

Manuscript Number:

Title: CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ASTURIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Article Type: Original

Keywords: Palabras clave

Calidad de vida, Profesionales de la salud, Gestión Clínica, CVP-35, Cuestionarios, Motivación

Keywords

Quality of life, health personnel, clinical governance, QVP-35, Questionnaire, Motivation

Corresponding Author: Dr. Carmen Díaz Corte, Ph D

Corresponding Author's Institution: Servicio de Salud del Principado de Asturias

First Author: Carmen Díaz Corte, Prof. Dr

Order of Authors: Carmen Díaz Corte, Prof. Dr; Oscar Suárez, Licenciado; Alejandra Fueyo, Licenciado; Pablo Mola, Licenciado; Matías Prieto, Licenciado; Iván Rancaño, Prof. Doctor; Valentín Javier Rodríguez, Diplomado; Ana María Sánchez, Diplomado; Rebeca Suárez, Licenciado; Carlos Díaz, Licenciado

Abstract: Resumen

Objetivo: Evaluar la Calidad de Vida de los 2572 profesionales que trabajan en el Modelo de Gestión Clínica, comparando el tiempo en el Modelo (1-3 años) y la influencia de hacerlo en Atención Primaria o Especializada.

Métodos: Se aplicó el CVP-35 (35 preguntas), anónimo y autocumplimentado, con tres preguntas adicionales. Se calculó un tamaño muestral mínimo para cada Unidad/Área de Gestión Clínica (UGC/AGC). Análisis descriptivo, uni y bivalente, de las preguntas por separado y según las subescalas Apoyo Directivo (AD), Cargas de trabajo (CT) y Motivación intrínseca (MI), siendo las principales variables independientes el ámbito asistencial y el tiempo como UGC/AGC.

Resultados: respondieron 1395 (54%) profesionales (87% Especializada). El 87% lleva 5 o más años en la empresa. Para el 33% era su primer año en Gestión Clínica. El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y el más bajo los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$). Primaria obtiene unos resultados más altos en AD y calidad de vida en el trabajo y Especializada en CT. Analizando en función del tiempo en Gestión Clínica las mejores puntuaciones se obtienen en las de 3 años, luego en las de 2 y luego en las de uno.

Separando por ámbitos, esas diferencias son especialmente favorables a la Gestión Clínica en Especializada: las que más tiempo llevan perciben menos CT y más MI y calidad de vida.

Conclusiones: Llevar más tiempo en el Modelo de Gestión Clínica se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, especialmente evidentes en atención Especializada.

Abstract

Objective: Evaluate the Quality of Life of 2572 professionals working in our Clinical Governance Model by comparing the model time (1-3 years) and the influence of primary and hospital care.

Methods: Cross-sectional descriptive study. It has been applied the QVP-35 questionnaire (35 items), anonymous, self-administered, with three additional questions. It has been calculated a minimum

sample size for each Clinical Governance Unit/Area (CGU/CGA). Descriptive analysis; univariate and bivariate, using 35 items and directive support, workload and intrinsic motivation subscales as dependant variables, and level of care and time as CGU/CGA as independent variables.

Results: It was answered by 1395(54%) professionals (87% hospital). 87% has been working for 5 years or more in the company. For 33%, it was the first year working in Clinical Governance. The item with the highest score was the job training ($8,39 \pm 1,42$) and the lowest, the conflicts with peers ($3,23 \pm 2,2$).

Primary health care professionals obtained higher results in directive support and quality of life at work and hospital professionals in workload.

Analyzing by time, the Clinical Governance Model obtained the best scores in 3 years, then the 2 and then in one.

Separated by areas, these differences are especially favorable for the Clinical Governance in Hospitals: those professionals working more time feel less workload and more intrinsic motivation and quality of life.

Conclusions: Taking more time in the Clinical Governance Model is associated with improved perceptions on professional quality of life, especially evident in Hospital care.

Suggested Reviewers: Salvador García Sánchez

Dpt. Psicología Social., Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

salvagarsanchez@gmail.com

Autor y por tanto experto en el CVP-35

Pablo Rebollo Doctor en Medicina

LA-SER Group

pablo@baphealth.com

Experto en estudios de calidad de vida y actualmente Vicepresidente de Patient Health Metrics, LA-SER Outcomes.

Título

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ASTURIAS.
ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Autores

Carmen Díaz Corte, Óscar Suárez Álvarez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, Pablo Mola Caballero de Rodas, Matías Prieto Hernández, Iván Rancaño García, V. Javier Rodríguez Martínez, Ana María Sánchez Fernández, Rebeca Suárez Gutiérrez, Carlos Díaz Vázquez
Servicio de Calidad y Gestión Clínica. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo.
España.

Dirección

Carmen Díaz Corte
Servicio de Calidad y Gestión Clínica
Servicios Centrales. SESPA
Plaza del Carbayón 1 y 2, 33001 Oviedo
Correo electrónico: carmen.diazc@sespa.princast.es

Recuento de palabras:

Resumen en español: 253

Resumen en inglés: 240

Texto principal: 3007

Contribuciones de autoría

Todos los autores forman parte del Servicio de Calidad y Gestión Clínica por lo que participan activamente en la elaboración, supervisión y evaluación de los Acuerdos de Gestión, que se firman con las diferentes Unidades y Áreas de Gestión Clínica, y de los que las encuestas de calidad de vida profesional forman parte.

O. Suárez calculó el tamaño muestral, fue la persona que interrelacionó con los centros y realizó los envíos. I. Rancaño fue el responsable de la página web que permitió la introducción de los datos y su posterior exportación a Excel y SPSS. A. Sánchez supervisó la adecuada cumplimentación on line, acorde al tamaño muestral mínimo estimado y a los plazos temporales estipulados. O. Suárez y C Díaz Corte realizaron el análisis y la interpretación de los datos. C. Díaz Corte es la responsable del artículo.

Todos los autores contribuyeron con ideas y lectura crítica a la redacción del borrador y aprobaron la versión final.

Financiación

El estudio no ha precisado de financiación

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflicto de intereses

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a los profesionales que trabajan en las Unidades y Áreas de Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias que respondieron al cuestionario sobre su Calidad de vida profesional.

Título

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ASTURIAS.
ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Título

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ASTURIAS.
ESTUDIO DESCRIPTIVO

Resumen

Objetivo: Evaluar la Calidad de Vida de los 2572 profesionales que trabajan en el Modelo de Gestión Clínica, comparando el tiempo en el Modelo (1-3 años) y la influencia de hacerlo en Atención Primaria o Especializada.

