información al receptor. Por ello, es básico no sólo determinar qué información es la que se quiere transmitir, sino qué canal auditivo, visual, mixto o incluso sensorial se quiere utilizar. El aspecto que es más difícil de preveer es la respuesta del receptor en cuanto a la decodificación del mensaje, por lo que debemos comprobar mediante mecanismos de retroinformación si el receptor ha interpretado correctamente, el contenido de lo que hemos transmitido.

El proceso de comunicación es un proceso mucho más complejo de lo que parece a priori porque comprende una interacción entre emisor y receptor, que muchas veces queda obstaculizado por una gran cantidad de barreras más o menos visibles. Según Sanz<sup>(10)</sup> las barreras más significativas que interfieren en una comunicación y les restan importancia son las siguientes:

Según una publicación de Ordovas<sup>(11)</sup>, las tres principales circunstancias modificadoras del poder comunicativo son:

- a) El ruido como elemento perturbador del sistema comunicativo.
- b) La ambigüedad del mensaje.
- c) La sobrecarga de información que consiste en exceder la capacidad espacial y temporal de transmitir y procesar información de un canal. Se ha descrito que la sobrecarga de información puede dar lugar a siete tipos diferenciados de reacciones:
  - c.1) Dejar de advertir la información.
  - c.2) Incurrir en errores.
  - c.3) Demorar las actuaciones.
  - c.4) Omitir , intensificar, o ignorar parte de la información.
  - c.5.) Generalizar las categorías de información.
  - c.6) Transferir la responsabilidad de la recepción de la información.
  - c.7) Evitar deliberadamente la información.

El proceso de comunicación, en sí mismo está sometido a una degradación que en algunos casos produce que entre lo que realmente se quiere decir y



lo que se acepta a se retiene exista un abismo. Un ejemplo muy gráfico de degradación de la comunicación es el se refleja a continuación<sup>(10)</sup>:



Para contrarrestar estos obstáculos se han propuesto una serie de técnicas:

- Redundancia: repetir el mensaje de forma distinta, a través de varios canales y en situaciones diferentes.
- La simplificación: direccionar el mensaje a una sola idea.
- La verificación: comprobar la información recibida.
- La sintonía: que se perfila por la suma de la empatía, el interés para crear un clima de comunicación idóneo. Es el elemento más importante y a la vez más difícil. Depende en gran manera de las habilidades personales.

### 2.1. Técnicas de comunicación

En cualquier comunicación, uno de los aspectos fundamentales para conseguir una correcta transmisión y codificación del mensaje es escoger el canal adecuado. Según una publicación de Ordovás<sup>(11)</sup>, las personas retenemos en la memoria:

- El 10% de los que leemos.
- El 20% de lo que nos dicen.
- El 30% de lo que nos muestran.
- El 50% de lo que nos dicen y muestran.
- El 70% de lo que nos dicen, muestran y ante lo cual respondemos.

– El 90% de lo que nos dicen, muestran, ante lo cual respondemos y además lo ponemos en práctica o nos implica personalmente.

Este esquema refleja la importancia de utilizar simultáneamente, varios canales de comunicación a la hora de reforzar un mensaje y de establecer una comunicación. Otro aspecto, también obvio, y fácilmente comprobable en la práctica, es tal como hemos apuntado anteriormente la necesidad de retroinformación y de implicación mutua en el proceso comunicativo.

De hecho, la mayoría de farmacéuticos, establecen contacto con otros profesionales sanitarios mediante canales de comunicación que difícilmente pueden garantizar una adecuada retroinformación e implicación como es la comunicación escrita. La comunicación escrita, es una parte fundamental de los sistemas básicos de comunicación entre el servicio de farmacia y los otros servicios. Un ejemplo pueden ser los sistemas básicos de comunicación que tanto tiempo empleamos en su elaboración o edición. La comunicación escrita presenta la ventaja que permite llegar a un gran número de receptores, y no exige la disponibilidad inmediata de ellos, sino que cada uno elige la situación en que desea leer el comunicado. Sin embargo, es frecuente que el mensaje no sea asimilado. La mayoría de nosotros hacemos una selección de toda la información que recibimos y es por ello que para capturar el interés del receptor debemos considerar una serie de normas que pueden mejorar la supervivencia del mensaje emitido.

Obviamente, el lenguaje ha de ser formal, comprensible, perfectamente redactado y sin errores gramaticales u ortográficos. Es mejor utilizar párrafos con un tamaño que comprendan entre 60 y 120 palabras y frases cortas que contengan entre 15 y 25 palabras. Otro aspecto es el tamaño de letra y el diseño o presentación, que en caso de boletines debería contener figuras, gráficos, fotos, si es posible en color.

Para conseguir, la atención del receptor, puede emplearse alguno de los trucos que utilizan los escritores en sus libros, o los periodistas como es la utilización de frases y palabras en las primeras líneas o en el título que despierten el interés por el resto del contenido. También es importante resaltar en negrita o encuadrar la información prioritaria o más relevante. Debe evitarse la repetición y la redundancia. En los boletines, otro punto de interés es la presentación de un breve resumen de los contenidos en la parte anterior al texto.

En los comunicados internos, la brevedad es un aspecto fundamental, en el que debe resaltar la información primordial. Por ejemplo en caso de la suspensión temporal de un medicamento, el comunicado interno debe indicar de manera rápida, casi visual que se trata de la suspensión de un medicamento, indicando las causas (si se conocen) y por supuesto debe ofrecerse una alternativa perfectamente estudiada y contrastada.

En las intervenciones farmacéuticas, el comunicado que emitimos suele ser personal, y por tanto emitimos nuestro mensaje a una sola persona, donde también tratamos un aspecto muy concreto. Debemos proporcionar toda la información de una manera muy visual. De modo que, el receptor sitúe el problema al que nos hemos referenciado, rápidamente. Existen algunos autores que opinan que escribir a mano, resulta algo mucho más cercano al lector y por tanto aumenta su interés y fortalece la comunicación. Sin embargo, leer según que letras puede ser el método más disuasorio de todos. La mayoría de los hospitales, poseen hojas de comunicación estandarizadas que facilitan la concreción del mensaje. En estas hojas de comunicación, solemos utilizar el verbo “recomendar” como forma de solicitar un cambio de medicamento, de dosis o aclaración.

Además de la comunicación escrita, muy instaurada en todos los servicios de farmacia, es fundamental establecer vínculos y fuentes de comunicación verbal. La comunicación verbal, se acompaña de lenguaje no verbal, como la expresión, miradas, posturas, gestos y olores que pueden afectar muy positivamente o muy negativamente. Este tipo de comunicación requiere concentración y si es posible meditación de cómo, cuándo y dónde comunicaremos nuestro mensaje, ya que el mensaje se emite en directo. Sin embargo, la comunicación verbal tiene la ventaja de variar la forma y el contenido del mensaje según la situación que se presente. Este canal, fomenta las relaciones personales y facilita a través de la retroinformación, la aceptación del mensaje. Para ello, es importante cultivar unas habilidades personales como la empatía, la elocuencia, el interés, y la capacidad de negociación. Es indispensable no mostrar aburrimiento, ni nerviosismo, ni oposición radical. Debemos ser pacientes y evitar entrar en conflictos. La comunicación verbal debe comprender fases de escucha, que además de servir como períodos de reflexión sobre nuestro mensaje, permiten conocer los intereses y preocupaciones de nuestro

interlocutor. Una característica común dentro del estamento farmacéutico es, la inseguridad que a veces mostramos, especialmente ante el médico o los gestores. Para ello, es imprescindible ir bien preparado y documentado, presentar nuestras ideas de manera sencilla y contundente, y estar dispuesto a negociar. Existe una regla de oro de la negociación y es que no se negocian las ideas, las creencias o los valores. Sólo los intereses.

