



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS
Programa de Doctorado en Avances en Medicina Interna

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS
HUMANOS ORIENTADA A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y LA
EXCELENCIA ORGANIZATIVA: UNA APLICACIÓN EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL**

Tesis Doctoral presentada por: D. Carlos Jorge Mora Lourido

Directores: Dr. D. José Luciano Santana Cabrera

Dra. D^a Josefa Delia Martín Santana

Dra. D^a Lucía Melián Alzola

El Director

La Directora

La Directora

El Doctorando

Las Palmas de Gran Canaria, a nueve de noviembre de 2015



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS
Programa de Doctorado en Avances en Medicina Interna

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA DIRECCIÓN DE
RECURSOS HUMANOS ORIENTADA A LA GESTIÓN DE LA
CALIDAD Y LA EXCELENCIA ORGANIZATIVA: UNA
APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATerno INFANTIL**

Carlos Mora Lourido

Las Palmas de Gran Canaria, 2015

El pasado solo puede servir para construir el futuro.

Milagrosa Domínguez Iglesias

A mis hijas, María y Laura que dan sentido a mi vida.

A Mila, mi esposa y compañera, que siempre ha creído en mí, a ella especialmente le dedico esta Tesis, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, y ... porque la quiero.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los Doctores D. Luciano Santana Cabrera, D^a Josefa Delia Martín Santana y D^a Lucía Melián Alzola, por la plena confianza que siempre me han demostrado, así como la dedicación, ayuda y atención que en todo momento me han ofrecido.

A mis compañeros de la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, por su estímulo constante.

Al personal de los Servicios de Medicina Intensiva de Adultos, Pediátrico y Neonatológico del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, que contestaron pacientemente y de forma desinteresada los cuestionarios, que hicieron factible este trabajo.

Al Ilustre Colegio de Médicos de Las Palmas, por permitir leer mi Tesis Doctoral en esta, mi casa, a la que he estado vinculado durante muchos años.

Y a mis Padres y hermano que forman parte de mí.



Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
2.1. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO FILOSOFÍA DE DIRECCIÓN: IMPACTO Y DESARROLLO EN EL SECTOR SANITARIO	5
2.1.1. La gestión de la calidad total: Concepto y evolución	5
2.1.2. La gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias	9
2.1.3. Hitos históricos de la calidad asistencial	12
2.1.4. Reflexiones y reconocimiento del rol de la calidad asistencial.....	15
2.1.5. Principales modelos de calidad y acreditación.....	23
2.1.5.1. Modelo Europeo de Calidad y Excelencia: EFQM	23
2.1.5.2. Normas ISO 9001. Norma UNE-EN ISO 9001	25
2.1.5.3. Modelo <i>Joint Commission</i>	26
2.1.6. Experiencias en España	27
2.1.7. Medición de la calidad desde la perspectiva del paciente y familiares	27
2.2. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL MARCO DE LA GCT EN EL ÁMBITO SANITARIO	32
2.2.1. La dimensión humana de la gestión de la calidad	33
2.2.1.1. La dimensión humana de GCT: dimensiones <i>soft</i> y dimensiones <i>hard</i>	34
2.2.1.2. Funciones y roles de los recursos humanos como área funcional y como activo estratégico	37
2.2.2. Las prácticas de gestión de recursos humanos orientadas a la gestión de la calidad total.....	40
2.2.2.1. Las prácticas de gestión de recursos humanos en la era moderna: enfoque y tendencias.....	41
2.2.2.2. El nexo entre las prácticas de recursos humanos y la gestión de la calidad.....	46
2.2.3. Las prácticas de recursos humanos en el sector sanitario: análisis de su impacto en la GCT y en la <i>performance</i>	50
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	59
4. MATERIAL Y MÉTODO	63
4.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
4.2. CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS PARA EL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA	65
4.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: CHUIMI	67
4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	71



5. RESULTADOS	75
5.1. ANÁLISIS DE LA DIMENSIONALIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDIDA	75
5.1.1. Prácticas de recursos humanos de alto compromiso	76
5.1.2. Calidad del servicio al paciente	79
5.1.3. Satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario	83
5.1.4. Satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario	87
5.1.5. Compromiso afectivo del personal sanitario	88
5.2. CONTRASTE DE HIPÓTESIS	89
5.3. INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS DIMENSIONES Y CONSTRUCTOS DEL MODELO PROPUESTO	94
5.3.1. Influencia de la categoría laboral	96
5.3.2. Influencia del tipo de contrato laboral	98
5.3.3. Influencia de la antigüedad en la profesión del encuestado	101
5.3.4. Influencia de la antigüedad en el SMI del encuestado	103
5.3.5. Influencia del sexo del encuestado	105
5.3.6. Influencia de la edad del encuestado	107
6. DISCUSIÓN	111
7. CONCLUSIONES	133
8. BIBLIOGRAFÍA	137
9. ACRÓNIMOS	153
10. ANEXOS	161
ANEXO 1. CUESTIONARIO 1: Cuestionario para el personal médico del SMI	161
ANEXO 2. CUESTIONARIO 2: Cuestionario para las enfermeras/os del SMI	167
ANEXO 3. CUESTIONARIO 3: Cuestionario para los auxiliares de enfermería del SMI	173
ANEXO 4. CUESTIONARIO 4: Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico	179
ANEXO 5. CUESTIONARIO 5: Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal de enfermería	183
ANEXO 6. CUESTIONARIO 6: Cuestionario para los familiares de pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico	187
ANEXO 7. CUESTIONARIO 7: Cuestionario para los familiares de pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal de enfermería	191
ANEXO 8. CUESTIONARIO 8: Cuestionario para los médicos que solicitan una cama en el SMI	195



