

Esta sección incluye opiniones de los lectores, observaciones científicas formalmente aceptables sobre temas de la revista, así como trabajos que por su extensión reducida no se adecúan a la sección de originales.

## Criterios para medir la calidad en los servicios sanitarios

**Joan C. March\*, M<sup>a</sup> Ángeles Prieto\*\***

\*Coordinador de Investigación, \*Profesora del Área de Gestión. Escuela Andaluza de Salud Pública

### Sr. Director:

Un modelo de calidad refleja la manera de pensar de los diferentes actores inmersos en el proceso de prestación de servicios. Los criterios que se utilizan para medir la calidad de servicio son diversos y variados, en función del marco teórico del que uno parte y también de la experiencia de las acciones que lleva a cabo.

En el último Congreso de Calidad celebrado en Granada, se han presentado 520 comunicaciones, de las que 160 han sido comunicaciones orales, 313 en forma de póster y 12 han sido elevadas a ponencias. De todo este número importante de comunicaciones, las palabras que más se han visto u oído son: *plan de calidad-unidad de calidad, vías clínicas, gestión clínica, evaluación-autoevaluación, mapa y gestión de procesos, ciclo de mejora-mejora continua, variabilidad a nivel asistencial, acreditación, EFQM, ISO 9000, Joint Commission, protocolos, guías de práctica asistencial, registros, estándares, indicadores, índice de riesgo, cuidados-cuidadores, calidad percibida, satisfacción, expectativas, participación, 2ª opinión-consentimiento informado-opinión de clientes, reclamaciones, sistema de gestión, costes, manual de normas y procedimientos, cuadro de mando, benchmarking, efectividad, eficiencia, recursos, directrices, liderazgo, cultura-clima-comunicación interna-credibilidad, auditoría, información, atención integral, historia de salud-historia clínica informatizada, compromiso, predicción, incertidumbre, impacto, red.*

Estas diversas palabras clave han provenido en la mayor parte de las comunicaciones del Congreso, de profesionales que trabajan en Hospitales (>del 60%), seguido a gran distancia por comunicaciones provenientes de atención primaria (un poco más del 10%), de Instituciones académicas (alrededor del 10%), de nivel central del Insalud o de los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas (>del 5%) y el resto de otras instituciones. Estas palabras clave provienen de trabajos realizados en Andalucía en primer lugar, y Cataluña en segundo lugar (en más del 50% de las comunicaciones aceptadas), seguido por Madrid y el País Vasco, destacando a nivel de provincias, Granada, Barcelona y Madrid.

A estos elementos o palabras clave presentes en las comunicaciones en el congreso sobre calidad<sup>1</sup> y necesarios e imprescindibles para conseguir un compromiso de mejora continua de la calidad, creemos importante ordenarlos para conseguir un proceso que permita avanzar hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Creemos que es fundamental para la gestión de este proceso: un *liderazgo* profesional que tenga en cuenta los resultados y las personas y sus necesidades, unos *sistemas de información* adecuados para los profesionales y con una cercanía hacia los ciudadanos y una *estrategia de servicio*, basado en la mejora de diversos aspectos, como la *formación* o la *comunicación*, como otro de los aspectos a tener en cuenta para conseguir el éxito de nuestras acciones. Ello implica muchas cosas, entre ellas, cambiar con los cambios, nuevas formas de organización, dosificar el grado de innovaciones producidas o ayudar a configurar la identidad de la organización. Junto a ello, es importante *gestionar las innovaciones* teniendo en cuenta los distintos pasos por los que pasa un profesional a la hora de adoptarlas.

1. *Calidad de los servicios*: Un modelo de calidad de los servicios es el que refleja la manera en que los diversos actores perciben. Así, es fundamental tener en cuenta como los ciudadanos y profesionales, gestores y políticos, periodistas y personas clave entre otros, perciben de la calidad de los servicios.
2. *Otros elementos a considerar*: Fomentar el *liderazgo* profesional, basado en la eficacia en los resultados mezclado con la preocupación por las personas<sup>2</sup>. Crear un *sistema de información* sobre la calidad del servicio que ayude a su desarrollo y que este sistema sea amigable para los profesionales y cercano al proceso por el que pasan los ciudadanos<sup>3</sup>. Crear una *estrategia de servicio* llevada a la práctica por medio de una organización adaptada al proceso por el que pasa el usuario, con una adecuada tecnología que favorezca el trabajo de los profesionales y con una potenciación de la relación entre estos y los ciudadanos<sup>4</sup>.
3. *Claves para implantar un modelo de calidad*: La gestión de todo proceso de mejora y de cambio supone *aprender a tolerar la incertidumbre*, ante lo nuevo y lo desconocido<sup>5</sup>. Para ello, es fundamental: *Aprender a cambiar con el cambio*; ser sensible a la idea de que en momentos de cambio debe permitirse que *nuevas formas de organización* emerjan; y tener en cuenta que el éxito del proceso depende, a menudo, de la habilidad para detectar, evitar y contener la angustia, para encauzar la energía y ser capaces de *transformar adversidades en oportunidades*.