### 3 LA COMUNICACIÓN INTERNA COMO ESTRATEGIA DE GESTIÓN

Desde el punto de vista de los procesos de comunicación que se establecen entre farmacéuticos y otros receptores del mensaje, hablamos de comunicación externa, cuando el proceso se establece entre los farmacéuticos y otros interlocutores que no se integran en la estructura organizativa de los servicios de farmacia, como son pacientes, médicos, enfermeras de Unidad de Hospitalización, gerentes, directores, proveedores, etc.

Pero, en los sótanos, allí donde se ubican la mayor parte de los Servicios de Farmacia, también existe vida inteligente y por tanto necesidad de comunicación. Específicamente, se denomina comunicación interna al proceso comunicativo que se establece entre los miembros que integran el equipo asistencial del Servicio de Farmacia.

Esta comunicación interna forma parte de muchos de los procesos organizativos que hoy integran la gestión de un Servicio de Farmacia. Ya tratemos el reconocimiento del esfuerzo y motivación, la negociación, el liderazgo, la toma de decisiones y la solución de problemas, las actitudes o la constitución de equipos de trabajo, la comunicación está subyacente en cada uno de estos aspectos que constituyen la vida organizativa de un Servicio de Farmacia<sup>(12-14)</sup>.

Ahora bien, la complejidad asociada al proceso comunicativo en los Servicios de Farmacia y la importancia en el marco del proceso organizativo, no puede estar sujeta a impulsos puntuales determinados por el devenir de los acontecimientos, sino que debe configurarse en el entorno de un plan ambicioso de comunicación interna. Esta opción estratégica es la que han optado las empresas con un umbral de eficiencia más elevado y es la elección más idónea por cuanto otorga al plan de comunicación un papel proactivo para alcanzar la excelencia en la organización.

Con esta orientación de filosofía de trabajo, las preguntas que debería responder el plan de comunicación en el Servicio de Farmacia, se corresponden básicamente con las definidas en los términos descritos a continuación, esto es:

- ¿Para qué puede servir en nuestro Servicio?
- ¿Cuándo sería más útil o necesario iniciar el mismo?
- ¿Qué elementos son imprescindibles para su desarrollo?

### 3.1. Utilidades del plan de comunicación interna

En un entorno delimitado por la mejora continua en la eficiencia de la organización, conocer la utilidad real de un plan de comunicación interna es una premisa importante para no crear falsas expectativas. En este marco, es importante descubrir que gran parte de los problemas o situaciones conflictivas de la organización, tienen su origen en otros puntos de la gestión del Servicio y difícilmente un plan de comunicación puede contribuir a subsanar muchos de los déficit presentes de la organización, como pueden ser<sup>(15-18)</sup>:

- Sustituir la participación interna del Servicio de Farmacia. De hecho, la participación interna de un servicio es el resultado de los múltiples acontecimientos que han ocurrido desde que se produjo la apertura del Servicio. Así, la forma de realizarse y la cantidad que se genera, forma parte del acervo cultural del propio Servicio. La idea no puede ser sustituir la riqueza que la variabilidad histórica proporciona, sino integrar cada una de las aportaciones en un vector único que mejore el proceso comunicativo en su conjunto.
- Crear liderazgos. En efecto, la comunicación es una condición necesaria pero no suficiente. El proceso por el cual una organización otorga la condición de líder, exige de múltiples valores humanos y habilidades para su creación y consolidación definitiva. No olvidemos que la asignación de responsabilidad personal de un Servicio de Farmacia puede ser concedida por la dirección del centro, pero el liderazgo es una potestad que te otorga la propia organización a la que el líder pertenece.
- Provocar sectarismos. El proceso de comunicación interna no puede tener como enfoque “lavados de cerebro” dentro de la organización del Servicio. En

este marco, conviene recordar que nadie vende una idea si no existe deseo de comprarla. No olvidemos pues, que lo importante es la bondad de la idea o la naturaleza de la misión y no su envoltorio.

- Consolidar personalismos. Lógicamente el plan de comunicación es incompatible con el desarrollo y creación de barreras dentro de la organización.

Ahora bien, aun cuando las expectativas del plan de comunicación pueden parecer escasas, existe suficiente cuerpo doctrinal como para afirmar que un proyecto de comunicación interna, va a ser determinante en la consecución de algunos de los siguientes objetivos:

- a) Aumentar el conocimiento del grupo. Este proceso es básico si optamos por una organización basada en un estilo de dirección participativa frente a otros estilos como pueden ser el estilo “autoritario”, o el estilo “dejar hacer”.
- b) Reforzar y reconocer los resultados del servicio. El proceso comunicativo es siempre bidireccional y exige que la información sea devuelta a aquellos que contribuyen a su creación, esto es, al personal del Servicio. Este proceso siempre refuerza el compromiso de los componentes con el cumplimiento de objetivos. Por tanto, utilicemos la reciprocidad como uno de los factores con que contamos a la hora de crear un contexto favorable para el desarrollo de la actividad dentro del Servicio. En general, todos nos sentimos obligados a dar algo como retribución a quien nos haya dado primero. Y sobre todo, desterremos esta dicotomía que muchas veces otorga y centraliza en el jefe del Servicio los éxitos de la organización, mientras democratiza los problemas y fracasos y los asigna al conjunto de toda la organización.
- c) Potenciar a los responsables de cada área de actividad dentro del Servicio como agentes de la comunicación. En este sentido, el plan de comunicación no es sólo un objetivo del responsable del Servicio o de un área, sino de todos y cada uno de los trabajadores que integran el Servicio de Farmacia. De hecho, en la medida que se globaliza su aplicación, el resultado también es sinérgico y más positivo para el conjunto de la organización.
- d) Facilitar la adaptación a los cambios y procurarles una orientación clara y fiable. Es un hecho contrastado que, sólo el personal que conoce y comprende las decisiones de la organización, es capaz de inte-

grarse en las mismas y aportar lo mejor de sí mismo. Nadie está agusto en un entorno donde se desconoce el objetivo de la mayor parte de sus tareas y actividades. Esta situación es perfectamente aplicable a todos los miembros del Servicio y a todas las actividades, pero resulta de especial relevancia conforme se incrementa la complejidad de la actuación profesional.

e) Reforzar la identidad de los trabajadores como factores de motivación intrínseca o como líderes de opinión positivos. Así, el desarrollo de un plan de comunicación se convierte en una herramienta imprescindible en el Servicio cuando existen agentes desmotivadores que interrumpen los cambios en la organización. En general, el personal desmotivador puede ser reconocido dentro del equipo por algunas de las siguientes características, a saber:

- Nunca felicita a los demás por la realización de la actividad.
- Da órdenes contradictorias sin que nadie comprenda el objetivo del trabajo.
- Crea y propaga la cultura del rumor.
- No habla bien de nadie, incluso calumnia, es decir, expresa maldades inexistentes.
- Da ordenes gritando, no es objetivo, nunca pregunta ni participa con los proyectos.

f) Mejorar la imagen externa del servicio. Se hace comunicación interna paradójicamente para mejorar nuestra imagen externa. Podríamos decir que el Servicio de Farmacia dentro de la organización hospitalaria es como un eco: si no nos gusta lo que recibimos prestemos atención a lo que emitimos.