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2.1.	Evolución de los conceptos fundamentales del Modelo EFQM	24
TABLA 4.1.	Población de referencia del CHUIMI desagregada por municipios	69
TABLA 4.2.	Características de los SMI objeto de análisis	70
TABLA 4.3.	Distribución de la población de la muestra real por estamentos	72
TABLA 4.4.	Tasas de respuesta por estamento y global.....	72
TABLA 4.5.	Perfil de la muestra de encuestados	73
TABLA 5.1.	Ítems definitivos de la escala de prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH).....	77
TABLA 5.2.	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala RRHH	79
TABLA 5.3.	Ítems definitivos de la escala de la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario (CALIDAD)	81
TABLA 5.4.	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala CALIDAD	82
TABLA 5.5.	Ítems definitivos de la escala de la satisfacción del personal sanitario con la capacidad del servicio (SATISCAP)	84
TABLA 5.6.	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala SATISCAP	86
TABLA 5.7.	Ítems definitivos de la escala de la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario (SATISPER)	87
TABLA 5.8.	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala SATISPER.....	88
TABLA 5.9.	Ítems definitivos de la escala del compromiso afectivo del personal sanitario (COMPROMISO)	88
TABLA 5.10.	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala COMPROMISO	89
TABLA 5.11.	Resultados del análisis descriptivo.....	96
TABLA 5.12.	Resultados ANOVA según categoría del personal sanitario	98
TABLA 5.13.	Resultados ANOVA según el tipo de contrato del personal sanitario	100
TABLA 5.14.	Resultados ANOVA según la antigüedad del encuestado en la profesión	102
TABLA 5.15.	Resultados ANOVA según la antigüedad del encuestado en el SMI	105
TABLA 5.16.	Resultados ANOVA según el sexo del encuestado	106
TABLA 5.17.	Resultados ANOVA según la edad del encuestado	109



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 2.1. La Gestión de Recursos Humanos como dinamizador de las dimensiones “soft” y “hard” de la GCT	37
FIGURA 2.2. La Gestión de Recursos Humanos como área funcional y gestor de prácticas eficientes de recursos humanos	38
FIGURA 2.3. La Gestión de Recursos Humanos como fuente de satisfacción del cliente interno y el cliente externo	40
FIGURA 3.1. Modelo propuesto	61
FIGURA 4.1. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI)	68
FIGURA 4.2. Alcance geográfico del CHUIMI.....	70
FIGURA 5.1. Modelo de medida de las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH)	77
FIGURA 5.2. Modelo de medida de la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario (CALIDAD)	80
FIGURA 5.3. Modelo de medida de la satisfacción del personal sanitario con la capacidad del servicio (SATISCAP).....	84
FIGURA 5.4. Resultados del modelo PATH.....	91
FIGURA 5.5. Resultados del modelo multi-grupo	93
FIGURA 5.6. Distribución de la muestra según la categoría laboral.....	96
FIGURA 5.7. Distribución de la muestra según el tipo de contrato.....	99
FIGURA 5.8. Distribución de la muestra según antigüedad en la profesión del encuestado	101
FIGURA 5.9. Distribución de la muestra según la antigüedad en el SMI del encuestado.....	103
FIGURA 5.10. Distribución de la muestra según el sexo del encuestado	106
FIGURA 5.11. Distribución de la muestra según la edad del encuestado	107





Introducción

La Gestión de la Calidad Total (GCT) es una filosofía de gestión que busca el logro de la satisfacción y el valor del cliente en todos los procesos, productos y servicios que desarrolla y ofrece la organización. El impacto positivo de la GCT en los resultados organizativos, medidos tanto en términos cuantitativos como cualitativos, constituye una de las principales razones que justifica su adopción por numerosas organizaciones. Efectivamente, la GCT y, en definitiva, cualquier modelo de gestión similar que busque la excelencia organizativa constituyen enfoques actuales de dirección organizativa con un grado de aceptación e implantación muy significativo. En tal sentido, en el marco del sector sanitario, las organizaciones hospitalarias se encuentran en este grupo de entidades que buscan en la gestión de la calidad y excelencia organizativas el logro de una actuación eficiente y eficaz. Dentro de esa actuación eficiente, todo lo relativo a la gestión de recursos humanos constituye un parámetro básico para el logro de la excelencia en la calidad de servicios.

Como consecuencia del importante grado de participación e implicación del personal sanitario en la prestación de servicios, la evaluación y análisis de la dirección de recursos humanos en la gestión hospitalaria constituye un área de estudio de gran importancia académica como profesional.