Métodos: Se aplicó el CVP-35 (35 preguntas), anónimo y autocumplimentado, con tres preguntas adicionales. Se calculó un tamaño muestral mínimo para cada Unidad/Área de Gestión Clínica (UGC/AGC). Análisis descriptivo, uni y bivalente, de las preguntas por separado y según las subescalas Apoyo Directivo (AD), Cargas de trabajo (CT) y Motivación intrínseca (MI), siendo las principales variables independientes el ámbito asistencial y el tiempo como UGC/AGC.

Resultados: respondieron 1395 (54%) profesionales (87% Especializada). El 87% lleva 5 o más años en la empresa. Para el 33% era su primer año en Gestión Clínica. El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y el más bajo los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$).

Primaria obtiene unos resultados más altos en AD y calidad de vida en el trabajo y Especializada en CT.

Analizando en función del tiempo en Gestión Clínica las mejores puntuaciones se obtienen en las de 3 años, luego en las de 2 y luego en las de uno.

Separando por ámbitos, esas diferencias son especialmente favorables a la Gestión Clínica en Especializada: las que más tiempo llevan perciben menos CT y más MI y calidad de vida.

Conclusiones: Llevar más tiempo en el Modelo de Gestión Clínica se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, especialmente evidentes en atención Especializada.

Palabras clave

Calidad de vida, Profesionales de la salud, Gestión Clínica, CVP-35, Cuestionarios, Motivación

Título en inglés

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE IN THE CLINICAL GOVERNANCE MODEL OF ASTURIAS.
DESCRIPTIVE ANALYSIS

Abstract

Objective: Evaluate the Quality of Life of 2572 professionals working in our Clinical Governance Model by comparing the model time (1-3 years) and the influence of primary and hospital care.

Methods: Cross-sectional descriptive study. It has been applied the QVP-35 questionnaire (35 items), anonymous, self-administered, with three additional questions. It has been calculated a minimum sample size for each Clinical Governance Unit/Area (CGU/CGA). Descriptive analysis; univariate and bivariate, using 35 items and directive support, workload and intrinsic motivation subscales as dependant variables, and level of care and time as CGU/CGA as independent variables.

Results: It was answered by 1395(54%) professionals (87% hospital). 87% has been working for 5 years or more in the company. For 33%, it was the first year working in Clinical Governance. The item with the highest score was the job training ($8,39 \pm 1,42$) and the lowest, the conflicts with peers ($3,23 \pm 2,2$).

Primary health care professionals obtained higher results in directive support and quality of life at work and hospital professionals in workload.

Analyzing by time, the Clinical Governance Model obtained the best scores in 3 years, then the 2 and then in one.

Separated by areas, these differences are especially favorable for the Clinical Governance in Hospitals: those professionals working more time feel less workload and more intrinsic motivation and quality of life.

Conclusions: Taking more time in the Clinical Governance Model is associated with improved perceptions on professional quality of life, especially evident in Hospital care.

Keywords

Quality of life, health personnel, clinical governance, QVP-35, Questionnaire, Motivation

Introducción

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, promoviendo una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud, y orientando la actividad al proceso asistencial y al beneficio de la ciudadanía¹.

Se están implantando diferentes modelos de Gestión Clínica, de manera progresiva, dentro de los servicios sanitarios y, con el agravamiento de la crisis económica, es previsible que lo hagan aún más. Todos ellos pretenden abarcar diferentes aspectos donde no sólo se tenga en cuenta la eficiencia económica, sino que se asegure el mantenimiento de los servicios que se prestan, la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos. Sin embargo no siempre se incluye en los modelos la valoración de la calidad de vida de los profesionales (CVP), artífices del funcionamiento del sistema, y pese a que cada vez más estudios relacionan la satisfacción en el ámbito laboral con la productividad².

La búsqueda de una mejor calidad de vida en el trabajo conlleva el intento de hacer compatibles los intereses de la organización con las demandas y expectativas de sus miembros que, como individuos psicosociales, tienen necesidades e intereses particulares que deben verse satisfechos (desarrollo personal y profesional, satisfacción y motivación, formación continuada)³.

El Modelo de Gestión Clínica de Asturias incluye como obligatorio, dentro de los Acuerdos de Gestión, la realización de una encuesta anual de CVP. Para ello, se eligió el CVP-35, diseñado por Salvador García Sánchez a partir del modelo demandas-control de Karasek⁴, cuestionario validado⁵, reevaluado recientemente^{6,7} y de uso en el ámbito sanitario, incluida nuestra comunidad⁸ y se correlaciona con instrumentos que miden el estado de salud general y el desgaste profesional⁹. También se ha utilizado para evaluar la influencia de distintos modelos de gestión^{10,11}.

En el año 2009 se puso en marcha la Gestión Clínica en Asturias (Decreto BOPA 66/2009¹) con 5 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria (AP); en el año 2010 se crearon Áreas de Gestión Clínica (AGC) en Salud Mental (SM) y en Atención Especializada (AE); y en el año 2011 el modelo se amplió a 32 UGC/AGC que gestionaban un presupuesto de más de 200 millones de euros y en las que trabajaban 2572 profesionales.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la CVP en el Modelo de Gestión Clínica de Asturias y comprobar si existen diferencias en aquellos centros donde el modelo lleva implantado más tiempo.

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el último trimestre de 2011 en las 32 UGC/AGC en funcionamiento. La población de estudio fueron sus 2572 profesionales. La cumplimentación del cuestionario era voluntaria y anónima.

El CVP-35 consta de 35 ítems, cada uno de los cuáles puntúa de 1 a 10. Los ítems se pueden agrupar en tres subescalas sumarias: “Apoyo directivo” (12), “Cargas de trabajo o demandas”

(11) y “Motivación intrínseca” (10); y 2 ítems que no se engloban en otra categorías (calidad de vida en el trabajo y capacidad para desconectar)⁶. El cuestionario se completaba con tres preguntas adicionales: la utilidad que pensaban los trabajadores tendría la encuesta, años de vinculación con la empresa y la categoría profesional. En aras de preservar el anonimato no se recogieron edad ni sexo.

Se determinó el tamaño mínimo de muestra para un intervalo de confianza del 95%, con una prevalencia desconocida del 50% y un error máximo de precisión permitido del 10%, para cada UGC/AGC. Este se envió, junto con la encuesta y las instrucciones, vía correo electrónico, a todas las UGC/AGC. No se realizó ningún tipo de muestreo para la selección de los participantes.

Una vez cumplimentado el cuestionario se introducían los datos, desde la propia UGC/AGC, en una base de datos, *on-line*, para posteriormente ser analizados de forma conjunta. Cada UGC/AGC podía disponer de los resultados de sus profesionales.