En ese camino hacia la reorientación de los servicios, es importante controlar el ambiente de un Centro Sanitario dosificando el grado de innovaciones producidas y conformar el contexto de desempeño profesional, determinado internamente en función de la imagen que la organización tiene de sí misma, y con qué actores sociales hay que interaccionar y qué demandas debe generar. Todo ello, ayuda a configurar *la identidad de una organización*. Podría decirse que el conjunto de valores

compartidos es un elemento aglutinante que conforma un Centro de Salud o un Hospital como un verdadero sistema dirigido al cumplimiento de la misión global.

Para conseguirlo, es de gran importancia: *los procedimientos y sistema de trabajo*, sobre todo aquellos que cohesionan la organización, que no son otros que los que facilitan la comunicación entre los profesionales (entrevistas individuales, reuniones de grupos, boletines internos, etc.), o *la utilización del conflicto* en las organizaciones como fuente de innovaciones y como forma de mantener viva la posibilidad de cambio.

Y junto ello, saber gestionar las innovaciones que deben permitir a las organizaciones avanzar. El *primer paso* suele comenzar cuando una persona o un grupo toma conciencia de la existencia de un problema, examina diversas alternativas de solución, ensaya a pequeña escala la innovación. Cuando se pasa a la fase de ejecución, el grupo tiene que poseer las habilidades suficientes para llevarlos a la práctica, evaluar beneficios reales, y difundir el posible éxito en la organización, hasta que se consiga la suficiente masa crítica para que la innovación se incorpore a las normas de funcionamiento de la organización. El *segundo paso* es el resultado de comprender la fragilidad del proceso al inicio, cuando el papel de la fuente de innovación es muy importante, y el índice de reclutamiento es bajo. También reconocer la necesidad de disminuir el papel protagonista del "líder" a lo largo del tiempo, e ir aumentando el del usuario de la innovación si se desea asegurar la implicación de toda la organización.

### Comentario a la carta titulada "Criterios para medir la calidad en los servicios sanitarios"

**Rafael Liedó**  
Editor de la RCA

Los editores agradecen el escrito del Dr. March y celebran la atención dedicada al número especial de la Revista dedicado al Congreso del año 2000, que tuvo lugar en Granada<sup>1</sup>.

El autor describe los temas y el origen de los trabajos presentados, aproximándose a las cifras apuntadas por el Presidente del Comité Científico en una nota publicada posteriormente<sup>2</sup>.

Entendemos que el propósito de la carta es ordenar los diferentes conceptos tratados en el Congreso, con el objeto de reflexionar sobre ellos de manera sistemática. No obstante, la ordenación no es suficientemente clara. La idea inicial revierte en una lista desestructurada de aspectos, obviamente importantes, que no van más allá de la generosa enumeración de aquellos conceptos que son clave en la evaluación y mejora de la calidad asistencial. Desconocemos (si lo hay) el criterio utilizado para la ordenación de los temas.

Coincidimos con el autor en la importancia de los elementos por él significados. Así, convenimos en la necesidad de tener en cuenta a todos los actores en la definición de la calidad, en la necesidad de sustentar la mejora de calidad en un liderazgo sólido, en la creciente dependencia de los sistemas de información, etc.

Descubrir en cada situación concreta cuáles son las puertas de entrada de la calidad en los servicios asistenciales. La práctica ha consolidado un conjunto de reglas de utilidad, como la conexión con la *cultura profesional* dominante, los resultados exitosos tangibles a *corto plazo*, el lograr la apertura del Centro de Salud u Hospital a amplios canales de comunicación con la estructura social a la que atienden como fuente fundamental de innovaciones o *ensayar continuamente* sin miedo a cosechar fracasos, pero con la suficiente prudencia para no quemar posibles oportunidades.

