

Original

Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias

Carmen Díaz Corte*, Óscar Suárez Álvarez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, Pablo Mola Caballero de Rodas, Iván Rancaño García, Ana María Sánchez Fernández, Rebeca Suárez Gutiérrez y Carlos Díaz Vázquez

Servicio de Calidad y Gestión Clínica, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de octubre de 2012

Aceptado el 18 de enero de 2013

On-line el 9 de marzo de 2013

Palabras clave:

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

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la calidad de vida profesional en el modelo de gestión clínica de Asturias y comprobar si hay diferencias en los centros donde el modelo lleva implantado más tiempo o en función del ámbito asistencial (atención primaria o especializada).

Métodos: Se aplicó el CVP-35 (35 preguntas), anónimo y autocumplimentado, con tres preguntas adicionales. Se realizó un análisis descriptivo, univariado y bivariado, 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 unidad o área de gestión clínica.

Resultados: De la población de estudio, 2572 profesionales, respondieron 1395 (54%) (el 67% en primaria y 51% en especializada). El 87% llevaba 5 años o más en su puesto. 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 resultados más altos en AD y calidad de vida en el trabajo, y especializada en CT. Respecto a la gestión clínica, las mejores puntuaciones se obtienen en las de 3 años y las peores en las de primer año. Las 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, sobre todo en atención especializada.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Professional quality of life in the clinical governance model of Asturias (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To evaluate professional quality of life in our clinical governance model by comparing differences according to the time since the model's implementation (1-3 years) and the setting (primary or hospital care).

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed. The 35-item, anonymous, self-administered Professional Quality of Life Questionnaire, with three additional questions, was applied. A minimum sample size for each clinical governance unit/area (CGU/CGA) was calculated. Descriptive, univariate and bivariate analyses were performed using the 35 items separately. The subscales of «management support», «workload» and «intrinsic motivation» were used as dependant variables, and the setting and time since implementation of the CGU/CGA as independent variables.

Results: Of the study population of 2572 professionals, 1395 (54%) responded (67% in primary care and 51% in hospital care). A total of 87% had been working for 5 years or more in their positions. Thirty-three percent had worked for less than a year in clinical governance. The item with the highest score was job training (8.39 ± 1.42) and that with the lowest was conflicts with peers (3.23 ± 2.2). Primary healthcare professionals showed better results in management support and quality of life at work and hospital professionals in workload. The clinical governance model obtained the best scores at 3 years and the worst at 1 year. These differences were especially favorable for clinical governance in hospitals: professionals working longer perceived a lower workload and more intrinsic motivation and quality of life.

Conclusions: A longer time working in the clinical governance model was associated with better perception of professional quality of life, especially in hospital care.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Quality of life
Health personnel
Clinical governance
QVP-35
Questionnaire
Motivation

Introducción

La gestión clínica tiene como objetivo ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles (efectividad), acordes con la información científica disponible (eficacia) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia)¹. En algunos casos esto

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.diazc@sespa.princast.es (C. Díaz Corte).

requiere un proceso de rediseño organizativo que incorpore al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica².

En este contexto se están implantando diferentes modelos dentro de los servicios sanitarios. Todos ellos pretenden abarcar diferentes aspectos que no sólo tengan en cuenta la eficiencia económica, sino que aseguren el mantenimiento de los servicios que se prestan, la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos. Sin embargo, en los modelos no siempre se incluye la valoración de la calidad de vida de los profesionales (CVP), pese a que cada vez más estudios relacionan la calidad laboral con la productividad³.

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 las 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)⁴.

El modelo de gestión clínica de Asturias incluye como obligatoria la realización de una encuesta anual de CVP. Para ello se eligió el CVP-35, diseñado por García a partir del modelo de demandas-control de Karasek⁵, cuestionario validado⁶, reevaluado recientemente^{7,8} y de uso en el ámbito sanitario, incluida nuestra comunidad⁹, que se correlaciona con instrumentos que miden el estado de salud general y el desgaste profesional¹⁰; también se ha utilizado para evaluar la influencia de distintos modelos de gestión^{11,12}.