Se realizó un análisis descriptivo univariante de las variables: puntuación de cada uno de los 35 ítems; las tres preguntas adicionales; y el tipo de centro, atendiendo al ámbito de funcionamiento: Atención Primaria (AP) o Atención Especializada (AE), y al tiempo funcionando como UGC/AGC (1, 2 ó 3 años). Salud Mental (SM) se incluye dentro de AE pero puntualmente se presentan los datos separados (AP, SM y AE).

Se realizó un análisis bivariante utilizando como variables independientes: ámbito de trabajo, tiempo funcionando como UGC/AGC, tiempo de vinculación con la empresa y categoría profesional y, como variables dependientes, el resto de variables. Una vez comprobada la normalidad de la muestra se utilizaron test paramétricos para realizar las comparaciones (ANOVA, T-Student y Chi² según los casos).

Se presentan los resultados como medias, desviaciones estándar e intervalo de confianza para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Los resultados de los distintos ítems se organizan en torno a las tres subescalas mencionadas: “Apoyo directivo”, “Cargas de trabajo” y “Motivación intrínseca”, calculadas para cada profesional como media aritmética de los ítems que las constituyen⁵; y se presentan conjuntamente con el ítem “calidad de vida en el trabajo” que se puede considerar como una media resumen⁶.

Se considera que existen diferencias entre los grupos de comparación cuando $p < 0,05$. Para el análisis se utilizó el software SPSS 15.0.

Resultados

Se recogieron en total 1395 cuestionarios (error máximo de precisión para el conjunto de la muestra 1,8%), lo que representa una tasa de respuesta del 54%. El 64% de ellos trabajan en AE, el 23% en SM y el 13% en AP. De ellos 234 (17%) respondieron al ítem “Tengo el soporte de mi equipo” por lo que inferimos que tenían responsabilidades dentro de los equipos.

El 77% trabajaban en una UGC/AGC que estaba en su segundo año de funcionamiento. 56 profesionales (4% del total) trabajaban en una UGC que estaba en su tercer de año de funcionamiento, es decir, en los centros de AP en los que se puso en marcha el Modelo en el 2009.

El 87% de los profesionales que respondieron a la encuesta llevaba cinco o más años en la empresa sin diferencias entre los distintos ámbitos: AP, AE o SM. Estos porcentajes tampoco cambian atendiendo a si los equipos llevaban uno, dos o tres años funcionando como UGC/AGC.

El grupo profesional más numeroso fue el B (enfermeras, matronas, fisioterapeutas, ...) que supone el 34% de los profesionales que rellenaron el cuestionario; le siguió el A (médicos, odontólogos, psicólogos, ...) con un 23%.

El 46% de los profesionales consideraban que los resultados de la encuesta no serían utilizados para mejorar su CVP. Este porcentaje sube al 48% en los profesionales que llevan 5 o más años en la empresa y baja al 33% en los que llevan menos de 5 años en la empresa ($p < 0,001$). Este resultado también es distinto atendiendo al ámbito de trabajo (48% en AP y 28% en AE, $p < 0,001$).

En la Tabla 1 se presentan los resultados globales de cada uno de las ítems del cuestionario. Los valores más altos se obtienen en la capacitación que los profesionales consideran que tienen para hacer su trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y en el ítem “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas” ($8,33 \pm 1,74$). Por el contrario, los ítems con una puntuación más baja son los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$) y la posibilidad de promoción ($3,38 \pm 2,33$).

Comparando AP y AE, analizando ítem a ítem, hay diferencias en 22. En la subescala “Apoyo directivo” 11 ítems son diferentes y, de ellos, sólo el apoyo de los compañeros es mejor en AE que en AP ($7,30 \pm 2,14$ vs $6,7 \pm 2,51$). En la subescala “Cargas de trabajo” hay diferencias en 5 ítems. En AE consideran, por ejemplo, que tienen más trabajo ($8,14 \pm 1,36$ vs $7,13 \pm 2,15$) y más incomodidad física ($4,83 \pm 2,76$ vs $4,39 \pm 2,42$), pero, pese a ello, tienen menos conflictos con otras personas de su trabajo que en AP ($3,13 \pm 2,19$ vs $3,93 \pm 2,63$). En la subescala “Motivación intrínseca” hay diferencias en 6 ítems, siendo 5 de ellos favorables para la AE.

Si la comparación en función del ámbito de trabajo (AP vs AE) la realizamos atendiendo a las puntuaciones de las tres subescalas y al ítem “calidad de vida en el trabajo”, vemos que en “Motivación intrínseca” no hay diferencias, cosa que sí sucede con las otras dos subescalas y con la calidad de vida en el trabajo. En AP se percibe más “Apoyo directivo” y en AE más “Cargas de trabajo”. El ítem “calidad de vida en el trabajo” es más alto en AP que en AE ($6,52 \pm 1,74$ vs $5,58 \pm 2,14$) (Tabla 2). En la Figura 1 se muestran esos resultados separando AP, AE y SM.

Al realizar comparaciones en función del tiempo como UGC/AGC (1, 2 ó 3 años), nuevamente no hay diferencias en la subescala “Motivación intrínseca” y sí en las otras dos (“Apoyo directivo” y

“Cargas de trabajo”) y en el ítem “calidad de vida en el trabajo”. Las mejores puntuaciones se obtienen en las que llevan tres años funcionando, seguidas de las que llevan dos años (Figura 2).

Dado que, como se ha expuesto previamente, hay diferencias en la CVP percibida entre AP y AE, analizamos la influencia del tiempo como UGC/AGC en cada uno de esos ámbitos de asistencia por separado.

En AP hay UGC que llevan funcionando tres años y otras dos años, si comparamos las respuestas de sus profesionales hay diferencias en 12 ítems. De ellos 2 podrían considerarse desfavorables (más cantidad de trabajo y más presión para realizarla) para los equipos que llevan más tiempo en el Modelo; pero, 9 son claramente favorables (más satisfacción con el tipo de trabajo, más apoyo de la familia y de los compañeros, más posibilidades de expresarse, entre otros); el ítem carga de responsabilidad, es superior en los de tres años.

Si hacemos el mismo análisis para AE, en este caso comparando las respuestas de los profesionales de UGC/AGC que están en su primer o segundo año, hay diferencias en 18 ítems y, nuevamente, esas diferencias son mayoritariamente favorables (en 15 ítems) para los profesionales que llevan más tiempo (dos años) como UGC/AGC. Los que llevan más tiempo, tienen perciben más trabajo que los que llevan menos tiempo como UGC/AGC ($8,08 \pm 1,29$ vs $8,32 \pm 1,54$) y están más satisfechos con el tipo de trabajo ($7,18 \pm 1,96$ vs $6,54 \pm 2,19$) entre otras ventajas.

