

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 incomodidad 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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073397>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073397>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)