### Bibliografía

1. Congreso Nacional de Calidad Asistencial. *Rev de Calidad Asistencial* 2000;7.
2. Woodard DA. Transformational leaders. Ten practices to help executives meet the challe. *Health Progress* 1992;73(9):40-4.
3. Fussell SR, Benimorf NI. Social and cognitive processes in interpersonal communication: implications for advanced telecommunications technologies. *Human Factors* 1995;37(2): 228-50.
4. Lively BT. Employer-employee relationships: philosophy before strategy. *American Pharm* 1995;35(8):40-9.
5. Somoza F. La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa. *Alta Dirección* 1995;37-43.

En cambio, los editores matizan la siguiente afirmación: "... es de gran importancia la utilización del conflicto en las organizaciones como fuente de innovaciones y como forma de mantener viva la posibilidad del cambio"; entendemos que el autor pretende expresar que las innovaciones en la organización deben implementarse haciendo mínimo el conflicto. Sólo en el caso y en la medida de que el conflicto sea inevitable, éste podría revertir en algo positivo. Así, en nuestra acepción, el conflicto sería una consecuencia inevitable del cambio que debe hacerse mínima, no una herramienta.

En síntesis, consideramos que el propósito del autor es loable. No obstante, consideramos que ligar la extensa lista de conceptos aparecidos en un Congreso, en una Revista y en definitiva, en la doctrina de la calidad asistencial, es algo demasiado ambicioso para la razón de ser de esta sección, en la que cabría incluir "observaciones científicas formalmente aceptables sobre los temas de la revista, así como aquellos trabajos que por su extensión reducida no se adecúen a la sección de originales"<sup>3</sup>.

### Bibliografía

1. *Revista de Calidad Asistencial* 2000;15(7).
2. Torres A. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. V Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:690-3.
3. Editores. Normas de publicación. *Rev de Calidad Asistencial* 2000;15:293-5.

## Las falacias presentes en la medición de la satisfacción laboral

**Antonio Herencia, M<sup>a</sup> Ángeles Prieto,  
Joan C. March**

Correspondencia  
Escuela Andaluza de Salud Pública  
Campus Universitario de Cartuja  
Apdo de correos 2.070  
18080 Granada  
E-mail: jcmarch@easp.es  
www.easp.es

### Sr. Director:

Ante su carta titulada "*Diferencias entre clima y satisfacción laboral*", como respuesta a nuestros comentarios<sup>1</sup> acerca de su editorial publicada en dicha revista, queremos hacer una serie de aclaraciones y al mismo tiempo nos gustaría introducir en el debate algunos mitos y falacias entorno al estudio de la satisfacción laboral. Para ello vamos a seguir los trabajos realizados en el área de la metodología de las ciencias del comportamiento por el ya desaparecido profesor J. Ricardo Musso<sup>2</sup> y el reciente artículo del profesor Manuel A. Bobenrieth<sup>3</sup> dentro del ámbito de los consejos editoriales y la revisión de originales.

En este sentido vamos a exponer una serie de mitos presentes en tal carta.

### Mito 1

La importancia de un tema de estudio en un área de conocimiento es proporcional al número de artículos publicados acerca del mismo, en las revistas más prestigiosas de dicha área.

### Realidad

Existen una gran cantidad de estudios que no llegan a publicarse en revistas internacionales, quedando relegada su difusión a la institución que la subvencionó o realizó o al país donde se realizó. Para ilustrar este panorama baste decir que en la base de datos LILACS se recogen un total de 98 artículos de satisfacción laboral realizados con profesionales sanitarios y publicados en revistas latinoamericanas. Por otra parte, en España, desde 1976, se han publicado 28 tesis doctorales relacionadas con el análisis de la satisfacción laboral, según la base de datos TSEO. Por otra parte, dentro del área de Psicología de las Organizaciones, el número total de trabajos publicados se estimaba entorno a 4.000 en el año 1986<sup>4</sup>.

Los estudios realizados dentro de esta disciplina pueden orientar los futuros trabajos que se realicen dentro del ámbito sanitario, a su vez, estas investigaciones se caracterizan por su mayor rigor metodológico, analizando la validez de las escalas a la luz de las últimas concepciones teóricas sobre la validez y la fiabilidad y las pruebas estadísticas más robustas. En este sentido cabe destacar los trabajos publicados en la revista *Educational and Psychological Measurement*<sup>5</sup>. En dicha revista podemos encontrar un apartado destinado a trabajos sobre validación de

cuestionarios, siendo frecuente encontrar algunos de satisfacción laboral. En este sentido es destacable la tendencia marcada que se observa en los últimos trabajos, a tratar de diseñar cuestionarios cada vez más específicos, cortos y vinculados a los aspectos de la satisfacción laboral que se quiere estudiar. Parece ser que los amplios cuestionarios generales al estilo Font-Roja, se están quedando desfasados, lo cual es coherente con la última edición de los Standards<sup>6</sup>.