En el año 2009 se puso en marcha la gestión clínica en Asturias (Decreto BOPA 66/2009²) con cinco unidades de gestión clínica (UGC) de atención primaria; en el año 2010 se crearon áreas de gestión clínica (AGC) en salud mental y en atención especializada; 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 hay diferencias en los centros donde el modelo lleva implantado más tiempo y en función del ámbito asistencial (primaria o especializada).

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el último trimestre de 2011 en las 32 UGC/AGC en funcionamiento (8 de atención primaria y 24 de especializada). 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 cuales puntúa de 1 a 10. Los ítems pueden agruparse en tres subescalas sumarias: «Apoyo directivo» (12), «Cargas de trabajo o demandas» (11) y «Motivación intrínseca» (10); y quedan dos ítems que no se engloban en otras categorías («Calidad de vida en el trabajo» y «Capacidad para desconectar»)⁷. El cuestionario se completaba con tres cuestiones adicionales: utilidad que pensaban los trabajadores tendría la encuesta, años de vinculación con la empresa y categoría profesional. Para preservar el anonimato, no se recogieron la edad ni el sexo.

El cuestionario se envió por correo electrónico a todas las UGC/AGC. Una vez cumplimentado se introducían los datos, en la propia UGC/AGC, en una base de datos *on-line*, para luego analizarlos de manera conjunta. Se hizo llegar el cuestionario a todos los profesionales, sin realizar ningún tipo de muestreo.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables puntuación de cada uno de los 35 ítems, las tres preguntas adicionales y tipo de centro, atendiendo al ámbito de funcionamiento (atención primaria o especializada) y al tiempo funcionando como UGC/AGC (1, 2 o 3 años). Salud mental se incluyó dentro de atención especializada.

El análisis bivariado utilizó como variables independientes el ámbito de trabajo, el tiempo funcionando como UGC/AGC, el tiempo de vinculación con la empresa y la categoría profesional, y como variables dependientes el resto. Una vez comprobada la normalidad de la muestra se realizaron tests paramétricos para hacer las comparaciones (ANOVA, *t* de Student y ji al cuadrado, según el caso).

Se presentan los resultados como medias, desviaciones estándar e intervalo de confianza para las variables cuantitativas, y como distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Los resultados de los distintos ítems se organizan en torno a las tres subescalas (Apoyo directivo, Cargas de trabajo y Motivación intrínseca), calculadas para cada profesional como media aritmética de los ítems que las constituyen⁶, y se presentan conjuntamente con el ítem «Calidad de vida en el trabajo», que puede considerarse como una media resumen⁷.

Se estableció que había diferencias entre los grupos de comparación cuando $p < 0,05$. Para el análisis se empleó el software SPSS 15.0.

Resultados

Se recogieron 1395 cuestionarios (error máximo de precisión para el conjunto de la muestra: 1,8%), lo que representa una tasa de respuesta del 54% (67% en atención primaria y 51% en atención especializada). El 87% de ellos trabajaban en atención especializada y el 13% en atención primaria.

El 77% pertenecían a una UGC/AGC que estaba en su segundo año de funcionamiento. Cincuenta y seis profesionales (4% del total) trabajaban en una UGC que estaba en su tercer de año de funcionamiento, es decir, en los centros de atención primaria donde se puso en marcha el modelo en 2009.

El 87% de los profesionales que respondieron a la encuesta llevaba 5 años o más en la empresa, sin diferencias entre los distintos ámbitos (atención primaria o especializada). Estos porcentajes tampoco cambian atendiendo a si los equipos llevaban 1, 2 o 3 años funcionando como UGC/AGC.

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

El 46% de los profesionales consideraban que los resultados de la encuesta no se utilizarían para mejorar su CVP. Este porcentaje sube al 48% en los profesionales que llevan 5 años o más en la empresa y baja al 33% en los que llevan menos de 5 años ($p < 0,001$). Según el ámbito de trabajo, en atención primaria el 48% creían que los resultados de la encuesta no serían utilizados para mejorar su CVP, y en atención especializada el porcentaje es del 28% ($p < 0,001$).

En la [tabla 1](#) se presentan los resultados globales de cada uno de los 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 de conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$) y posibilidad de promoción ($3,38 \pm 2,33$).