La organización de los centros sanitarios y, en especial, la de los hospitales, no ha conseguido una óptima implicación de los profesionales, a pesar de que en los últimos años se han hecho esfuerzos continuos para lograrlo. La participación de los profesionales es la clave para el éxito de los modelos organizativos basados en la gestión clínica donde éstos, por propia iniciativa y con el único fin de intentar mejorar los servicios, pueden ser los verdaderos protagonistas en la organización de servicios.

Es necesario potenciar el compromiso e implicación de los profesionales con las instituciones para las que trabajan. Pero para ello es también fundamental que se les transfieran nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades sanitarias y las de gestión clínica.

Por otro lado, la satisfacción laboral, entendida como la actitud del trabajador que indica el nivel de agrado hacia su propio trabajo, es un tema poco estudiado como fenómeno en sí, pero importante como elemento explicativo del comportamiento del trabajador. En ese sentido, queda clara la importancia del estudio de la satisfacción



laboral, ya que permitirá conocer un factor muy importante que influye, sin duda alguna, en el desempeño laboral del personal.

Una forma de evaluar la calidad asistencial en los hospitales es a través de la obtención de acreditaciones por medio de agencias de calidad, pero otra es midiendo la calidad de los cuidados aportados a través de dos perspectivas, por un lado, la de los profesionales y, por otro, la de los pacientes. En este sentido, la evaluación de la satisfacción del paciente se considera como uno de los resultados derivados de la atención sanitaria y un elemento fundamental como indicador perfectamente válido de la calidad de los cuidados sanitarios prestados. Es por ello, la constante inquietud existente en buscar instrumentos de medida más adecuados para poder introducir estrategias de mejora en base a los resultados obtenidos.

A partir de aquí, se plantean una serie de objetivos que pretenden profundizar y contribuir al conocimiento de las especificidades del sector sanitario, como son, en primer lugar, revisar la literatura académica para determinar los enfoques y prácticas de recursos humanos orientadas a la gestión de la calidad y excelencia organizativa más significativos y adaptarlos a la realidad hospitalaria. En segundo lugar, contrastar empíricamente en qué medida enfoques y prácticas adaptadas influyen en los resultados organizativos, con especial incidencia en la satisfacción y compromiso del personal sanitario. Y, en tercer lugar, disponer de instrumentos de medición homogéneos para evaluar la calidad de los servicios entre los diferentes públicos objetivo, al objeto de poder hacer análisis comparativos y, además, triangular la información partiendo de diferentes informantes clave.

En este estudio se ha considerado como población objeto de estudio a la totalidad del personal sanitario (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería) que trabaja en los Servicios de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) de Las Palmas de Gran Canaria, perteneciente al Servicio Canario de la Salud: Servicio de Medicina Intensiva de Adultos (SMIA) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y los Servicios de Medicina Intensiva Pediátrica (SMIP) y Servicio de Medicina Intensiva Neonatológica (SMIN), ambos del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.



Asumiendo un error muestral del 3.08% y un nivel de confianza del 95.5%, el tamaño muestral asciende a 248. El proceso de selección que se ha utilizado es mediante un muestreo no aleatorio por cuotas, al objeto que todos los estamentos queden debidamente representados en la muestra global.

Para dar cumplimiento a los objetivos formulados en esta investigación, el procedimiento metodológico más idóneo se corresponde con la utilización de una encuesta personal autoadministrada y totalmente estructurada dirigida al personal sanitario (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería). Se trata, por tanto, de una investigación cuyos resultados dependen plenamente de la información de naturaleza primaria que se recabe y cuya generalización a la población objeto de análisis dependerá del grado de representatividad de la muestra utilizada.

Los instrumentos para recabar la información fueron diseñados por un grupo de investigación, formado por miembros del CHUIMI y de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), del cual formo parte. A partir de la revisión de la literatura se diseñaron una serie de escalas de medidas para evaluar diferentes constructos, la mayoría de los cuales están vinculados con los objetivos de la investigación. Obviamente, la existencia de tres estamentos diferentes dio lugar al diseño de tres cuestionarios adaptados a cada colectivo. Más concretamente, los constructos que se van a considerar en esta investigación se corresponden con los siguientes (1) la valoración de la gestión de recursos humanos del CHUIMI en términos de formación, comunicación, participación, reconocimiento, evaluación, desarrollo profesional, promoción interna, toma de decisiones y liderazgo, desde la perspectiva del personal sanitario; (2) la valoración de la percepción del personal respecto a la calidad del servicio prestado al paciente; (3) la valoración de la satisfacción del personal sanitario respecto a diferentes aspectos tales como el Servicio de Medicina Intensiva en general, el nivel de calidad de los recursos y del equipo humano, y (4) la valoración de la satisfacción individual y el compromiso afectivo del personal del Servicio de Medicina Intensiva.