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones de las tres subescalas y del ítem “calidad de vida en el trabajo”, en función del ámbito de trabajo y el tiempo de funcionamiento como UGC/AGC. Con este análisis observamos diferencias, favorables al hecho de llevar más tiempo en la Gestión Clínica, únicamente en AE: menos “Cargas de trabajo” y más “Motivación intrínseca” y “calidad de vida en el trabajo”.

Si analizamos los resultados en función del tiempo en la empresa, hay diferencias en 23 ítems y sólo en los dos relacionados con la capacitación las puntuaciones son favorables para el grupo de cinco o más años en la empresa. Considerando las subescalas, los profesionales que llevan menos de 5 años en la empresa perciben más “Apoyo directivo” ($5,71 \pm 1,67$ vs $5,02 \pm 1,58$) y más “Cargas de trabajo” ($5,71 \pm 1,67$ vs $5,02 \pm 1,58$).

En la Figura 3 se muestran los resultados según categoría profesional. La subescala en la que más diferencias hay es en “Apoyo directivo”. De nuevo llaman la atención las elevadas puntuaciones en la subescala “Motivación intrínseca”, sin diferencias entre los distintos colectivos.

Discusión:

Nuestro estudio permite disponer de información de la CVP de un elevado número de profesionales de la sanidad, de distintos ámbitos y categorías, lo cual ya de por sí es importante pues las empresas deben asumir la calidad laboral no sólo como un objetivo en sí

mismo, sino como un factor productivo clave². Pero, además el objetivo era analizar si la consolidación del Modelo de Gestión Clínica se asociaba con mejores percepciones en la calidad de vida de los profesionales. Si bien no es posible establecer comparaciones con otros profesionales del Servicio de Salud que no estén dentro del Modelo, nuestros resultados demuestran que las UGC/AGC que llevan más tiempo constituidas tienen a sus profesionales más satisfechos que aquellas que llevan menos tiempo y esto es especialmente llamativo en AE.

Si comparamos nuestros resultados con los de otros estudios del ámbito sanitario y con el mismo cuestionario^{11,12,13} vemos que la valoración global de la calidad de vida en el trabajo, es similar y en unos valores que podríamos considerar bajos.

En AP, comparando con un estudio realizado también en Asturias⁸, el resultado de ese ítem es discretamente mejor en nuestra muestra, quizá en relación a una menor percepción de “Cargas de trabajo”. Lo mismo sucede en un estudio realizado en la comunidad de Madrid (n=848)¹⁴: la calidad de vida en el trabajo es inferior a la de nuestra muestra con puntuaciones más altas en “Cargas de trabajo”. Sin embargo en otro estudio¹³ tienen menor percepción de “Cargas de trabajo” que los profesionales de nuestro estudio y pese a ello la calidad de vida en el trabajo vuelve a ser superior en nuestros profesionales, minorando el efecto negativo que podría tener la cantidad de trabajo en la satisfacción laboral, al menos en nuestro modelo.

Solamente “calidad de vida en el trabajo” es mejor que el obtenido en nuestra población en un estudio reciente de Cataluña¹¹, donde además se comparan diferentes sistemas organizativos. Los resultados son mejores en aquellos centros en los que se puso en marcha un nuevo modelo de gestión al igual de lo que parece indicar nuestro estudio.

En AE, en un estudio reciente con alergólogos¹², tienen resultados muy similares a los nuestros (comparando con el colectivo médico de AE). Solamente hay diferencias llamativas en la calidad de vida en el trabajo, más alta que en el nuestro, pero no son poblaciones totalmente comparables pues una cuarta parte de los médicos trabajaban únicamente en el ámbito privado.

Por otra parte, en nuestro estudio quedan patentes las diferencias en CVP entre ámbitos: los profesionales de AP perciben más “Apoyo directivo” “calidad de vida en el trabajo” y menos “Cargas de trabajo” que los de AE. El hecho de que, en general, en AP, sean equipos más pequeños, en un espacio físico más cercano podría favorecer la comunicación y la organización del trabajo, lo que Borrel llama círculo cohesivo¹⁵. Además las UGC de AP se constituyeron mayoritariamente con el consenso de los equipos, por lo que es posible que sus profesionales fuesen los más motivados.

Al comparar, ítem por ítem, en función del tiempo como UGC/AGC las diferencias son favorables al modelo, tanto en AP como en AE, aunque más en esta última. Al analizar las puntuaciones de las subescalas se mantienen las diferencias para AE.

Un posible problema a la hora de interpretar los resultados en AP es que, al calcular las puntuaciones sumarias, cuando en algún ítem no hay respuesta, no se puede calcular la

puntuación de esa subescala, por lo que el tamaño de la muestra es menor y más difícil alcanzar la significación estadística. Por otra parte no sorprende que en AP sea más difícil ver diferencias porque, pese al desgaste profesional descrito en este colectivo¹⁶, las puntuaciones obtenidas son más altas y, además, como ya se ha comentado previamente, las unidades de AP que empezaron con la Gestión Clínica probablemente fuesen las más predispuestas al cambio.

La elevada percepción de la “Motivación intrínseca” se ha observado en más ocasiones en estudios de este tipo⁶, quizá ello esté en relación con que en las profesiones sanitarias existe un importante componente vocacional.

Por otra parte los profesionales que llevan más de cuatro años en la empresa tienen más síndrome de burnout¹⁷ que el resto. Aunque a otra escala, esto también se refleja en nuestro estudio, pues los que llevan cinco o más años en la empresa tienen percepciones más bajas de su calidad de vida en el trabajo y también son los que más frecuentemente consideran que los resultados de la encuesta no serán utilizados para mejorar su CVP. En la misma línea, se ha demostrado relación entre la satisfacción en el trabajo y el desgaste profesional¹⁸.

En cuanto a la categoría profesional destacar que existen diferencias entre prácticamente todos los colectivos en “Apoyo directivo”, obteniéndose los valores más altos en el colectivo médico. En este sentido mencionar que en la mayoría de las UGC/AGC el Director, aunque no es requisito, es un facultativo, lo que podría favorecer una relación más fluida con sus compañeros que con otros colectivos. Es necesario insistir en la importancia de fomentar la comunicación descendente¹⁹ que sería un modo sencillo de mejorar la percepción de los trabajadores y repercutiría positivamente en la organización.