### 3.2. Desarrollo de un plan de comunicación interna

La estimación de la necesidad de un plan de comunicación no es una cuestión baladí, por cuanto el esfuerzo asociado a su desarrollo no es independiente del modelo de mejora en la gestión del Servicio. Todos sabemos que si continuamos haciendo lo que siempre hemos hecho, continuaremos obteniendo lo que siempre hemos obtenido. De hecho, si realmente apostamos por integrar la comunicación dentro de la gestión del Servicio, seguramente en cualquier momento sería conveniente, pues nos permitiría al menos abordar las siguientes cuestiones<sup>(19)</sup>:

- Estimar los principales errores que se comenten en la transmisión interna de la información dentro del servicio.
  - Crear canales adecuados de comunicación dentro del equipo de trabajo que integra el Servicio de Farmacia.
- Pero además, el desarrollo del plan de comunicación interna debería ser obligatorio cuando se presenten los siguientes supuestos, esto es:
- Cuando los resultados observacionales realizados en el propio Servicio nos indican que no hay suficiente captación de la misión del Servicio por parte del grupo. Es decir, nos falta identificación del personal con la actividad que desarrolla el Servicio, y este hecho se traduce en una desmotivación generalizada. Es posible cuantificar la desagregación del Servicio, conociendo indicadores sencillos como: el número de personas que han pedido el traslado en los últimos cinco años, o personal que presenta bajas laborales reiteradas.
  - Cuando se están produciendo cambios constantes que requieren orientación continuada y coordinada. Se percibe falta de especificaciones en las funciones y cometidos en cada área del Servicio, y se empiezan a distorsionar las relaciones entre diferentes elementos que la integran, originándose conflictos, fomentándose la denominada patología funcional que se concreta en la frase: “esto no me toca a mí”.
  - Cuando se produce una demanda continua de información por parte del personal que trabaja en el Servicio y el personal plantea preguntas de tipo: ¿hacia dónde vamos?; ¿qué está sucediendo?; ¿cómo vamos a realizar el trabajo?; ¿qué posición ocuparé en la nueva organización?

En estas situaciones es probable que si no actuamos a través de un plan de comunicación interna, el propio Servicio cree un sistema de información paralelo, que en la mayor parte de las situaciones derivará en una distorsión de la realidad.

El desarrollo del plan de comunicación, exige establecer un cronograma que asigne cada etapa del proceso con la obtención de objetivos específicos<sup>(20-21)</sup>. Así, el plan debe comenzar con una fase de sensibilización cuyo objetivo es despertar el máximo interés entre el personal del Servicio. La siguiente etapa debe definir mediante el consenso apropiado, los medios que van a ser utilizados, tanto para transmitir la información como los medios que pueden permitir a los miembros del Servicio expresarse, en el

seno de la organización. Finalmente es preciso movilizar a los responsables de las áreas de actividad para que impliquen a su vez a todos los componentes del Servicio en el plan global de comunicación interna. Además, el plan de comunicación interno debe estar íntimamente relacionado con el plan estratégico. El concepto de comunicación interna va más allá de ser un instrumento de transmisión de información, debe ser una herramienta para facilitar los objetivos estratégicos de la organización, y por tanto, debe existir coherencia e integración entre los objetivos, las estructuras de la organización, los mensajes que se quieren transmitir, los circuitos y canales de circulación de la comunicación y en diferentes públicos, tanto internos como externos.

Por ello, es imprescindible que el plan de comunicación contemple la eficacia de los canales existentes e identifique las herramientas que utilizaremos para difundir la información, a fin de establecer un compromiso con el cliente interno, que nos obligue a<sup>(21)</sup>:

- a) Transmitir todo aquello que aumente su motivación, mejore las actitudes, fomente la participación para generar cambios en la cultura organizativa, potencie los valores de las personas y los implique en decisiones.
- b) Proporcionar suficiente información para que puedan interiorizar y comprender el mensaje que damos, y que puedan transmitirlo a las personas de su área.
- c) Facilitar herramientas para que puedan cumplir bien las responsabilidades de su puesto de trabajo.
- d) Ayudar a que la calidad sea un elemento intrínseco del Servicio que prestamos.
- e) Informar de los recursos disponibles.
- f) Lograr una coordinación de la información a nivel general.
- g) Obtener corresponsabilización del personal en la consecución de los objetivos estratégicos.

Es una premisa en el desarrollo de un plan de comunicación interna, el disponer de un sistema organizativo capaz de proporcionar canales informativos abiertos y continuos, y unas estructuras de participación dinamizadas. Por tanto, necesitamos de elementos que posibiliten la transmisión de la información, y creen oportunidades para la expresión de los miembros.

En este sentido, los medios que van a ser utilizados para transmitir la información se refieren a la red formal e informal y a los modelos de comunicación descendente, ascendente y horizontal<sup>(22-23)</sup>. La red formal, es decir, aquella que utiliza los cauces oficiales establecidos para ordenar el flujo de información, es quizás la más utilizada para la comunicación externa, pero si se utiliza para comunicar dentro del Servicio y especialmente cuando el procedimiento es mediante notas por escrito, obedece casi siempre a la transmisión de autoridad y control. Ahora bien, no siempre la comunicación es vertical y descendente, es decir, de un nivel jerárquico superior a uno inferior. Algunas veces, el proceso de transmisión formal, es ascendente sobre todo cuando la relación de dependencia jerárquica, obliga al subordinado a posicionar su actividad y la responsabilidad que de él se deriva.

Otros ejemplos menos traumáticos, aunque también unidireccionales son los manuales de procedimientos escritos para cada área funcional, el desarrollo impreso de una revista interna. En este contexto, uno de los elementos que más puede mejorar esta comunicación es la utilización de las tecnologías (intranet o internet) como herramientas capaces de democratizar la información y permitir el acceso de todo el personal.

Así mismo, entran a formar parte de la red formal el desarrollo de plataformas como son las reuniones periódicas, tanto generales del Servicio como específicas por áreas o por cualificación laboral. Estas reuniones, en el contexto de eficiencia, deben configurarse con un calendario definido y subordinadas al desarrollo de un orden del día previamente fijado.

En determinadas situaciones, los miembros del equipo consideran de gran utilidad disponer de la posibilidad de una línea directa con el jefe de Servicio. Ahora bien, si esta estrategia ha sido asumida por la organización, el personal del Servicio debe sentir que con independencia del nivel profesional, este proceso comunicativo puede realizarse realmente.

Otro elemento útil en el marco de la red formal, es el buzón de sugerencias, y también los tablones de información. Estos últimos exigen el compromiso de un responsable capaz por lo menos de actualizar el tablón y de establecer a través de normas y directrices la admisión de los documentos en el tablón y su periodo de vigencia.

Referente a la red informal, representa la corriente no estructurada de comunicación. Normalmente se superpone a la red formal y es un medio esencial para la efi-

ciencia organizativa del Servicio, al permitir establecer relaciones interpersonales directas y espontáneas. Esta red informal, surge como respuesta de la necesidad de los individuos y es básica para el apoyo socioemocional.

La red informal exige igualmente planificación. De hecho, el encuentro informal entre el jefe de Servicio y los responsables directos de cada área y con el supervisor de la Unidad, debe ser buscado diariamente y obligatoriamente. Así, en el mismo sentido, el proceso debe transferirse al resto de la organización.

La experiencia indica que, cuanto mejor es el plan de comunicación, mayor es la transferencia del flujo de comunicación hacia la red informal.

Con independencia de la red utilizada en el mensaje, los modelos de comunicación que van a utilizarse dentro del plan de comunicación, son los siguientes:

a) La comunicación descendente. Básicamente está centralizada para transmitir la información desde un nivel jerárquico superior hacia un nivel jerárquico inferior, y casi siempre con aspectos funcionales, esto es: actividades a realizar y modo de efectuarlas. Este modelo incide notablemente en la autoestima y motivación del personal, y por tanto requiere de un cuidado extremo en su utilización. Por otra parte, es un vehículo de transmisión de los objetivos del Servicio y facilita la toma de decisiones a los responsables de cada área funcional.