Por tanto, con este trabajo de investigación se intentará desarrollar y validar instrumentos de medición homogéneos para evaluar la aplicación de prácticas de recursos humanos, en esencia de alto compromiso y rendimiento, orientadas a la calidad del servicio desde la óptica del personal sanitario, la calidad del servicio al



paciente percibida por el personal sanitario, la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario, la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y el compromiso afectivo del personal sanitario, al objeto de poder hacer análisis comparativos y, además, utilizar la información partiendo de diferentes informantes clave. Para ello se desarrollará y se intentará validar un modelo de influencia de la dirección de recursos humanos orientada a la gestión de la calidad y a la excelencia organizativa en los resultados organizativos de los servicios de medicina intensiva desde la óptica del personal sanitario.





Revisión bibliográfica

2.1. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO FILOSOFÍA DE DIRECCIÓN: IMPACTO Y DESARROLLO EN EL SECTOR SANITARIO

La Gestión de la Calidad Total (GCT) constituye un enfoque de gestión de carácter sistémico e integrador orientado a la satisfacción del cliente. Se apoya, fundamentalmente, en el potencial y la participación de los recursos humanos, el compromiso de la alta dirección, el establecimiento de alianzas para el logro de las estrategias de mercado, la concreción y la gestión de procesos óptimos y la mejora continua de la organización. Desde una perspectiva histórica, la búsqueda de la calidad ha sido un objetivo organizativo perseguido durante siglos y que sigue vigente, teniendo como máximos exponentes el modelo EFQM (European Foundation Quality Management) y la norma ISO 9001. Tal es su importancia, que un número importante de organizaciones, de diferentes sectores y naturaleza, dedican grandes esfuerzos a la implantación y desarrollo de sus principios, prácticas y técnicas. En tal sentido, el sector sanitario se erige como uno de los ámbitos que muestran especial interés en esta materia, existiendo un elevado número de evidencias, académicas y profesionales, que avalan tal propósito. Con este epígrafe se pretende presentar los principales dogmas de la GCT, así como su impacto y presencia en el sector sanitario.

2.1.1. La gestión de la calidad total: Concepto y evolución

La Real Academia Española define la calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. A su vez, como recoge Nava Carbellido (2005), la raíz etimológica de la palabra calidad tiene su origen en el término griego Kalos, que significa "lo bueno, lo apto" y también en la palabra latina Qualitatem, que significa "cualidad" o "propiedad". Por lo tanto, a priori, la calidad se define como un juicio de valor de la bondad del elemento evaluado en cuanto a una propiedad o uso. También, la norma ISO 9001:2015 describe la calidad como el grado en que el conjunto de características inherentes cumple con una serie de requisitos. Entiende los requisitos como las necesidades o expectativas establecidas generalmente implícita u obligatoria. La satisfacción del cliente corresponde a la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Una revisión conceptual nos aproxima a la visión de Garvin (1988), para el que existen cinco posibles acepciones. Desde la *definición trascendente*, la calidad es entendida como una cualidad innata, una característica que todo el mundo acepta y



reconoce. Desde la *definición basada en el producto*, la calidad es un concepto comparable a partir de una característica medible, entre más se posea o enriquecida sea dicha característica, existirá más calidad. Desde la *definición basada en el usuario*, el usuario del servicio o comprador del producto es el que define la calidad, por lo que no es un concepto compartido por todos. Desde la *definición basada en la producción*, un producto es de calidad cuando respeta o cumple las especificaciones y/o intervalos de tolerancia establecidos para un criterio dado, lo que resulta idóneo para el control de la calidad de los productos. Desde la *definición basada en el valor*, el valor sería la diferencia entre los beneficios recibidos frente a los costes asociados para disfrutar de los productos y/o servicios. Otras definiciones de calidad proceden de los denominados “gurús” de la calidad, por su contribución al avance de modelos y técnicas en esta línea de trabajo y que son ampliamente recogidas en la literatura (Cubillos Rodríguez y Rozo Rodríguez, 2009; Fortuny i Organs, 2009; Duque Oliva, 2005). Así, como recoge Duque Oliva (2005), para Crosby (1988) la calidad es la conformidad a las especificaciones, debiendo estar los requisitos claramente establecidos. Para Deming (1989), la calidad es traducir las necesidades futuras de los clientes en características medibles, de esta forma, se diseñará y fabricará un producto que genere satisfacción al cliente por el que esté dispuesto a pagar. Para Juran (1990), la calidad es la adecuación al uso, entendida como la opinión del usuario, es lo que indica que la calidad está en el uso del producto o servicio en cuanto a que responde a sus necesidades.

Otra perspectiva de estudio sobre la calidad es atender a su evolución por etapas. A cada etapa acompaña una concepción de la calidad, unas aportaciones técnicas y modos de gestión, siendo amplias de describir, si bien no existe una total coincidencia en la descripción evolutiva y asignación de hechos y aportaciones (Cubillos Rodríguez y Rozo Rodríguez, 2009; Melián Alzola y Padrón Robaina, 2013; Alcázar Casanova e Iglesias Alonso, 2009; Miranda, Chamorro y Rubio, 2007; Sangüesa Sánchez, Mateo Dueñas e Ilzarbe Izquierdo, 2006). De forma sintética, y como una aproximación más o menos ampliamente aceptada, describimos cinco etapas en la evolución de la calidad:

- *Etapas preindustrial*. Como primera fase se reconoce la *etapa preindustrial*, y que recogería toda la extensa etapa previa a la revolución industrial. En tal sentido, como recoge Nava Carbellido (2005), si bien la calidad parece un



concepto moderno, el hombre siempre ha tenido un concepto intuitivo de la calidad en razón de la búsqueda y el afán de perfeccionamiento como constantes del hombre a través de la historia. Ello es evidente en el hallazgo de grabados o documentos que evidencian la preocupación por hacer las cosas bien en las primeras civilizaciones (por ejemplo, civilización fenicia o egipcia) o en la Edad Media cuando se encarga al artesano de la relación directa con el cliente, tratando de solucionar cualquier problema con la calidad del producto.