Entre las limitaciones de nuestro estudio está el no disponer de edad o sexo. Asimismo dado que el cuestionario se entregó a todo los profesionales que trabajaban en ese momento en las UGC/AGC, y ellos decidieron si rellenarlo o no, la voluntariedad pudiera implicar algún sesgo si bien no sería posible definir en qué sentido.

Muchos estudios demuestran una relación positiva entre las prácticas de innovación en los lugares de trabajo y el éxito empresarial³ y también que la satisfacción mejora la productividad² por lo que, también en el ámbito sanitario, se debe considerar este punto a la hora de tomar decisiones organizativas y, por ello, se incluyó como obligatorio cuando se diseñó el cambio organizativo en el Servicio de Salud.

Los resultados indican que el Modelo de Gestión Clínica de Asturias favorece la mejora en la percepción de la CVP. Si bien hay diferencias según los ámbitos, sus efectos positivos son especialmente relevantes en AE. En cualquier caso es necesario establecer mecanismos de comparación con profesionales que no estén dentro del Modelo y también hacer análisis evolutivos²⁰.

La crisis económica global en la que nos hallamos inmersos puede agravar la situación, con falta de medios técnicos, en estructuras, en muchos casos, caducas; recortes en personal; y más presión asistencial. Por ello es importante conocer las diferencias de sentimiento entre

los distintos colectivos a la hora de plantearse cambios en los modelos organizativos o incluso la continuidad del sistema²¹.

Tabla 1: Resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario ordenados de mayor a menor.

| Enunciado de cada ítem | N | Media | Desv. típica | Intervalo confianza para la media 95% | | Mediana | Percentil 10 | Percentil 90 |
|---|------|-------|--------------|---------------------------------------|----------|---------|--------------|--------------|
| | | | | Lím. inf | Lím. sup | | | |
| Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual | 1378 | 8,39 | 1,42 | 8,32 | 8,47 | 9 | 7 | 10 |
| Mi trabajo es importante para la vida de otras personas | 1371 | 8,33 | 1,74 | 8,24 | 8,42 | 9 | 6 | 10 |
| Apoyo de mi familia (en relación a mi vida profesional) | 1360 | 8,30 | 2,08 | 8,19 | 8,41 | 9 | 5 | 10 |
| Cantidad de trabajo que tengo | 1380 | 8,01 | 1,52 | 7,93 | 8,09 | 8 | 6 | 10 |
| Me siento orgulloso de mi trabajo | 1338 | 7,96 | 1,93 | 7,86 | 8,07 | 8 | 5 | 10 |
| Capacitación necesaria para hacer mi trabajo actual | 1361 | 7,95 | 1,62 | 7,83 | 8,03 | 8 | 6 | 10 |
| Carga de responsabilidad | 1361 | 7,50 | 2,00 | 7,40 | 7,61 | 8 | 5 | 10 |
| Apoyo de los compañeros | 1378 | 7,22 | 2,20 | 7,11 | 7,34 | 8 | 4 | 10 |
| Me siento orgulloso de pertenecer al centro donde trabajo | 1328 | 7,22 | 2,35 | 7,10 | 7,35 | 8 | 4 | 10 |
| Lo que tengo que hacer queda claro | 1333 | 7,21 | 2,06 | 7,10 | 7,32 | 8 | 4 | 10 |
| Motivación (ganas de esforzarme) | 1385 | 7,18 | 2,34 | 7,06 | 7,30 | 8 | 4 | 10 |
| Ganas de ser creativo | 1377 | 7,09 | 2,37 | 6,96 | 7,21 | 8 | 4 | 10 |
| "Desconecto" al acabar la jornada | 1380 | 7,07 | 2,56 | 6,94 | 7,21 | 8 | 3 | 10 |
| Satisfacción con el tipo de trabajo | 1383 | 7,03 | 2,05 | 6,92 | 7,13 | 7 | 4 | 9 |
| Estrés (esfuerzo emocional) | 1369 | 6,93 | 2,23 | 6,81 | 7,05 | 7 | 4 | 10 |
| Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo | 1385 | 6,80 | 2,29 | 6,68 | 6,92 | 7 | 4 | 10 |
| Tengo el soporte de mi equipo | 234 | 6,75 | 2,29 | 6,45 | 7,04 | 7 | 4 | 10 |
| Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo | 1382 | 6,25 | 2,39 | 6,13 | 6,38 | 7 | 3 | 9 |
| Posibilidad de expresar lo que pienso y lo que necesito | 1360 | 5,95 | 2,49 | 5,82 | 6,08 | 6 | 2 | 9 |
| Apoyo de mis jefes | 1376 | 5,94 | 2,62 | 5,80 | 6,07 | 6 | 2 | 9 |
| Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo que tengo | 1375 | 5,93 | 2,41 | 5,80 | 6,06 | 6 | 3 | 9 |
| Variedad de mi trabajo | 1371 | 5,79 | 2,39 | 5,66 | 5,92 | 6 | 2 | 9 |
| Interrupciones molestas | 1366 | 5,69 | 2,59 | 5,56 | 5,83 | 6 | 2 | 9 |
| Calidad de vida en mi trabajo | 1328 | 5,67 | 2,12 | 5,56 | 5,79 | 6 | 3 | 8 |
| Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud | 1329 | 5,29 | 2,70 | 5,15 | 5,44 | 5 | 2 | 9 |
| Tengo autonomía o libertad de decisión | 1370 | 5,21 | 2,48 | 5,07 | 5,34 | 5 | 1 | 8 |

| | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|---|---|---|
| Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas | 1332 | 5,18 | 2,49 | 5,04 | 5,31 | 5 | 1 | 8 |
| Posibilidad de ser creativo | 1377 | 5,03 | 2,47 | 4,90 | 5,17 | 5 | 1 | 8 |
| Recibo información de los resultados de mi trabajo | 1381 | 4,81 | 2,69 | 4,67 | 4,96 | 5 | 1 | 8 |
| Satisfacción con el sueldo | 1383 | 4,80 | 2,32 | 4,68 | 4,93 | 5 | 1 | 8 |
| Incomodidad física en el trabajo | 1373 | 4,77 | 2,72 | 4,63 | 4,92 | 5 | 1 | 9 |
| Reconocimiento de mi esfuerzo | 1377 | 4,74 | 2,38 | 4,62 | 4,87 | 5 | 1 | 8 |
| Falta de tiempo para mi vida personal | 1370 | 4,51 | 2,38 | 4,39 | 4,64 | 4 | 1 | 8 |
| Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto de trabajo | 1363 | 3,64 | 2,30 | 3,52 | 3,76 | 3 | 1 | 7 |
| Posibilidad de promoción | 1366 | 3,38 | 2,33 | 3,26 | 3,51 | 3 | 1 | 7 |
| Conflictos con otras personas de mi trabajo | 1382 | 3,23 | 2,27 | 3,11 | 3,35 | 3 | 1 | 7 |

Tabla 2: Comparaciones entre las puntuaciones sumarias de cada una de las tres subescalas (Apoyo directivo, Cargas de trabajo y Motivación intrínseca) y del ítem “calidad de vida en mi trabajo” en función del ámbito de la asistencia (Atención Primaria o Atención Especializada).