Las dificultades surgen muchas veces por la estructura y la organización del Servicio. De hecho, la información transmitida de forma descendente encuentra multitud de barreras y es frecuentemente deformada y mal comprendida. Cuanto mayor es el número de niveles jerárquicos por los que el mensaje debe pasar para llegar al receptor, mayor son el número de distorsiones y menor la eficacia. Se admite que si la relación entre el emisor y el receptor es directa, la efectividad es del 100%; cuando existe un intermediario, esta efectividad apenas alcanza el 30% y cuando son dos los intermediarios, tan sólo conseguimos un 3% efectividad del mensaje.

No es difícil imaginar, por tanto, los problemas de comunicación e interferencias que existen en una estructura organizativa tan complicada como son los hospitales. De hecho, los mismos jefes de Servicio se convierten en frenos de la comunicación interna. Así lo confirman los resultados publicados en una reciente encuesta, donde se ha evidenciado como mientras los jefes de Servicio perciben que la información

que se recibe desde la dirección, es formal, llega a tiempo y es abundante; los facultativos del Servicio estiman que esa misma información es tardía y escasa y además la obtienen en más del 62% de las veces no por el jefe de Servicio sino a través de compañeros, utilizando canales informales.

Otra dificultad asociada al modelo de comunicación descendente, no sólo en los Servicios de Farmacia, sino en la mayor parte de las organizaciones, es la resistencia a compartir la información, por cuanto se asocia la disponibilidad de información con la capacidad para ejercer poder. Se dice "quien tiene la información tiene el poder", frase que, además de tremendamente involucionista, es errónea. En primer lugar porque el poder no está asociado al acúmulo de información, sino a la competencia para actuar, y esto, lo define el conocimiento y no la información. Y en segundo lugar, porque si entendemos el poder definido como la capacidad de generar acción, ésta sólo es posible de ejercer en una organización moderna, cualificada y compleja como son los Servicios de Farmacia, si el flujo de información y mejor el conocimiento, constituye el común denominador para los miembros de la organización.

b) La comunicación ascendente. El modelo que implica la transmisión de información de un nivel jerárquico inferior a otro superior, es para los responsables de Servicio quizá el medio de comunicación más importante, porque permite aproximarse a la realidad funcional del Servicio (esto es, hacer feed-back de las medidas adoptadas). Además, nos permite conocer el estado de ánimo y motivación de cada colaborador y la magnitud que asocia a cada problema y esto en un servicio donde el capital humano es el principal activo, es básico para promover la participación y la aportación de ideas.

Tampoco está exenta de sufrir distorsiones. De hecho, el temor a las consecuencias y muchas veces el deseo de satisfacer, produce que los niveles jerárquicos inferiores tiendan a filtrar información y transmitir sólo buenas noticias, especialmente si el estilo de gestión del superior jerárquico es autoritario. En este sentido, resulta especialmente peligroso los colaboradores incondicionales que configuran un ambiente virtual de ausencia de problemas.

c) La comunicación horizontal. Este modelo que implica la transmisión de información entre profesionales

que ocupan el mismo grupo jerárquico, es tremendamente importante. Debe ser planificado y estructurado en el marco de un plan de comunicación, habilitando estructuras físicas donde estimular la comunicación, como por ejemplo salas de reuniones y/o sala de descanso en el Servicio. De hecho, se puede mejorar notablemente la comunicación interna del Servicio, cuando se potencia dentro de cada colectivo profesional las sesiones de grupo para solucionar problemas comunes.

Las ventajas de la comunicación horizontal son en este sentido claras, por cuanto:

- a) Favorece la cohesión del equipo al permitir la transmisión de información útil para la resolución de problemas comunes entre los miembros del servicio y fomenta las relaciones informales, fuente por otra parte de satisfacción en el trabajo.
- b) Permite la coordinación entre unidades funcionales y entre los puestos. Así un servicio difícilmente puede ser eficiente si el personal que lo compone adopta la configuración de islas, y no tiende puentes de comunicación entre las mismas. Desgraciadamente, pocas veces nos evalúan nuestra capacidad comunicativa, ni tampoco nos enseñan a mejorarla, y menos aún nos exigen la misma para desarrollar las actividades que integran nuestro puesto de trabajo.

Ahora bien, la dificultad del modelo planteado surge principalmente si la estructura organizativa no está consolidada o cuando no se asume la dirección participativa por parte de los miembros del equipo. Por cuanto a estas situaciones se generan conflictos interpersonal e intergrupales.

En nuestra experiencia en el desarrollo de un plan de comunicación interna, es útil crear un comité de comunicación específico, donde están integrados el jefe de Servicio, un facultativo de plantilla, un residente, el supervisor, un ATS y un auxiliar de clínica. Este comité donde la participación es voluntaria y con una rotación de todos sus miembros de forma semestral, debería asumir las siguientes funciones:

- Colaborar con los responsables de las áreas funcionales para mejorar la comunicación.
- Facilitar la difusión de información.
- Recoger temas de interés que generan problemas de

comunicación para su discusión.

- Elaborar el boletín interno de comunicación.
- Participar en reuniones con el personal de plantilla.

### 3.3. La mejora de las habilidades comunicativas en el entorno de la comunicación interna

La comunicación completa es mitad escuchar mitad expresarse, la claridad de uno depende de la claridad de otro. Sólo cuando establecemos una comunicación bidireccional verificando la comprensión del mensaje, cerramos el circuito de la comunicación y somos capaces de enriquecer mediante el intercambio del conocimiento nuestro mensaje. La naturaleza siempre tan sabia nos ha proporcionado dos oídos y una sola boca, porque a lo mejor es más difícil escuchar que hablar. Ahora bien, escuchar no es lo mismo que oír. En efecto, escuchar no sólo implica utilizar los oídos, sino también los ojos y los sentidos para poder determinar y comprender la intención, la emoción y los sentimientos de nuestro interlocutor<sup>(22)</sup>. Y esto, nos exige mucha práctica en nuestra habilidad comunicativa.

Creo que si entendemos que resulta difícil avanzar en nuestra profesión sin mejorar nuestras habilidades comunicativas con el personal sanitario externo al servicio, igual debemos también comprender y admitir que es difícil realizar una gestión eficiente del Servicio si el personal que lo integra no potencia estas habilidades en el marco de un programa de comunicación abierta dentro del Servicio.

En este sentido, y siendo corresponsable con esta filosofía, debería el plan de comunicación contemplar un plan formativo continuo que mejore nuestras habilidades comunicativas. Todo esto, requiere analizar nuestros puntos fuertes y débiles, tomar conciencia de la importancia de esta habilidad, aprender de herramientas y técnicas que existen en el mercado y practicar, practicar y finalmente volver a practicar.

En general, podemos mejorar nuestras habilidades comunicativas cuando abandonamos el estilo pasivo o el agresivo y potenciamos un estilo de escucha asertivo basado en el concepto ético de que no es justo violar el derecho a la expresión de la propia personalidad, o el derecho a ser tratado con dignidad y respeto. La asertividad pues, es la capacidad de expresar las ideas y emociones, pero haciéndolo de manera que se facilite a los demás que hagan lo mismo.