### Mito 2

Realizar un estudio sobre un determinado aspecto de la realidad utilizando un cuestionario, equivale a medir dicho fenómeno.

### Realidad

Para considerar una variable como cuantitativa es necesario que se pueda establecer entre las asignaciones numéricas dadas a sus valores, relaciones al menos de distancia. En este sentido, entre los estudios realizados sobre satisfacción laboral (7.983 según el MEDLINE), 1.887 realizan recolección de datos y sólo 242 hacen mención a algún aspecto relacionado con la medición de dicha variable. En cuanto a los estudios sobre satisfacción de usuarios (15.273 según el MEDLINE), 4.825 realizan recolección de datos y sólo 769 hacen mención a algún aspecto relacionado con la medición de dicha variable. En ambos ámbitos, estos últimos estudios constituyen entorno al 4% de los trabajos que se publican. En este sentido no resulta conveniente mezclar estudios de medición de la variable con estudios en los que sólo se trata de describir la situación de los sujetos, a su vez, los resultados obtenidos en cada uno de estos estudios no son directamente comparables.

### Mito 3

Los resultados obtenidos mediante técnicas cualitativas constituyen un buen material en base al cual poder confeccionar las preguntas de un cuestionario.

### Realidad

Los cuestionarios de satisfacción laboral tienen una gran tradición dentro de los estudios publicados en Psicología. Han sido muchos los profesionales que se han preocupado de diseñar los procedimientos más adecuados para medir dicho constructo, por ello, algo fundamental antes de construir un cuestionario es analizar los estudios que se han hecho sobre dicho tema para hacer un borrador de nuestro cuestionario y posteriormente, mediante técnicas cualitativas, tratar de adaptar ese marco teórico que hemos adoptado a nuestra muestra concreta.

### Mito 4

El hecho de que dos constructos sean diferentes a nivel teórico no tiene implicaciones sobre cómo éste debe ser medido.

### Realidad

La satisfacción laboral y el clima organizacional son dos constructos que reflejan aspectos diferentes de la dinámica

organizacional, en este sentido, el primero se refiere a una actitud, implicando reacciones y sentimientos y el segundo a percepciones individuales de la organización, influyendo las mismas sobre la conducta y actitudes de los sujetos. Por ello resulta necesario medir la satisfacción laboral en conexión íntima con el clima laboral. Se trataría de diferenciar distintos aspectos en el trabajo, para evaluar la percepción que tienen los sujetos de los mismo (clima) y los sentimientos y reacciones que éstos les provocan (satisfacción)<sup>7</sup>. En esta línea hay diferentes trabajos publicados tanto en hospitales<sup>8</sup> como en centros de salud<sup>9</sup>.

### Bibliografía

1. March JC, Prieto MA, Herencia AJ. Cartas al director. *Revista de Calidad Asistencial* 2000;15:276-8.
2. Musso JR. *Falacias y mitos metodológicos de la Psicología*. Buenos Aires: Siglo XX, 1979.
3. Bobenrieth MA. Mitos y realidades en torno a la publicación científica. *Medicina Clínica* 2000;114:339-41.
4. De la Poza J. Satisfacción, clima y calidad de vida laboral. En: Rodríguez A, dir. *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.
5. Thompson B. *Educational and Psychological Measurement*. (Serial online) 2000 Octubre (citado 6 de Octub 2000); 1(1): (4 pantallas). Disponible en: URL: <http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0038.html>.
6. The Society for Industrial and Organizational Psychology (US). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Berkeley: APA, 1999.
7. Winert AB. Manual de Psicología de la Organización. *La conducta humana en las organizaciones*. Barcelona: Editorial Herder, 1985.
8. Ignacio E, et al. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. *Todo Hospital* 1997;141:7-12.
9. Fernández MI, et al. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios del área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 1995;69: 487-97.