Comparando atención primaria y especializada, ítem a ítem, hay diferencias en 22. En la subescala «Apoyo directivo» son diferentes 11 ítems, y de ellos sólo el apoyo de los compañeros es mejor en atención especializada que en primaria ($7,30 \pm 2,14$ frente a $6,7 \pm 2,51$). En la subescala «Cargas de trabajo» hay diferencias en 5 ítems. En atención especializada consideran, por ejemplo, que tienen más trabajo ($8,14 \pm 1,36$ frente a $7,13 \pm 2,15$) y más inkomodidad física ($4,83 \pm 2,76$ frente a $4,39 \pm 2,42$), pero pese a ello tienen menos conflictos con otras personas de su trabajo que en atención primaria ($3,13 \pm 2,19$ frente a $3,93 \pm 2,63$). En la subescala

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

Enunciado de cada ítem	N	Media	DT	IC95% para la media		Mediana	P10	P90
				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

DT: desviación típica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; P: percentil.

«Motivación intrínseca» hay diferencias en 6 ítems, en cinco de ellos favorables para atención especializada.

Si la comparación según el ámbito de trabajo se realiza atendiendo a las puntuaciones de las tres subescalas y al ítem «Calidad de vida en el trabajo», en «Motivación intrínseca» no hay diferencias, cosa que sí sucede con las otras dos subescalas y con «Calidad de vida en el trabajo». En atención primaria se percibe más apoyo directivo y en atención especializada más cargas de trabajo. El ítem «Calidad de vida en el trabajo» es más alto en atención primaria que en especializada ($6,52 \pm 1,74$ frente a $5,58 \pm 2,14$) (tabla 2).

Al realizar comparaciones según el tiempo como UGC/AGC (1, 2 o 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 3 años funcionando, seguidas de las que llevan 2 años (fig. 1).

Puesto que, como ya se ha expuesto, hay diferencias en la CVP percibida entre atención primaria y atención especializada, analizamos la influencia del tiempo como UGC/AGC en cada uno de estos ámbitos de asistencia por separado.

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 asistencia (atención primaria o atención especializada)

	N	Media	DT	IC95% para la media		p
				Lím. inf.	Lím. sup.	
<i>Apoyo directivo</i>						
AP	110	5,82	1,38	5,56	6,08	0,000 ^a
AE	1082	5,05	1,61	4,95	5,14	
<i>Cargas de trabajo</i>						
AP	106	5,64	1,33	5,39	5,90	0,043 ^a
AE	1109	5,93	1,41	5,85	6,02	
<i>Motivación intrínseca</i>						
AP	127	7,61	1,08	7,42	7,80	0,321
AE	1112	7,72	1,16	7,65	7,79	
<i>Calidad de vida en mi trabajo</i>						
AP	135	6,52	1,74	6,22	6,81	0,000 ^a
AE	1193	5,58	2,14	5,45	5,70	

DT: desviación típica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; AP: atención primaria; AE: atención especializada.

^a Significación estadística ($p < 0,05$).

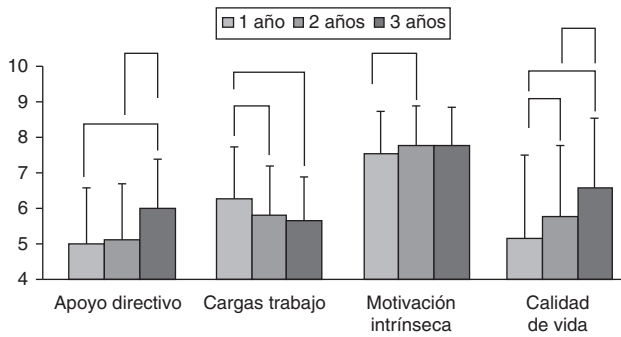


Figura 1. Puntuaciones sumarias de las tres subescalas y del ítem «Calidad de vida en el trabajo» en función del tiempo funcionado como UGC/AGC (1, 2 o 3 años) (media ± desviación estándar). Las conexiones indican diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05).