Como siempre no hay recetas mágicas, pero sí claves de conductas, algunas recomendaciones serían<sup>(23-24)</sup>:

- a) Expresar nuestros sentimientos con frases que empiecen en primera persona. Por ejemplo un colaborador del Servicio está realizando una actividad diferente a la encargada. El comentario asertivo sería: “estoy molesto por lo que has hecho”.
- b) No minusvalorar las capacidades de los demás ni minusvalorarse uno mismo. Por ejemplo si nos solicitan una opinión. La respuesta asertiva podría ser empezar formulando con seguridad: “yo pienso...”.
- c) No ser ambiguo y no difundir mensajes muletilla. Evitar ir de extremo a extremo con frases como: “por una parte sí, pero por otra parte no”.
- d) Ser específicos y no generalizar las críticas y dar la máxima información a todo el personal. Enunciamos concretamente donde estuvo el error y ofrecemos concretamente donde estuvo el error y ofrecemos la posibilidad de mejorar el circuito de trabajo con ideas surgidas desde su actividad, los errores son humanos pero la mayor parte de las veces ocurren por problemas de estructura o proceso.
- e) Utilizar un lenguaje neutro, no explosivo, evitar el sarcasmo.
- f) Afrontar las situaciones conflictivas inmediatamente, “el mejor momento para fregar una olla es cuando esta caliente”.
- g) Asegurar que la comunicación no verbal es consecuente con las propias palabras. La comunicación no sólo se establece con palabras. En realidad, la palabra representa apenas un 7% de la capacidad de influir con los demás, el tono de voz y el lenguaje corporal representan un 38 y un 55% del poder de comunicación. Por tanto, mantener el contacto visual, asentir ocasionalmente con la cabeza en señal de conformidad, hablar pausado, en un tono tranquilo, que induzca seguridad y sobre todo sonreír son aspectos que van a mejorar nuestra comunicación. Recordemos que para fruncir la frente utilizamos 32 músculos, para sonreír sólo 28. Sonríamos aunque sólo sea por economía.

Estas sencillas pautas nos ayudan a mejorar nuestra capacidad de comunicarnos con los demás, pero un plan de comunicación interna precisa además que se fomente la comunicación interna en el Servicio, esto es favorecer la expresión de los miembros del equipo. De las diferentes

estrategias, un buen método para fomentar una comunicación abierta entre todos los que componemos el Servicio de Farmacia es el feed-back 360.

Para su correcta implantación es imprescindible el compromiso de todo el equipo que respete una serie de normas de obligado cumplimiento y que podíamos resumir en las siguientes<sup>(25-26)</sup>:

- a) Preguntar. Pidamos opiniones a los compañeros de trabajo. El simple hecho de pedir información, envía un mensaje que implica nuestra valoración hacia la opinión de los demás y nuestra voluntad a seguir sugerencias y hacerlas posible.
- b) Escuchar. Prestemos atención a lo que digan los demás. No evaluemos si tiene razón o no. Aceptemos las opiniones como percepciones diferentes de la realidad.
- c) Pensar. Meditemos la idea antes de reaccionar y no aceptemos compromisos que no se van a realizar.
- d) Agradecer. La práctica del agradecimiento no está incluida en general en nuestros comportamientos. No podemos olvidar que procedemos de una cultura judeo-cristina basada en el temor al castigo y no en la satisfacción que produce el reconocimiento al trabajo bien hecho. En este sentido, dediquemos tiempo para agradecer las valoraciones aportadas de forma personal y con sinceridad.
- e) Involucrar. Hagamos partícipe a todo el personal, pidamos apoyo constante y solicitemos nuevas sugerencias y opiniones. Realicemos un seguimiento junto con la plantilla de las acciones desarrolladas.
- f) Cambiar. Movilicémonos con la información obtenida y hagámoslo con rapidez.
- g) Seguimiento. Realicemos junto a toda la plantilla un seguimiento exhaustivo de las acciones desarrolladas.

En definitiva, la comunicación interna no es la panacea universal para obtener la excelencia en el Servicio de Farmacia, esto es hacer correctamente las cosas que son correctas, pero bien planteada y mejor ejecutada ayuda a orientar la organización hacia sus objetivos de actividad, calidad y costes. Su ejecución debería ser un compromiso del responsable del servicio con la organización y debe basarse en la empatía, el trabajo conjunto y la transmisión principalmente de hechos, no de palabras. Y en lo fundamental, debe aportar a la organización los elementos de confianza, credibilidad y coherencia.

#### 4 EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL Y LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL. EJEMPLOS

En general, el farmacéutico de hospital establece contactos y se comunica con médicos, con el equipo de enfermería, con los técnicos de farmacia, con los colegios profesionales, con la industria farmacéutica, con la universidad y, obviamente, con otros profesionales farmacéuticos como los farmacéuticos comunitarios y los de asistencia primaria. Tal y como se muestra en la siguiente organigrama (Figura 1).

##### 4.1. Relación con el equipo médico

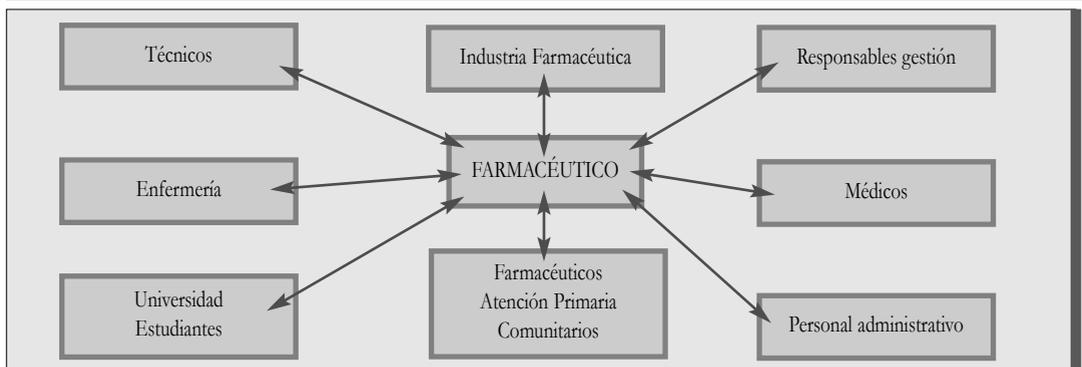
Cuando uno entra en un hospital, presiente que la comunicación con el equipo médico es de gran importancia y que requiere grandes esfuerzos, tiempo y una constancia excepcional. La actitud ha de ser dialogante y abierta, y el mensaje debe expresarse con la firmeza que nos proporciona el conocimiento. Uno es lo que hace y lo que transmite.

De las múltiples funciones que tiene el farmacéutico dentro del hospital, la más controvertida y polémica es la que se refiere a la selección de medicamentos y las intervenciones sobre prescripción. Nadie discute la importancia del sistema de dispensación en dosis unitarias para conseguir una utilización de medicamentos eficiente, y muy pocas veces se instauran conflictos en el Centro de Información de Medicamentos, o en el área de farmacotécnica puesto que el médico es quien recurre. Ahora bien existen determinadas funciones del farmacéutico que exigen un mayor esfuerzo en comunicación como son: la intervención en una

prescripción y la selección de medicamentos. Algunos médicos interpretan estas intervenciones como inoportunas, improcedentes, innecesarias y en el peor de los casos intolerables. El médico se siente espiado, cree limitado su poder de prescripción y en algunos casos cuestionado. Existen varios motivos de recelo ante esta actitud, una causa es el hecho histórico-cultural, que podríamos denominar “hecho diferencial” del médico, ya que él se ha sentido durante muchos años como el único responsable del paciente. Actualmente, la medicina y su ejercicio van rompiendo con la visión individualista, las nuevas generaciones de médicos salen de la facultad, teniendo en cuenta, que el suyo, es un trabajo de equipo, en que intervienen muchas disciplinas y por tanto no son reacios a la incorporación de nuevos profesionales en su práctica diaria. Un aspecto muy curioso relacionado con el grado de aceptación y es que la confianza y aceptación de los farmacéuticos se trasmite por osmosis dentro de un mismo servicio clínico, de modo que el médico residente acepta y mantiene una relación con el farmacéutico casi en el mismo grado que sus compañeros, eso sí, salvando las sintonías personales.