- *Etapa de inspección.* En la etapa de *inspección de la calidad* se produce el tránsito de la producción artesanal a la producción industrial, como resultado de la revolución industrial (primera y segunda revolución industrial). Se sitúa en una época donde las fábricas ponían en práctica los principios de la Administración Científica de Taylor y destaca la asignación a un departamento de inspección de la responsabilidad de supervisar la calidad del producto. En tal sentido, la forma de mejorar la calidad de un producto en la fase de inspección era comprobar si los productos finales respondían a las características de calidad previamente fijadas por un experto, buscando los defectos o problemas.
- *Etapa de control.* La tercera etapa trata del *control de calidad*, que tiene lugar porque la simple inspección de la producción final es una acción preventiva, que no permitía detectar a tiempo los errores en la cadena de producción. De ahí que en la etapa de *control*, ya empezado el siglo XX (período 1920-1950) destaca el desarrollo de los planteamientos de Walter A. Shewhart sobre el control estadístico de la calidad. En sus orígenes, la aplicación de las técnicas de muestreo se realiza a la producción ya terminada, no al proceso de producción. Ello contribuyó a reducir de forma importante los costes de inspección, aunque el enfoque sigue siendo correctivo, no preventivo. Posteriormente, surge el control del proceso cuando las empresas comienzan a aplicar las técnicas de muestreo a toda la cadena de producción, seleccionando los puntos y las variables de control. El fin es mantener el proceso en el estado planificado para cumplir con los objetivos establecidos, detectando las causas no aleatorias que evitan alcanzar dichos objetivos.
- *Etapa de aseguramiento.* Ya bien avanzado la mitad de siglo se consolida la etapa de *aseguramiento*, que instaura un enfoque preventivo en el tratamiento de la calidad. Se considera que la calidad no es únicamente un problema del

departamento de producción, sino que la dirección debe garantizar la calidad de todos los departamentos que, directa e indirectamente, inciden en la calidad del producto que se entrega al cliente. Una forma de prevenir errores es mediante la redacción de procedimientos y métodos de trabajo óptimos. Al respecto, la especificación de la forma o procedimientos para hacer las cosas garantiza que todos, independientemente de quién ejecute el trabajo, actúe de forma homogénea y, con ello, contribuya a la filosofía de “cero defectos” de Crosby. A finales de los años 80 sale la primera norma ISO 9001, que plantea una serie de recomendaciones sobre la estandarización de actuaciones óptimas que avalan que la empresa está implantando un sistema de calidad, como forma de garantizar la oferta de productos y servicios también de calidad.

- Etapa de la *gestión de la calidad total*, que comienza su desarrollo en la década de los noventa y llega hasta la actualidad, la calidad se convierte en una parte importante de la estrategia de la organización. Constituye un enfoque holístico e integrador que reconoce el papel de todos los grupos de interés de la empresa (empleados, proveedores, distribuidores, etc.) como agentes activos de la calidad. Aboga, a destacar, por un enfoque preventivo, por la mejora continua y la participación de los recursos humanos como pilares verticales de la gestión de la calidad. Como evidencia de esta nueva concepción que traslada la calidad del producto o servicio a una excelencia organizativa a la que se llega desde la participación y compromiso de todas las partes. En 1991 se introduce el Modelo EFQM de Excelencia, que apuesta por un enfoque de gestión de la calidad global, sistémica y participativa. Actualmente nos encontramos en esta etapa, si bien con actualizaciones y mejoras.

En definitiva, se podría establecer que la gestión de la calidad implica conjugar la calidad objetiva, entendida como cumplimiento de una serie de requisitos claramente definidos y que se derivan de la traducción de las necesidades y expectativas del cliente, en especificaciones técnicas o parámetros de actuación, ya sean de producto o servicio. Además, también existen dos perspectivas de estudio: la calidad desde la visión del cliente y la gestión de la calidad total como filosofía de gestión empresarial. Actualmente, la gestión de la calidad total queda perfectamente recogida en las últimas versiones del Modelo EFQM de Excelencia (versión 2013) y la norma ISO 9001 (versión 2015). La importancia del estudio de las necesidades y



expectativas de los clientes y la implantación de modelos y sistemas de gestión de la calidad a nivel empresarial constituyen áreas de interés tanto académico como profesional en diferentes ámbitos industriales y de servicios, siendo el área sanitaria uno de los sectores con una historia consolidada en esta materia.