En atención primaria hay UGC que llevan funcionado 3 años y otras 2 años, y si comparamos las respuestas de sus profesionales hay diferencias en 12 ítems. De ellos, dos podrían considerarse desfavorables (más cantidad de trabajo y más presión para realizarla) para los equipos que llevan más tiempo en el modelo, pero nueve 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 3 años.

Si hacemos el mismo análisis para atención especializada, en este caso comparando las respuestas de los profesionales de las UGC/AGC que están en su primer o segundo año, hay diferencias en 18 ítems y nuevamente en su mayoría favorables (en 15 ítems) para los profesionales que llevan más tiempo (2 años) como UGC/AGC. Los que llevan más tiempo perciben más trabajo que los que llevan menos tiempo como UGC/AGC (8,08 ± 1,29 frente a 8,32 ± 1,54) y están más satisfechos con el tipo de trabajo (7,18 ± 1,96 frente a 6,54 ± 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 del tiempo de funcionamiento como UGC/AGC. Con este análisis observamos diferencias, favorables al hecho de llevar más tiempo en la gestión clínica, sólo en atención especializada: menos «Cargas de trabajo» y más «Motivación intrínseca» y «Calidad de vida en el trabajo».

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 asistencia (atención primaria o atención especializada) y del tiempo funcionando como UGC/AGC

	Años como UGC/AGC	N	Media	DT	IC95% para la media		p
					Lím. inf.	Lím. sup.	
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 ^a
	2	855	5,83	1,37	5,74	5,92	
Motivación intrínseca	1	251	7,53	1,19	7,38	7,68	0,00 ^a
	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 ^a
	2	923	5,70	2,06	5,57	5,83	

DT: desviación típica; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Significación estadística (p < 0,05).

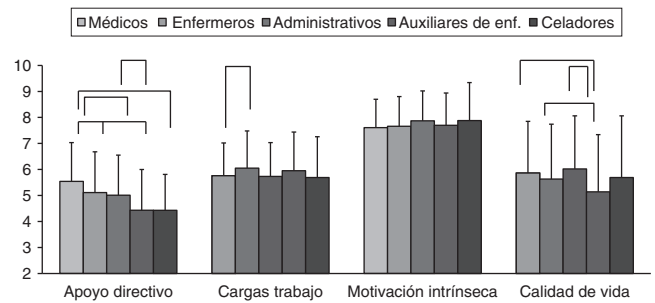


Figura 2. Puntuaciones sumarias de las tres subescalas y del ítem «Calidad de vida en el trabajo» según categoría profesional (media ± desviación estándar). Las conexiones indican diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05).

Si analizamos los resultados en función del tiempo en la empresa (similar en atención primaria y especializada), son diferentes 23 ítems y sólo en los dos relacionados con la capacitación son favorables las puntuaciones para el grupo de 5 años o más en la empresa. Considerando las subescalas, los profesionales que llevan menos de 5 años en la empresa perciben más «Apoyo directivo» (5,71 ± 1,67 frente a 5,02 ± 1,58) y más «Cargas de trabajo» (5,71 ± 1,67 frente a 5,02 ± 1,58).

En la figura 2 se muestran los resultados según la categoría profesional. La subescala en que más diferencias hay es «Apoyo directivo». De nuevo llaman la atención las altas puntuaciones en «Motivación intrínseca», sin diferencias entre los distintos colectivos.

Discusión

Disponemos de información sobre la CVP de gran número de profesionales de la sanidad, de distintos ámbitos y categorías, lo cual ya de por sí es importante porque las empresas deben asumir la calidad laboral no sólo como un objetivo en sí mismo, sino como un factor productivo clave³. En este trabajo analizamos si la consolidación del modelo de gestión clínica en nuestra comunidad se asocia con mejores percepciones en la CVP, y si hay diferencias según el ámbito de trabajo o la categoría profesional.