Otra causa, es que la mayoría de intervenciones sobre farmacoterapia que realizamos las hacemos a posteriori y mediante canales de comunicación indirectos, como es el uso del teléfono o mediante comunicaciones por escrito. Estos dos canales de comunicación, pueden hacer perder efectividad en el mensaje, porque impiden la retroinformación y/o dificultan la negociación, y por consiguiente el grado de aceptación. Sería mucho mejor establecer una comunicación simultánea verbal, visual y escrita y siempre si es posible realizar intervenciones “a priori”. Para ello, el far-

Figura 1.



macéutico debería estar en el pase de visita y en las sesiones clínicas, formando parte indiscutible del equipo interdisciplinar. Debemos pensar que aparecer en escena sólo en situaciones negativas o conflictivas distorsiona nuestra imagen, de modo que nos perciben como policías o inspectores. La integración en el equipo asistencial, contribuye a una mejor participación entre los papeles. De esta manera, seríamos mucho más efectivos y evitaríamos muchos problemas derivados de la mala comunicación, que en última instancia acaban afectando negativamente al paciente. Debemos recordar que el hecho que los equipos multidisciplinares, sean más eficaces y eficientes<sup>(9,27-28)</sup> es por una adecuada comunicación que permite una mejor coordinación y ampliación de los conocimientos.

Otro punto, muy conflictivo en la relación con los médicos es la selección de medicamentos. Uno de los pilares básicos en que se basan los hospitales para procurar un uso racional del medicamento, es la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica (GFT). Aunque este es un hecho asimilado por la mayoría de médicos, una gran proporción opina que el único fin de la Guía es la contención del gasto farmacéutico. Hasta cierto punto es comprensible que los médicos nos atribuyan casi en exclusiva, la responsabilidad sobre el gasto en farmacia. Sin embargo, hemos de intentar comunicar que la GFT, pretende el uso racional del medicamento, en el que el tema de costos es fundamental pero no siempre el más importante. La organización del hospital, y del Servicio de Farmacia, contempla que la selección de medicamentos se haga mediante una Comisión de Farmacia que la forman un equipo multidisciplinar de facultativos. Ésta debe ser transparente en sus decisiones y procurar el derecho de intervención a todos los facultativos solicitantes. Así y todo, las decisiones que se toman muchas veces se interpretan recelosamente, o se intentan contrarrestar por la fuerza. Es cierto que estamos en los tiempos de la medicina basada en la evidencia, pero también en tiempos de una macroeconomía emergente y de una sanidad con recursos limitados. Para ello, es fundamental que el equipo directivo del hospital apoye las decisiones de la CFT.

Existen autores que indican que la especialidad del médico condiciona las relaciones con otros profesionales<sup>(29)</sup>, ya que el interés que presentan uno u otros por la terapéutica no es equivalente y tampoco sus conocimientos. En este caso, deberíamos aprender el arte de aprovechar los segmentos apropiados para inci-

dir sobre ellos.

La mayoría de artículos que estudian la relación entre médicos y farmacéuticos<sup>(11,29)</sup>, concluyen que hemos de “evitar luchar contra el médico, sino que hemos de luchar con él”.

#### 4.2. Relación con el equipo de enfermería

Dentro del marco hospitalario, las relaciones con el equipo de enfermería son constantes ya que desde el punto de vista organizativo, la administración y el control de la medicación requiere un contacto muy frecuente.

Este hecho ha comportado que el equipo de enfermería haya contribuido de una manera importante en la integración del farmacéutico como profesional de la salud en los hospitales. De hecho, la integración del Servicio de Farmacia en un hospital ha sido muy beneficioso para el equipo de enfermería. Por una parte, el establecimiento del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias, ha supuesto una pieza fundamental en la administración y en el control de medicamentos, así como una reducción de la carga de trabajo y un ahorro de tiempo. Y por otra, enfermería, ha encontrado en los farmacéuticos un soporte a la hora de verificar y procurar una administración de medicamentos en plenas garantías de seguridad. Así, por ejemplo, el año 1999, el 26% de las consultas recibidas en el Centro de Información de Medicamentos del Hospital de Sant Pau han sido realizadas por enfermeras preguntando cuestiones sobre la administración de medicamentos, compatibilidades e identificación.

Con las enfermeras, compartimos responsabilidades comunes como es el control y mantenimiento de los medicamentos que están en los botiquines, el control de estupefacientes y la administración de medicamentos de especial control como son los citostáticos o las nutriciones artificiales. Todas estas tareas que implican responsabilidades compartidas han generado vías de comunicación muy frecuentes, y que han condicionado la elaboración de protocolos de actuación. Un ejemplo serían los múltiples protocolos de extravasación.

Las enfermeras, han sido vías de comunicación muy eficaces para contactar con el médico y con el paciente y su entorno.

### 4.3. Relación con los técnicos en Farmacia

La comunicación entre farmacéuticos y técnicos en farmacia, puede tener analogías muy parecidas como la que establecen médicos y enfermeras. Podríamos decir que en general, ambos grupos, están formados por dos profesionales sanitarios, que trabajan codo a codo para un mismo fin, pero con un grado de decisión y responsabilidad distintos. Esto en sí genera varios problemas que van desde la solapación de los roles, la diferente motivación, la jerarquización, la evolución de la carrera profesional y por supuesto la diferencia en los sueldos.

El técnico en farmacia realiza funciones de tipo mecánico y administrativo, las cuales son absolutamente imprescindibles para el buen funcionamiento del servicio. Sin embargo, su estamento profesional le impide realizar una carrera profesional con todas las connotaciones económicas y sociales que ello conlleva. Por tanto, debemos motivar al técnico, establecer relaciones absolutamente profesionales, evitar roces y por supuesto, valorar su trabajo. Para ello, el farmacéutico, ha de procurar acercarse y comunicarse, hacerle partícipe de las obligaciones y tareas que le implican. El técnico en farmacia, es el profesional que más puede influir en nuestra calidad de vida profesional.

### 4.4. Relación con el equipo directivo

A este nivel, la comunicación que mantiene el farmacéutico de hospital con el equipo directivo, es de tipo ascendente, pero también descendente, siguiendo la mayoría de las veces unas vías formales, atendiendo el peso de la jerarquía. Las relaciones suelen ser bastante frecuentes, como consecuencia de las tareas de control y contención del gasto farmacéutico, en las que el Servicio de Farmacia está muy involucrado. Es con el equipo directivo, donde el farmacéutico debe asumir todas las habilidades para la negociación. Muchas veces los intereses del Servicio de Farmacia pueden contraponerse a los intereses que el equipo directivo prevee para el hospital. Un ejemplo, es en la política de personal, los gestores establecen como válido los requisitos mínimos que indica la ley sobre el número de farmacéuticos que ha de haber en los hospitales, y sin embargo, nosotros sabemos que para desarrollar todos los campos de la farmacia clínica es imprescindible un incremento de plantilla. Nuestra habilidad nego-

ciadora, debe residir en saber demostrar no sólo la eficacia de un Servicio de Farmacia, sino también demostrar su eficiencia. Debemos mostrar que las funciones clínicas que realizamos en el hospital son mucho más eficientes que las funciones administrativas o de gestión para las cuales, muchos de ellos nos han contratado. Para ello, hemos de explicar cuál es la magnitud de nuestra profesión, nuestras implicaciones y por supuesto limitaciones. Todo ello si es posible desde un punto de vista práctico.