En negrita significación $p < 0,05$.

| | | N | Media | Desv. típica | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Sig. |
|--------------------------------------|----|------|-------|--------------|---|-----------------|-------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | |
| Apoyo directivo | AP | 110 | 5,82 | 1,38 | 5,56 | 6,08 | ,000 |
| | AE | 1082 | 5,05 | 1,61 | 4,95 | 5,14 | |
| Cargas de trabajo | AP | 106 | 5,64 | 1,33 | 5,39 | 5,90 | ,043 |
| | AE | 1109 | 5,93 | 1,41 | 5,85 | 6,02 | |
| Motivación intrínseca | AP | 127 | 7,61 | 1,08 | 7,42 | 7,80 | ,321 |
| | AE | 1112 | 7,72 | 1,16 | 7,65 | 7,79 | |
| Calidad de vida en mi trabajo | AP | 135 | 6,52 | 1,74 | 6,22 | 6,81 | ,000 |
| | AE | 1193 | 5,58 | 2,14 | 5,45 | 5,70 | |

Tabla 3: Comparaciones entre las puntuaciones sumarias de cada una de las tres Subescalas (Apoyo directivo, Cargas de trabajo y Motivación intrínseca) y del ítem “calidad de vida en mi trabajo” en función del ámbito de la asistencia (Atención Primaria o Atención Especializada) y del tiempo funcionando como UGC/AGC. En negrita significación $p < 0,05$.

| | Años como UGC/AGC | N | Media | Desviación típica | Intervalo de confianza para la media 95% | | Sig. |
|-------------------------------|-------------------|-----|-------|-------------------|--|-----------------|-------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | |
| Atención Primaria | | | | | | | |
| Apoyo directivo | 2 | 57 | 5,66 | 1,35 | 5,30 | 6,02 | 0,22 |
| | 3 | 53 | 5,99 | 1,42 | 5,60 | 6,38 | |
| Cargas de trabajo | 2 | 52 | 5,63 | 1,43 | 5,23 | 6,03 | 0,91 |
| | 3 | 54 | 5,66 | 1,23 | 5,32 | 6,00 | |
| Motivación intrínseca | 2 | 72 | 7,48 | 1,07 | 7,23 | 7,73 | 0,12 |
| | 3 | 55 | 7,79 | 1,08 | 7,49 | 8,08 | |
| Calidad de vida en mi trabajo | 2 | 79 | 6,47 | 1,58 | 6,11 | 6,82 | 0,69 |
| | 3 | 56 | 6,59 | 1,94 | 6,07 | 7,11 | |
| Atención Especializada | | | | | | | |
| Apoyo directivo | 1 | 249 | 5,00 | 1,58 | 4,80 | 5,20 | 0,60 |
| | 2 | 833 | 5,06 | 1,61 | 4,95 | 5,17 | |
| Cargas de trabajo | 1 | 254 | 6,28 | 1,46 | 6,10 | 6,46 | 0,00 |
| | 2 | 855 | 5,83 | 1,37 | 5,74 | 5,92 | |
| Motivación intrínseca | 1 | 251 | 7,53 | 1,19 | 7,38 | 7,68 | 0,00 |
| | 2 | 861 | 7,78 | 1,15 | 7,70 | 7,85 | |
| Calidad de vida en mi trabajo | 1 | 270 | 5,15 | 2,37 | 4,86 | 5,43 | 0,00 |
| | 2 | 923 | 5,70 | 2,06 | 5,57 | 5,83 | |

Bibliografía

- ¹ Decreto BOPA 662009, 14 de Julio. BOPA 170, 24 de Julio de 2009; [consultado el 24/09/2012]. Disponible en <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnextoid=d7d79d1>.
- ² Estudio Manpower Professional. Calidad Laboral y Productividad. Institut de Recerca en Economia Aplicada. Universidad de Barcelona; [consultado el 24/09/2012]. Disponible en: <http://www.ub.edu/irea/Manpower.pdf>.
- ³ Segurado Torres A, Agulló Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 2002; 14: 828-36.
- ⁴ Karasek R. The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *Int J Health Serv*. 1989; 19: 481-508.
- ⁵ Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000; 7: 53-68.
- ⁶ Martín J, Cortés JA, Morente M, et al. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit*. 2004; 18: 129-36.
- ⁷ Tomás-Sábado J, Sánchez López C, Maynegre Santaulària M, et al. Estructura factorial de la Escala de Calidad de vida Profesional (CVP-35) en enfermeras de Atención Primaria. *Psicologia.com*. 2011: 15-23, ISSN: 1137-8492; [consultado el 24/09/2012]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/4289>.
- ⁸ Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria*. 2002; 30: 483-9.
- ⁹ Martín Fernández J, Gómez Gascón T, Martínez García-Olalla C, et al. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria*. 2008; 40: 327-34.
- ¹⁰ López Escribano A, López Moyano JL, Jareño Collado P, et al. Influencia de los modelos de gestión en la calidad de vida profesional del personal cuidador en residencias de mayores de Albacete. *Enfermería clínica*. 2009; 19: 258-66.
- ¹¹ Anguita Guimet A, Ortiz Molina J, Sitjar Martínez de Sas S, et al. Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semergen*. 2012, 38: 79-86.
- ¹² Chivato Pérez T, Campos Andreu A, Negro Álvarez JM, et al. Professional burnout and work satisfaction in Spanish Allergist: analysis of working conditions in the specialty. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011; 21: 13-21.
- ¹³ Muñoz Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, et al. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006; 37: 209-14.
- ¹⁴ Juvete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, et al. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del área I de Madrid. *Aten Primaria*. 2005; 36: 112-4.
- ¹⁵ Borrell Carrió F. Equipos de salud: ¿problema o solución?. *Aten Primaria*. 2009; 41: 73-5.
- ¹⁶ Esteva M, Larraz C, Soler JK, et al. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005; 35: 108-9.
- ¹⁷ Montero-Marín M, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, et al. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *Psychiatry*. 2011; 11: 49-62.
- ¹⁸ Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006; 206: 77-83.
- ¹⁹ Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, et al. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*. 2002; 23: 143-160.
- ²⁰ Pujol Ribera E. Reevaluando la validez del cuestionario CVP-35: sensibilidad al cambio, cambios importantes y mínima diferencia importante. *Aten Primaria*. 2008; 40: 334-6.
- ²¹ Taylor C, Graham J, Potts H WW, et al. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *The Lancet*. 2005; 366: 742-4.