Si comparamos nuestros resultados con otros obtenidos en el ámbito sanitario y con el mismo cuestionario¹²⁻¹⁴, analizando

el ítem «Calidad de vida en mi trabajo», en atención primaria, en la mayoría de los estudios se obtienen valores inferiores^{9,14,15} a los del nuestro, lo que podría relacionarse con una mayor percepción de «Cargas de trabajo» en dos de ellos. En nuestro modelo, el efecto negativo que podrían tener las «Cargas de trabajo» es menor, y hemos comprobado una mayor influencia de la subescala «Apoyo directivo» (datos no mostrados). Solamente el ítem «Calidad de vida en el trabajo» es mejor que el obtenido en nuestra población en un estudio reciente de Cataluña¹², donde además se comparan diferentes sistemas organizativos. Los resultados son mejores en aquellos centros donde, al igual que en nuestro caso, se puso en marcha un nuevo modelo de gestión.

En atención especializada, en un estudio reciente con alergólogos¹³ se obtienen resultados en «Calidad de vida en el trabajo» mejores que los nuestros (comparando con el colectivo médico de atención especializada), pero no son poblaciones totalmente comparables, pues una cuarta parte de los médicos de dicho estudio trabajaban sólo en el ámbito privado.

Dentro de los aspectos globales que influyen en la CVP se apuntan la retribución y las condiciones de seguridad y bienestar en el trabajo.¹⁶ En nuestro estudio, efectivamente la satisfacción con el sueldo es uno de los ítems peor valorados, por lo que es necesario buscar alternativas, como pueden ser la incentivación no económica, la flexibilidad de horarios o el desarrollo de la carrera profesional. En cuanto a la incomodidad física, probablemente en el ámbito sanitario sea menos relevante que en otros entornos, y por eso, en nuestro estudio, su percepción negativa no es en especial llamativa.

Por otra parte, en nuestro estudio quedan patentes las diferencias en CVP entre ámbitos: los profesionales de atención primaria perciben más «Apoyo directivo» y «Calidad de vida en el trabajo», y menos «Cargas de trabajo», que los de atención especializada. El hecho de que, en general, en atención primaria sean equipos más pequeños y en un espacio físico más cercano podría favorecer la comunicación y la organización del trabajo (lo que Borrell llama «círculo cohesivo»¹⁷), y con ello mejorar la percepción de la CVP. Además, las UGC de atención primaria se constituyeron mayoritariamente con el consenso de los equipos, por lo es posible que sus profesionales fuesen los más motivados desde el inicio.

Al comparar, ítem por ítem, en función del tiempo que llevan como UGC/AGC, las diferencias son favorables al modelo, tanto en atención primaria como en atención especializada, aunque más en esta última. Al analizar las puntuaciones de las subescalas se mantienen las diferencias para atención especializada. Un posible problema a la hora de interpretar los resultados en atención primaria es que, al calcular las puntuaciones sumarias, cuando en algún ítem no hay respuesta no puede calcularse la puntuación de esa subescala, por lo que el tamaño de la muestra es menor. Por otra parte, no sorprende que en atención primaria sea más difícil ver diferencias, porque pese al desgaste profesional descrito en este colectivo¹⁸ las puntuaciones obtenidas son más altas de entrada y, por tanto, más difíciles de mejorar. Además, como ya se ha comentado, las unidades de atención primaria que empezaron con la gestión clínica probablemente fuesen las más predisuestas al cambio.

La alta «Motivación intrínseca» se ha observado en más ocasiones⁷. Quizá ello esté en relación con que en las profesiones sanitarias hay un importante componente vocacional. No hemos detectado diferencias entre los distintos colectivos profesionales ni en función del tiempo en la empresa.

Se ha descrito una relación entre el desgaste profesional y la satisfacción en el trabajo¹⁹, y que los profesionales que llevan más de 4 años en las empresas tienen más síndrome de *burnout*²⁰ que el resto. Aunque a otra escala, esto también se refleja en nuestro estudio, pues los profesionales que llevan 5 años o más en la empresa tienen percepciones más bajas en CVP y también son los que con

más frecuencia consideran que los resultados de la encuesta no serán utilizados para mejorarla. Por tanto, este colectivo debería ser prioritario a la hora de diseñar estrategias de mejora.