Con frecuencia los gestores y el equipo directivo se quejan que los facultativos sólo se comunican para mostrar sus reivindicaciones, y nunca para agradecer o consolidar aspectos de gestión que hayan incidido positivamente. Tendríamos que reflexionar sobre esta realidad, y pensar en establecer comunicaciones periódicas con el equipo de dirección tanto en sentido positivo como en el negativo. Este tipo de comunicación no debe ser siempre formal, sino que vías informales de relación, pueden ser mucho más ricas y fructíferas que las otras.

### 4.5. Relación con el personal no asistencial

A pesar de las nuevas tecnologías, una gran parte de los esfuerzos diarios del farmacéutico se consumen en burocracia. El control, la adquisición y la gestión de los medicamentos requiere que el farmacéutico realice mucho trabajo administrativo. Las nuevas competencias que van adquiriendo los hospitales hacen que las funciones de administración y gestión se lleven con sobrecarga. Podemos citar, las horas que empleamos y el tiempo que necesitamos para el control de los ensayos clínicos, por cierto cada vez más numerosos y complejos, pero también en la adquisición medicamentos, en el trámite de medicamentos extranjeros y de uso compasivo o en la dispensación ambulatoria. De modo que debe procurarse que la comunicación con los servicios administrativos (admisiones, compras, almacén, archivos...) sea fluida, técnica y formal.

### 4.6. Relaciones con la universidad

A pesar de que algunos farmacéuticos de hospital y comunitarios forman parte del equipo docente de la Universidad como profesores asociados, lo cierto es que una gran mayoría, tiene relativamente poco contacto (cursos de doctorado, tesinas, tesis...). La implantación de las prácticas tuteladas, ha promocionado

estas relaciones, aunque sólo través de los alumnos y su cuadernillo de prácticas. El tipo de comunicación que deberíamos establecer, es una comunicación horizontal, que permitiera un flujo de ideas y de innovaciones en ambos sentidos. Sin embargo, la rigidez de las instituciones no permiten romper el abismo entre docencia y ejercicio profesional. Éste es un mal común en la mayoría de las licenciaturas.

#### 4.7. Relaciones con los colegios profesionales

Los colegios profesionales que representan a todos los licenciados, tienen como objetivo defender los intereses del colectivo y establecer actividades de promoción y de formación. Para ello, han hecho un esfuerzo titánico, promoviendo la comunicación a través de la incorporación de nuevas tecnologías. Sin embargo, existe el problema de la diversidad. El mercado laboral farmacéutico es muy dispar, existen farmacéuticos que trabajan en la industria, en farmacias, en hospitales, y en universidades. En todos estos ámbitos, las actividades profesionales son muy diversas, desde las ventas, a la producción, los registros, la docencia etc...Todas estas subespecializaciones quieren atenderse desde los colegios profesionales, a través de las vocalías. Pero, el resultado es que se atienden de manera desigual. La mayoría de los colegiados que no trabajan en farmacias comunitarias suele reivindicar, que el colegio gasta la mayoría de sus esfuerzos en las necesidades de los farmacéuticos de oficina. Quizás esta apreciación podría ser consecuencia de un hecho histórico-cultural, ligado a muchos años de ejercicio, aunque también podría ser debido a que éste es el colectivo más numeroso y el que necesita más soporte administrativo. Sin embargo, los colegios profesionales deben acercarse a cada una de las realidades en que se mueve el ejercicio de la profesión y promover actividades de formación y promoción en todos los campos, evitando, por supuesto, defender intereses contradictorios. Debemos recordar que los colegios profesionales se encuentran en una situación privilegiada para promover la comunicación entre diferentes especialidades de un mismo colectivo.

#### 4.8. Relaciones con los farmacéuticos de atención primaria y comunitarios

La falta de comunicación existente entre la atención primaria y la hospitalaria, afecta casi por igual a todos

los profesionales implicados. De modo que la falta de relación existente entre médicos de atención primaria y de hospital es muy parecida a la falta de relación que existe entre farmacéuticos comunitarios y hospitalarios. Esta realidad ha provocado descoordinación, utilización deficiente de recursos y en primera instancia molestias para el paciente. La comunicación entre los farmacéuticos de hospital y los comunitarios, evitaría muchos errores de medicación, especialmente en los pacientes que reciben simultáneamente de los dos ámbitos, medicamentos, como son los pacientes HIV, con esclerosis múltiple, con tratamientos con quimioterapia o inmunosupresores. En estos casos la falta de comunicación, puede comportar que cada uno de ellos sólo analice parcialmente, el control de la farmacoterapia, la farmacovigilancia y el cumplimiento, con un perjuicio claro para el paciente.

Actualmente, la poca comunicación que se establece entre estos profesionales es siempre consecuencia de un problema concreto. Ciertos hospitales acuden a Oficinas de Farmacia en la búsqueda de una especialidad farmacéutica que les falta, del mismo modo el farmacéutico de oficina contacta con el farmacéutico de hospital, cuando tiene algún problema con alguna prescripción hospitalaria o cuando desconoce la preparación de una fórmula magistral que se utiliza en el hospital.

En años anteriores a la incorporación de los Centros de Información de Medicamentos (CIMs) en los colegios profesionales, muchos farmacéuticos recurrían a los CIMs de los hospitales, para solventar sus problemas con la farmacoterapia. Esta comunicación permitía además, establecer relaciones personales que facilitaban la transmisión de una filosofía, como es la farmacia clínica. Actualmente, los farmacéuticos de hospital transmiten esta manera de trabajar a través de cursos de postgrado, en el que acuden en su mayoría farmacéuticos comunitarios. Sin embargo, los farmacéuticos de hospital poseen unos recursos tecnológicos y bibliográficos inalcanzables para la mayoría de oficinas de farmacia y por ello podrían implicarse más directamente en la integración de los farmacéuticos comunitarios de la zona, por ejemplo invitándoles a participar de las sesiones clínicas o bibliográficas que realizan, periódicamente.

#### 4.9. Relaciones con la industria farmacéutica

Cada vez es más frecuente, dentro del marco hospitalario, el contacto entre los profesionales sanitarios

y los representantes de la industria. Puesto que existe una influencia de la prescripción hospitalaria a la prescripción ambulatoria. Dentro del hospital, uno de los profesionales que más influencia tienen en la selección y adquisición de medicamentos, son los farmacéuticos. Por lo que la industria ha accentuado mucho sus visitas a los Servicios de Farmacia. Esto es lógico, en el sentido que la industria farmacéutica, al seguir un régimen de mercado, si no obtiene beneficios no subsiste.

Para ello sigue dos estrategias; una es la adaptación a las necesidades de salud de la población y la otra la promoción de sus productos. Para conocer qué es lo que la población necesita, se hacen análisis de mercado de manera que se diseña un catálogo de productos en función de la población que va a consumirlos. La comunicación con los profesionales de la salud es un pilar básico en este análisis de mercado. Un ejemplo podría ser la aparición de nuevos dispositivos que facilitan la administración de formas farmacéuticas inhaladas, o la elaboración de formas "retard" que consiguen reducir el número de tomas al día. Paradójicamente, a veces las consecuencias de este análisis de mercado nos repercuten negativamente. Un ejemplo podría ser las suspensiones, cada vez más frecuentes, de la comercialización de especialidades farmacéuticas.

Para la promoción de los productos<sup>(30)</sup>, la industria realiza dos tipos de actividades; directas e indirectas. Las directas se basan en la visita del delegado que nos informa de las novedades del mercado, como es la aparición de una nueva especialidad, presentación o indicación. En estos casos, además el delegado se presenta como informador científico. Si la visita es muy frecuente, y el delegado despierta empatía se establecen en muchos casos vínculos personales. Debe considerarse que la información que nos presenta la industria es muy relevante (ficha técnica, cuestionario adaptado...), aunque no suficiente y debe buscarse más bibliografía que contraste la seguridad y eficacia de los medicamentos.