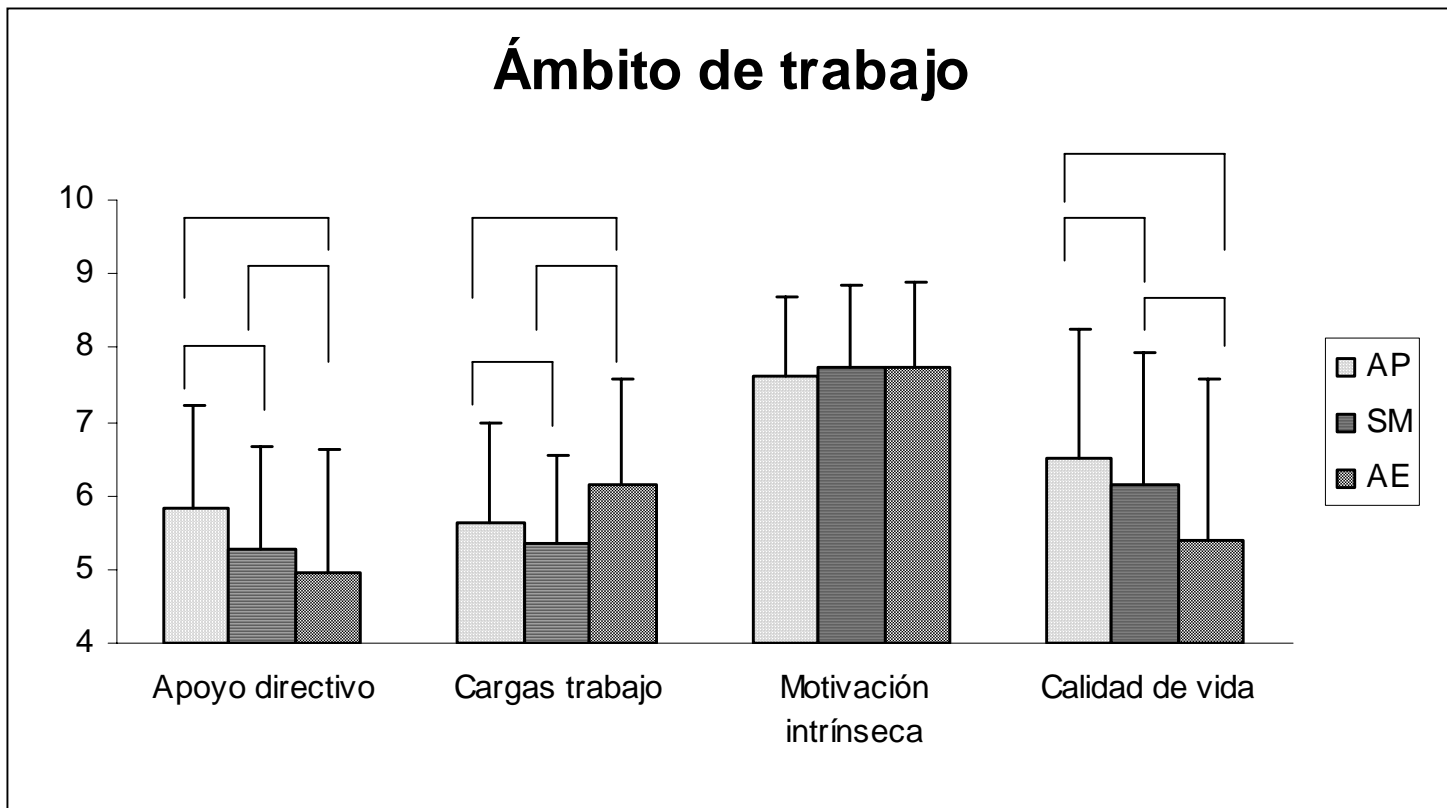


Figura 1: Puntuaciones sumarias de las tres subescalas y del ítem “calidad de vida en el trabajo” según el ámbito de trabajo (medias \pm desviaciones estándar). Las conexiones en línea fina indican diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). AP: Atención Primaria. SM: Salud Mental. AE: Atención Especializada.