### Comentario a la carta titulada “Las falacias presentes en la medición de la satisfacción laboral”

**José J. Mira**

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

#### Sr. Director:

He leído con satisfacción y gran interés las cartas al Director que ha motivado el Editorial titulado Calidad Asistencial y Satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica<sup>1</sup>. Con satisfacción puesto que siempre es de agradecer en este tipo de revistas científicas que aparezcan opiniones fundamentadas sobre puntos de interés y que se presenten con detalle datos y perspectivas que enriquezcan nuestra actividad intelectual, despierten nuevas inquietudes y nos abran a nuevas ideas o planteamientos. Interés por cuanto que el debate abierto aborda un tema central porque tal y como se señala en una de las cartas, “los profesionales tratan a los pacientes tal como se sienten tratados por la organización” y es, a todas luces evidente, que todos compartimos esa preocupación por proporcionar la mejor asistencia posible a nuestros pacientes.

Al leer el Editorial y las cartas al Director me ha venido a la memoria las circunstancias en las que, en 1987, abordamos la medida de la satisfacción de los profesionales hospitalarios en un hospital comarcal de la provincia de Alicante<sup>2</sup>. En aquella ocasión, recuerdo que fueron los propios profesionales quienes pidieron al director del centro este tipo de evaluación manifestando durante una Junta Facultativa que “aquello de valorar la satisfacción de los pacientes estaba muy bien y había que seguir haciéndolo, pero la pregunta que flotaba en el aire era quién se preocupaba de ellos, de su satisfacción como profesio-

nales ya que, en definitiva, una y otra estaban relacionadas”. De aquel tiempo sólo queda la anécdota y un trabajo más o menos acertado. Hoy constatamos que el número de estudios, la variedad de sus métodos de análisis, la forma en que se busca su validez, el enfoque que se pone de manifiesto y su sentido práctico (sin entrar en su exacta cuantificación) es algo diferente a la de entonces. Hay ahora más estudios, son más ambiciosos y, como se ha señalado, más específicos.

Los autores que intervienen en este debate han demostrado una dilatada experiencia y amplios conocimientos sobre cómo entender y evaluar la satisfacción laboral en el sector sanitario, eso sin olvidar que, sin duda, se integran en grupos de trabajo destacados de nuestro país. Por tanto, puede ser inútil aportar cifras o añadir matices a sus comentarios. No obstante, quisiera sugerir para la reflexión que propician sus aportaciones, que hace falta analizar con mayor detalle la importancia que tiene para la calidad asistencial considerar no sólo la satisfacción del profesional como una variable aislada, diría lo mismo en el caso de la valoración del clima laboral que se respira en la organización, sino su relación con la satisfacción de los pacientes, con la variabilidad de la práctica clínica, los estilos de práctica profesional o sus efectos en los resultados de las intervenciones.

Desde hace tiempo, lo que podría ser una intuición es un hecho contrastado, y sabemos que la satisfacción laboral incide en los resultados de la práctica médica de diferentes formas. Melville<sup>3</sup>, por ejemplo, hace ahora algo más de 20 años, puso de manifiesto que los médicos insatisfechos era más probable que prescribieran fármacos con potenciales efectos secundarios; mientras que Lichtenstein<sup>4</sup>, en otro clásico estudio, evaluando la satisfacción laboral de médicos hospitalarios, llegó a la conclusión de que la insatisfacción, aparte de suponer un serio coste económico, afectaba a la calidad de la práctica clínica de la que eran objeto los pacientes.

En otros casos, se apunta que es causa de variabilidad de la práctica<sup>5</sup> y en otros comprobamos que la satisfacción laboral tiene que ver con los estilos de práctica orientados hacia los aspectos psicosociales de la enfermedad y que es más probable que los médicos insatisfechos den menos explicaciones al paciente sobre su proceso de enfermedad que los satisfechos<sup>6-8</sup>.

En definitiva, como ya se ha señalado con acierto, entender mejor la problemática laboral y analizar desde diferentes posiciones teóricas cómo incrementar la satisfacción laboral de nuestros profesionales y cómo ésta llega a afectar a la asistencia sanitaria que reciben los pacientes es un tema crucial, interesante y que, como se ha puesto de manifiesto, merece la atención de profesionales de diferente curricula.

### Bibliografía

1. Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. Calidad Asistencial y Satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:649-50.
2. Aranaz J, Mira JJ, Rodríguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital* 1988;47:53-60.
3. Melville A. Job satisfaction in general practice. Implications for prescribing. *Social Science and Medicine* 1980;14a:495-9.
4. Lichtenthein R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Medical Care* 1984;22:56-68.
5. Marteau TM, Johnston M. Health professionals: a source of variance in health outcomes. *Psychology and Health* 1990;5: 47-58.
6. Calnan M. Images of general practice: The perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988;27(6):579-86.
7. Howie JGR, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:181-5.
8. Grol, *et al.* Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Prac* 1985;2:128-35.