Los métodos indirectos de promoción, son mucho más dispares, entre los que destacan algunos ensayos clínicos o "pseudostudios", la organización de viajes, simposios o conferencias presididas por líderes de opinión y la asistencia a congresos. Tenemos que asumir que en una sanidad limitada de recursos, la relación con la industria es indispensable para el soporte o patrocinio de una gran cantidad de proyectos de investigación así

como para la subsistencia de muchas de Sociedades Científicas. Una parte importante del avance de la ciencia se lo debemos a la Industria.

Por ello, los canales de comunicación, los mensajes que emitimos y recibimos por parte de la industria deben asegurar nuestra competencia profesional, beneficiar a nuestros pacientes y a la institución a la que pertenecemos.

## 5 CONCLUSIONES

De todos los aspectos, teóricos y prácticos que se han expuesto en nuestra monografía destacan unos elementos que condicionan principalmente su relación con otros profesionales, tal y como lo describe Bonal<sup>(29)</sup> en la edición anterior de este capítulo en el libro Farmacia hospitalaria, éstos son:

1. Naturaleza del trabajo, funciones diversas y menor especialización.
  2. Formación.
  3. Poco conocimiento e incompreensión de una profesión.
  4. Habilidades personales.
  5. Grado de implicación con los objetivos del hospital.
  6. Reconocimiento interno y externo de la capacidad profesional.
- 1) Naturaleza del trabajo, quedan implícitas otras variables como el grado de especialización, actividades profesionales, marco de actuación, recursos técnicos y humanos. Puesto que todas ellas participan activamente en el grado de comunicación entre profesionales.
  - 2) La Formación, es el salvaconducto que permite una comunicación basada en el rigor científico y en la seguridad personal que nos confiere el conocimiento. Hemos destacado, la necesidad de incluir técnicas de formación dentro de los "currículums" académicos para promover y mejorar nuestra capacidad de relación profesional.
  - 3) Poco conocimiento e incompreensión de una profesión. El cambio de rol del farmacéutico, en los últimos tiempos, es origen de incompreensiones y susceptibilidades, incluso dentro del mismo estamento. Debemos procurar conocer el trabajo de otros profesionales con los que debemos comunicarnos y que ellos conozcan el nuestro. Una buena idea sería que se los estudiantes de diferentes licenciaturas en ciencias de la salud compartieran físicamente las clases de asigna-

turas comunes.

- 4) Habilidades personales. La comunicación verbal, no verbal y escrita depende en gran medida de nuestra capacidad de relacionarnos, y de transmitir información. Algunas de las habilidades que hemos hablado son innatas pero la mayoría pueden aprenderse.
- 5) Grado de implicación con los objetivos del hospital. El grado en que uno se implica con los objetivos de trabajo y de su vida, es en muchas ocasiones una cuestión de actitud y de conocimiento mutuo y de comunicación. En un ambiente multidisciplinar y jerarquizado como es un hospital, una comunicación eficaz promueve la implicación y viceversa. Todo ello tiene beneficios para nuestra causa común, que es el paciente.
- 6) Reconocimiento interno y externo de la capacidad profesional. Una de las principales causas de desmotivación y tibieza es la falta de reconocimiento profesional. Si un profesional pierde la confianza en si mismo, será muy difícil que realice una labor profesional eficiente y por supuesto tendrá una gran dificultad de relación y comunicación con otros farmacéuticos y con otros profesionales implicados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell F, Epstein R. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Aten Primaria* 2001; 27:449-451.
2. Pajares Conde DR, March Cerdá JC, Gómez Martínez ME. Auditoría de comunicación interna de un hospital. *Gac Sanit* 1998; 12:231-8.
3. Huertas Zarco I, Pereiro Berenguer I, SanFelix Gones J, et al. Mejoría en la calidad de la comunicación entre médicos especialistas y generales, en función de la información proporcionada en una hoja de comunicación. *Aten Primaria* 1996; 17:317-20.
4. Alonso Fernández M, Ayala Luna S, Buitrago Ramírez F, et al. Relación entre diferentes niveles sanitarios. *Aten Primaria* 1996; 17:239-40.
5. Torrabadella de Reynoso, P. Interferencias de la solidaridad humana en medicina intensiva. *Med Clin* 1996; 106: 414-416.
6. Rivas Crespo JC, de Pablo Chinchetru R, Cordero Guevara JA, et al. Coordinación entre médicos especialistas y generales. Evaluación en un área de Burgos. *Aten Primaria* 1997; 19:2257-61.
7. Irazábal Olabarrieta I, Gutiérrez Ruiz, B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17:376-81
8. Interdisciplinary medical rounds improved patient care efficiency and the care process and decreased costs. *ACP Journal Club* 1999; 130:52.
9. Bellon Saameño, Martínez Cañabate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis biométrico. *Aten Primaria* 2001; 27:452-458.
10. Sanz. A. Comunicación interpersonal. Editorial SEFH. Madrid, 1995.
11. Ordovás JP. Comunicación farmacéutico, médico, enfermera y paciente. Diploma de Formación Clínica del farmacéutico. Módulo III. Universitat de Valencia. 1ª Edición. 1997
12. Torva A. La comunicación interna como estrategia de gestión. La experiencia del grupo Endesa. En: Silio F, Silas O, eds. Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias. Documentos técnicos nº 15. Escuela andaluza de Salud Pública. Granada 1999: 119-126.
13. Rodríguez Porras JM. El factor humano en la empresa. Bilbao, 1994.
14. Valls Roig A. Guía práctica del benchmarking. Edición Gestión 2000 S.A. Barcelona, 1995.
15. Goleman D. Working with emotional intelligence. Bloomsbury. Londres, 1998.
16. Nelson B. 1001 formas de motivar. Gestión 2000. Barcelona, 1998.
17. González T. Gestionar la comunicación externa. *Todo Hospital* 1999; 161: 754-755.
18. Asenso MA. et al. Gestión diaria del Hospital. Editorial Hasson. Barcelona, 1998.
19. García Jiménez J. La comunicación interna. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1998.
20. Elías J, Mascaray J. Más allá de la comunicación interna: La intracomunicación. Ediciones Gestión 2000. Barcelona, 1998.
21. Sabater R, Guilera LL. Aplicación del plan de comunicación interna a la planificación estratégica. *Todo Hospital* 2000; 164: 91-94.
22. Ribeiro L. La comunicación eficaz. Ediciones Urano. Barcelona, 1999.
23. Dolan SL, Schuler RS, Valle R. La gestión de los recursos humanos. Madrid: McGraw Hill, 1999.
24. Robbins S.P. Comportamiento Organización: Teoría y Práctica. Prentice Hall. 7ª edición. Madrid, 1996.
25. Polan S, Martín I. Los 10 mandamientos para la dirección de personas. Gestión 2000. Barcelona, 2000.
26. Williams M, Byrne J. El cambio continuo y la comuni-

- cación interna. *Harvard Deusto Business Review*; abril-mayo 1997, p. 102.
27. Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings; evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1999; 33:1336-55
28. Pickard S, Johnson JA, Farris KB. The impact of pharmacists interventions on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 1999; 33:1167-72.
29. Bonal J. Relación con otros profesionales de la salud. En: *Farmacia Hospitalaria*. Bonal J, Domínguez Gil, A. Laboratorios Glaxo Pp: 3.2.1-3.2.5. 1ª edición, 1997
30. Rubio Montañés, Cordón Granados. Relación con la industria farmacéutica ¿Un dilema ético? *Aten Primaria* 2000; 25:135-136.