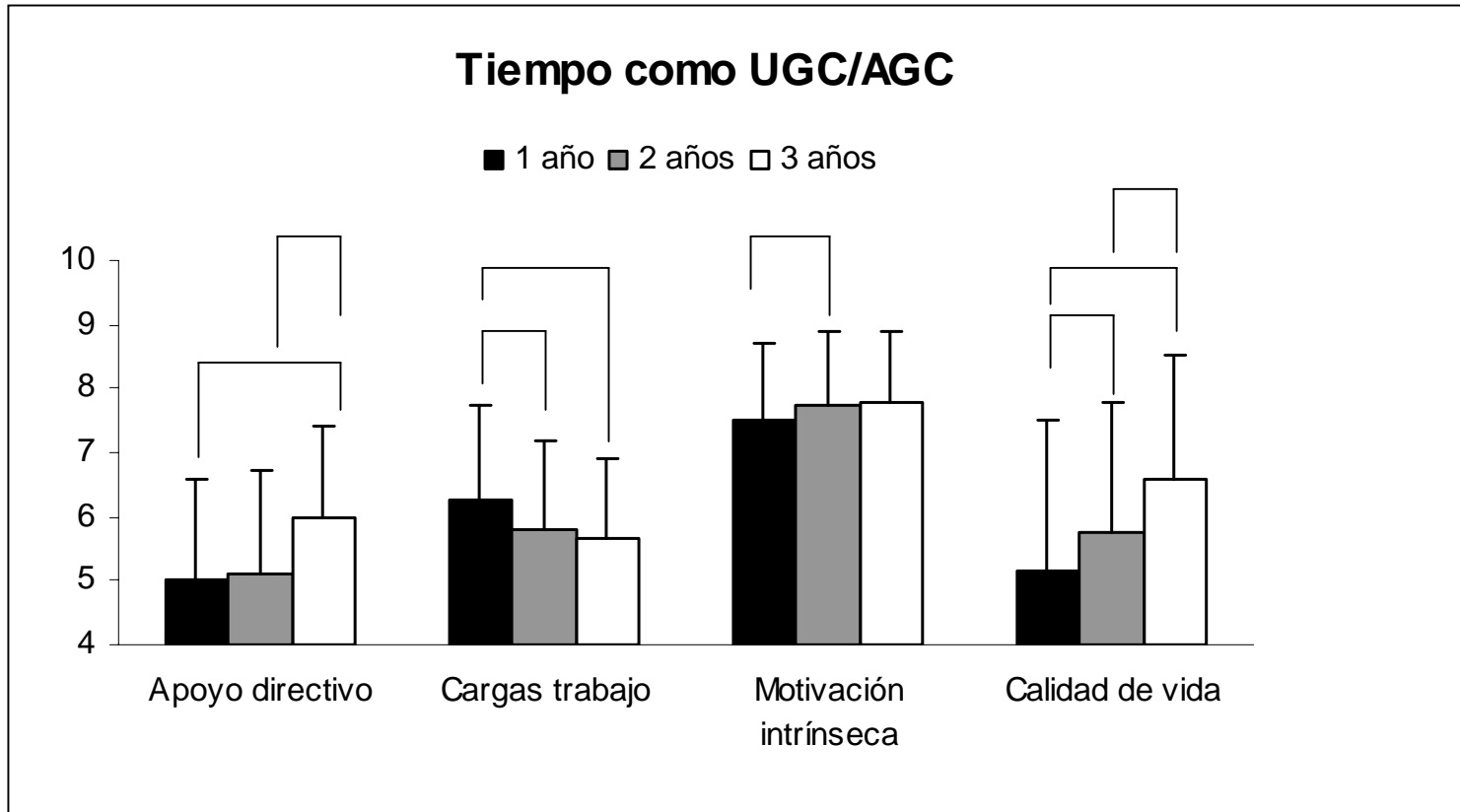


Figura 2: Puntuaciones sumarias de las tres subescalas y del ítem “calidad de vida en el trabajo” en función del tiempo funcionado como UGC/AGC (1, 2 o 3 años) (medias \pm desviaciones estándar). Las conexiones en línea fina indican diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

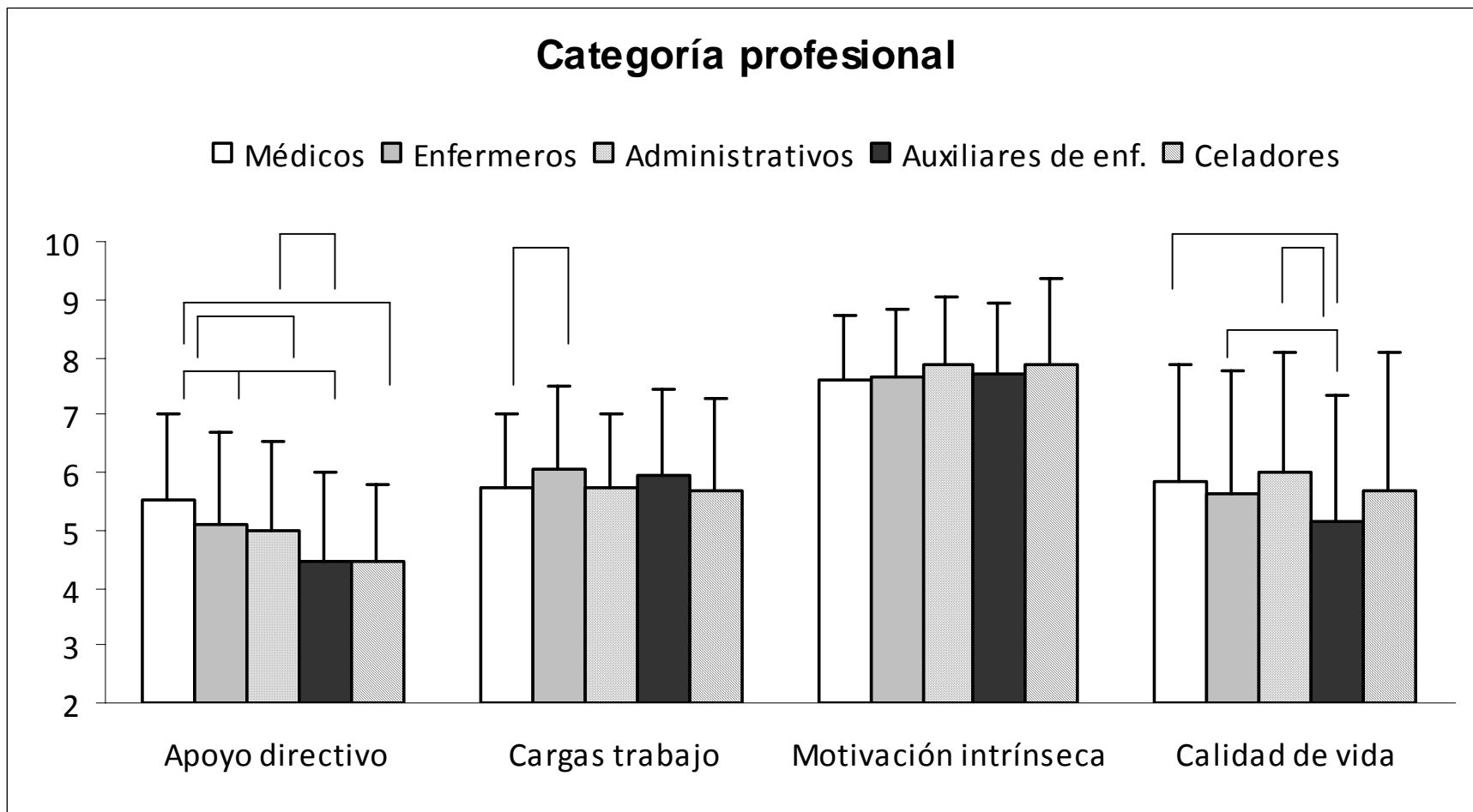


Figura 3: Puntuaciones sumarias de las tres subescalas y del ítem “calidad de vida en el trabajo” según categoría profesional (medias \pm desviaciones estándar). Las conexiones en línea fina indican diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

¿Qué se sabe sobre el tema?

Hay estudios sobre Calidad de vida profesional en el ámbito sanitario en nuestro país pero casi exclusivamente de Primaria. En Especializada hay un estudio pero sólo con médicos y no todos del ámbito hospitalario. En cuanto a la influencia de distintos Modelos de Gestión también hay únicamente un trabajo, en Primaria, y con un pequeño número de profesionales.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Permite disponer de datos actuales de calidad de vida profesional de un gran número de profesionales sanitarios de distintas categorías, tanto de Primaria como de Especializada. Permite servir de referencia a cualquier equipo multidisciplinar que quiera autoevaluarse; comprender las diferencias entre los distintos colectivos, facilitando la toma de decisiones organizativas; y apoya los cambios organizativos.