2.1.2. La gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias

El concepto de calidad en la gestión sanitaria adopta diversas interpretaciones y perspectivas de estudio, en función del nivel de análisis y los agentes implicados, y llegando a adoptar diversos términos como calidad, calidad asistencial o, incluso, seguridad al paciente. Sin embargo, más que optar por propuestas diversas hay que realizar un ejercicio de integración sistémica, partiendo de que el objetivo final debe ser siempre la mejora de la calidad en la atención sanitaria prestada. En tal sentido se pronuncian Mira Solves, Aranaz Andrés y Álvarez Ortiz (2008) cuando señalan que no existe una forma coincidente de definir la calidad, sobre todo porque cada colectivo o conjunto de actores que intervienen en el proceso asistencial (tales como, médicos, pacientes, enfermeros, familiares, gestores sanitarios y responsables políticos) puede incidir en aspectos distintos en cuanto a la evaluación y mejora de la calidad asistencial. No obstante, sí parecen encontrar una serie de puntos en común como es entender que la calidad es la suma de:

- prestar asistencia sanitaria en función del estado de la ciencia;
- dar cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes;
- ofrecer en forma idónea la atención sanitaria de la que se es capaz, y
- lograr cuidados que satisfacen al paciente, aproximándose a estándares de la asistencia sanitaria establecidos por la comunidad científica, los profesionales, los pacientes y la sociedad.

Por su parte, Asenjo Sebastián (2014) señala que la calidad asistencial se define como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos, sean reales como percibidas, con el menor uso de recursos. Dicha calidad, señala, tendría dos componentes: una dimensión *científica* y una dimensión *aparente*. La dimensión o componente científico consistiría en diagnosticar correctamente y aplicar la terapéutica conveniente. La dimensión o componente aparente trata de la sensación que tiene el paciente y sus familiares de ser tratado con interés, deferencia y educación. Esta última dimensión se asocia al término empatía y que trata de la

transferencia psicológica entre el paciente y el profesional de la salud, donde una parte se pone en el lugar del otro. De forma conjunta, observa que la calidad máxima se logra si las personas que realizan la asistencia tienen conocimientos adecuados y permanentemente actualizados (aspecto científico de la asistencia), si aplican correctamente dichos conocimientos, para lo que debe disponer de la tecnología suficiente y adecuada y, además, lo realizan poniendo al enfermo como centro de toda actuación (acto asistencial que es lo que percibe el paciente).

Fortuny i Organs (2009) también aporta una visión sistémica de la calidad asistencial. Así, indica que las organizaciones sanitarias tienen como objetivo la mejora del estado de salud de la población, mediante la oferta de una atención completa y adecuada de todos los ciudadanos que la demanden, de forma eficaz y eficiente. Sin embargo, observa que la complejidad técnica de las actividades que se llevan a cabo y las múltiples interrelaciones que se producen entre recursos humanos y recursos técnicos, entre los distintos niveles asistenciales, conlleva que para garantizar la calidad en la atención se ponga en práctica no sólo un control estricto del acto realizado, sino que se atienda también a los aspectos organizativos, equipos asistenciales multidisciplinares y satisfacción de los clientes. Siguiendo con su discurso, subraya que, desde un punto de vista técnico, la calidad asistencial se puede definir como la ejecución de servicios asistenciales adecuados y eficaces en cada una de sus posibles dimensiones: disponibilidad, oportunidad, equidad, eficacia, continuidad, seguridad, eficiencia, información y trato y comportamiento éticos. Ahora bien, atendiendo a la calidad de la gestión de las organizaciones sanitarias, el interés está en la búsqueda de la excelencia, tratando de maximizar el valor para todos los grupos de interés de la organización, como son los clientes, los profesionales, los proveedores, el sistema sanitario y la sociedad. Asimismo, centrarían sus esfuerzos en mejorar de forma continua los resultados relevantes y la satisfacción de los clientes, de los profesionales y de la sociedad.

Si atendemos a Donabedian (2001), uno de los grandes expertos en materia sanitaria que ha contribuido de forma notable al desarrollo de la gestión de la calidad en dicho ámbito, expone que la evaluación de la calidad asistencial se puede efectuar atendiendo a información procedente de tres aspectos: estructura, proceso y resultados. En primer lugar, la estructura atiende al conjunto de cualidades o medios materiales (instalaciones, equipo o dinero), recursos humanos (número y cualificación)



y estructura organizativa (la organización del equipo médico o los controles de calidad). La evaluación del estado de la estructura de un centro sanitario presupone, aunque no garantiza, ni un buen funcionamiento ni una buena asistencia al paciente. En segundo lugar, explica los procesos como lo que se hace al dar y recibir la asistencia sanitaria, incluyendo las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del médico cuando hace el diagnóstico y recomienda o ejecuta un proceso. Mediante los procesos se materializa la actuación del profesional, con lo cual se está concretando una actividad a partir de los recursos de la estructura. Esta materialización de la actuación del profesional, y del centro sanitario en su conjunto, sirve de referencia para justificar la documentación clínica. Y, en tercer lugar, destaca como fuente de evaluación los resultados cuando mide los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población, adoptando una definición amplia de resultado, incluyendo las mejoras en los conocimientos del paciente, los cambios en su comportamiento sanitario y su grado de satisfacción. Mediante el análisis de los resultados se evalúa más directamente la calidad asistencial prestada, al centrarse en el servicio final o salud, que no siempre puede quedar claramente delimitado.