En cuanto a la categoría profesional, cabe destacar que hay diferencias entre prácticamente todos los colectivos en «Apoyo directivo», con los valores más altos en el colectivo médico y los más bajos en celadores y auxiliares de enfermería. En este sentido, hay que 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. El hecho de que alguno de los ítems peor valorados estén claramente vinculados a una deficiente comunicación también apuntaría en la misma dirección. Es necesario, pues, insistir en la importancia de fomentar la comunicación descendente²¹, que sería un modo de mejorar la percepción de los trabajadores y repercutiría positivamente en la organización.

Entre las limitaciones de nuestro estudio está el no disponer de datos de edad y sexo. Asimismo, dado que el cuestionario se entregó a todos 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 es posible definir en qué sentido.

Muchos estudios demuestran una relación positiva entre las prácticas de innovación en los lugares de trabajo y el éxito empresarial⁴, y que la satisfacción mejora la productividad³, por lo que también en el ámbito sanitario debe considerarse este aspecto a la hora de tomar decisiones organizativas. Disponer de información sobre CVP permite hacer análisis pormenorizados y adoptar decisiones organizativas específicas. De hecho, desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias se están desarrollando herramientas informáticas que permiten el análisis y la comparación de resultados, individualizados para cada UGC/AGC, a fin de que puedan diseñar sus propias estrategias de cara a mejorar la CVP y con ella la productividad del sistema sanitario y los resultados en salud.

Nuestros resultados demuestran que las UGC/AGC que llevan más tiempo constituidas tienen a sus profesionales más satisfechos, y esto es en particular llamativo en atención especializada. Es necesario establecer mecanismos de comparación con otros profesionales del Servicio de Salud que no estén dentro del modelo, y hacer análisis evolutivos²² que nos permitan ponderar el impacto real del modelo en la CVP, pero los resultados orientan a que nuestro modelo de gestión clínica se asocia a efectos positivos sobre la percepción de la CVP.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Hay estudios sobre calidad de vida profesional en el ámbito sanitario en nuestro país, pero casi exclusivamente de atención primaria. En atención especializada hay un estudio, pero sólo con médicos y no todos del ámbito hospitalario. En cuanto a la influencia de los distintos modelos de gestión también hay un solo trabajo, en atención 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 atención primaria como de especializada, y servir de referencia a cualquier equipo multidisciplinario que quiera autoevaluarse. Ayuda a comprender las diferencias entre los distintos colectivos, para facilitar la toma de decisiones organizativas, y apoya los cambios organizativos.

Contribuciones de autoría

O. Suárez calculó el tamaño muestral, se relacionó con los centros y realizó los envíos. I. Rancaño y P. Mola fueron los responsables de la página web que permitió introducir los datos y exportarlos a Excel y SPSS. A.M. Sánchez y A. Fueyo supervisaron la adecuada cumplimentación *on line*, acorde al tamaño muestral mínimo estimado y a los plazos temporales estipulados. R. Suárez y C. Díaz Vázquez contribuyeron con ideas y lectura crítica a la redacción del borrador. 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 aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

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.

Bibliografía

- Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:305–11.
- Decreto BOPA 662009, 14 de julio. BOPA 170, 24 de julio de 2009. (Consultado el 24/9/2012.) Disponible en: <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7?vgnxtoid=d7d79d1>
- Estudio Manpower Professional. Calidad laboral y productividad. Institut de Recerca en Economia Aplicada. Universidad de Barcelona. (Consultado el 24/9/2012.) Disponible en: <http://www.ub.edu/irea/Manpower.pdf>
- Segurado Torres A, Agulló Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la psicología social. *Psicothema*. 2002;14:828–36.
- Karasek R. The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *Int J Health Serv*. 1989;19:481–508.
- Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7:53–68.
- 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.
- 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. (Consultado el 24/9/2012.) Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4289>
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Juete 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.
- Martínez Gamarra M, Ros Mar R. De la calidad de vida laboral a los riesgos psicosociales: evaluación de la calidad de vida laboral. (Consultado el 24/9/2012.) Disponible en: http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/28_AIS/AIS28.01.pdf
- Borrell Carrió F. Equipos de salud: ¿problema o solución? *Aten Primaria*. 2009;41:73–5.
- Esteva M, Larraz C, Soler JK, et al. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005;35:108–9.
- 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.
- 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.
- 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;23:143–60.
- 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.