Con relación a esta propuesta, Barrasa Villar (2008) señala que al valorar la calidad asistencial a partir de los datos de la estructura se parte del planteamiento de que si la organización dispone de una estructura y recursos adecuados se está en mejor disposición de realizar una asistencia de sanidad. Asimismo, la evaluación de la estructura estaría muy vinculada al concepto de acreditación entendida como el reconocimiento a una organización por una tercera parte autorizada de la competencia técnica para realizar una determinada función o actividad. Respecto a los procesos, la hipótesis implícita es que si se mejora el qué y cómo se hacen las cosas, se mejorará lo que se consigue, los resultados asistenciales. Asimismo, la evaluación de procesos se ajusta en gran parte al tipo de evaluación más habitual en el contexto sanitario para la cumplimentación de los registros de la historia clínica, que recoge las decisiones que se han tomado en un determinado caso o situación clínica. Respecto a los resultados, si bien constituye la fuente de evaluación más significativa, existen importantes dificultades en su medición por diferentes motivos: (1) la actuación de los servicios sanitarios no es el único factor que determina el estado de salud de las personas; (2) los resultados son visibles a medio y largo plazo y no en el momento en

que se necesitan o (3) porque no existen medidas apropiadas para valorar el resultado.

Por último, se importa una explicación del alcance de la calidad en sanidad centrada en el paciente y aportada por Bohigas Santasusagna (2003): “El usuario/cliente/paciente es el eje de la sanidad, y desde su punto de vista la calidad de la asistencia sanitaria consiste en un núcleo central al que rodean una serie de atributos. El núcleo central de la asistencia es la curación de la enfermedad y el cuidado del enfermo. Este es el objetivo de la asistencia sanitaria y para ello el paciente acude a los servicios sanitarios. A este núcleo le rodean cuatro atributos: el *tiempo*, el *confort*, la *seguridad* y el *coste*. La variable *tiempo* es muy importante en la prestación de los servicios. La intervención sanitaria debe hacerse en el momento oportuno, ni antes ni después. La duración temporal de la asistencia médica puede dividirse en tiempo de actividad y tiempo de espera. El paciente valora su propio tiempo y no desea malgastarlo esperando. El *confort* del paciente incluye todas las percepciones del mismo respecto al hábitat, el trato, la comida, etc. El tercer elemento de la calidad que el paciente valora mucho en sanidad es la *seguridad*. Cada vez más el paciente oye historias de desgracias médicas, y considera un valor si el médico, o el centro sanitario puede garantizarle que a él no le ocurrirá ningún percance. Finalmente el último elemento de la calidad es el *coste*. El paciente aprecia el valor de las cosas y el sector público debería facilitarle el conocimiento de este coste lo que mejoraría la calidad de la asistencia”.

2.1.3. Hitos históricos de la calidad asistencial

Como observan Alcázar Casanova e Iglesias Alonso (2009), la calidad ha estado implícita en la historia de la ciencia médica en la búsqueda de mejores desarrollos y logros. Así, algunos autores hablan de un estado embrionario de la calidad asistencial en la materialización de importantes logros en las civilizaciones clásicas como Asiria, Egipto, China, Grecia, y Roma. En tal sentido, las obras de ingeniería de estas civilizaciones ya evidencian la existencia de cierto control de calidad industrial. Por otra parte, también existen ciertos documentos conservados (papiros egipcios, códigos hipocráticos, documentos chinos, Código de Hammurabi) que tratan de materias que podrían incluirse en el campo de la calidad asistencial. Ya situados en fechas más próximas, el siglo XX se inicia con la evaluación sistemática



de la calidad asistencial y abre un período en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación conviven y se suceden a lo largo de tiempo. La evaluación de la calidad asistencial se puede resumir con los siguientes hitos históricos (Mahillo Durán, 2011; Vitaller Burillo y Aranaz Andrés, 2008; Alcázar Casanova e Iglesias Alonso, 2009; Rodríguez Pérez, 2001; Acevedo Barberá, Lorenzo Martínez y Pinedo Moraleda, 2009), sin que otros no citados también deban ser reconocidos:

- En 1912 se plantea en el III Congreso de Cirujanos de Norteamérica, por iniciativa de Codman, la necesidad de una evaluación externa de los hospitales. En 1914 Codman—médico norteamericano, defensor de la reforma hospitalaria e interesado en la gestión de los resultados en la atención a los pacientes—, estudió algunos resultados de la atención sanitaria, poniendo énfasis en una serie de factores que aún hoy son relevantes, tales como la importancia de autorizar o certificar a los proveedores de atención sanitaria, la acreditación de las instituciones sanitarias, considerar la severidad o el estadio de las enfermedades cuando se comparan resultados, la necesidad de considerar también la comorbilidad, la importancia de los hábitos de los pacientes y las barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios.
- En 1917 la situación deficitaria en los hospitales en EEUU a principios de siglo en cuanto a falta de servicios centrales o mala organización como ejemplo, llevó a la asociación de cirujanos, *American College of Surgeons (ACS)* a reactivar la iniciativa de Codman, cirujano del *Massachusetts General Hospital*, en su interés por el cumplimiento de una serie de estándares mínimos en la atención a los pacientes. Estos estándares mínimos, asumidos por la ACS, se componían de cinco reglas, que servían de base al denominado “Programa de Estandarización de Hospitales”, reconocían los requisitos básicos para prestar una asistencia de calidad: cualificación del personal, calidad y uso de la documentación clínica, tratamiento y revisión de la asistencia por colegas.
- En 1947 se crea la *International Organization for Standardization (ISO)*, Organización Internacional para la Normalización, con sede en Ginebra, y dependiente de la ONU, en sustitución de la *International Federation of the National Standardization Associations – ISA*, después de la II Guerra Mundial. La ISO es un organismo encargado de la creación y el desarrollo de normas

internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación en todos los sectores industriales. Su función principal es fomentar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.

- En 1951 el ACS crea una plataforma organizativa junto con el *American College of Physicians* (Colegio Americano de Médicos), la *American Hospital Association* (la Asociación Americana de Hospitales), la *American Medical Association* (la Asociación Americana de Médicos) y la *Canada Medical Association* (la Asociación Médica de Canadá) para constituir la institución de acreditación sanitaria más importante y emprendedora a nivel internacional: la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAH) o Comisión Conjunta para la acreditación de hospitales de EEUU y Canadá.
- En 1966, Avedis Donabedian contribuye de forma importante al diseñar una estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial a partir de tres dimensiones: la estructura, los procesos y los resultados.
- En 1972 surge en EEUU la *Professional Standards Review Organization* (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas *Medicare* y *Medicaid*. Surge como consecuencia de la preocupación por el incremento del gasto sanitario en un contexto de crisis económica, formándose un sistema de revisión por iguales (*peer review*). El objetivo del programa era asegurar que los servicios que ofrecían *Medicare* y *Medicaid* eran necesarios desde el punto de vista médico, de calidad siguiendo estándares profesionales y lo más económicos posible.
- En 1980, el Objetivo 31 de Salud para todos en el año 2000 para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud constaba de la siguiente forma: «De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias».
- A finales de los 80 comenzó a adaptarse al mundo sanitario el modelo de calidad total (*Total Quality Management*, TQM), con contribuciones de Deming, Juran y Crosby. Este modelo adopta un enfoque sistémico para abordar los problemas de la calidad, no en las personas. En tal sentido, la mejora de la

calidad requería un cambio de la cultura organizativa. Estos planteamientos fueron desarrollados inicialmente, principalmente, en EEUU y en Japón.

- En 1988 se crea la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), *European Foundation for Quality Management* que busca la excelencia en el seno de las organizaciones europeas mediante la implantación y las prácticas de la gestión de la calidad total.
- 1990. La JCAH impulsa, con la agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora.
- A finales de los años 90 y como resultado de la experiencia en el ámbito internacional, la *Joint Commission* creó una rama internacional, con el fin de llevar la acreditación por todo el mundo, con un modelo más ajustado a las diferentes realidades internacionales. La española Fundación Avedis Donabedian (FAD), que inicialmente utilizó los estándares norteamericanos, participó en las comisiones de trabajo para la redacción de los estándares internacionales, disponiendo los hospitales españoles desde el año 2000 de una versión traducida del manual.
- En la actualidad, existen diferentes propuestas de modelos y sistemas de gestión de calidad y acreditaciones que ponen de manifiesto la necesidad de aunar y consensuar esquemas y prácticas comunes, a los que se tratará de hacer referencia en los siguientes apartados.

2.1.4. Reflexiones y reconocimiento del rol de la calidad asistencial

Las ventajas y beneficios que aporta la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias justifican el creciente interés en su desarrollo e implantación, atienden a diferente naturaleza. En cuanto a la concreción del valor positivo de esta apuesta, según Barrasa Villar (2008) existen tres razones que justifican la evaluación de la calidad asistencial: razones de eficiencia económica, razones científico-técnicas y razones éticas. Atendiendo a los factores de eficiencia económica, una de las partidas que aumentan el gasto público corresponden al gasto en sanidad, que aumenta cada año, siendo necesario comprobar que esta inversión esté justificada con relación a otros gastos alternativos como son la educación, seguridad... Por otro lado, en cuanto a las razones científico-técnicas es esencial valorar si somos capaces de lograr los resultados esperados atendiendo al nivel de

conocimientos y avances científicos actuales. Por último, por una cuestión ética, ya que debemos de hacer partícipes a los pacientes y usuarios de las decisiones sanitarias, su desarrollo, riesgos y resultados, mediante la información, opinión y participación en las mismas.

Desde la óptica de Fortuny i Organs (2009), la importancia de la gestión de la calidad atiende a una necesidad de modernización de los servicios sanitarios. En primer lugar, los centros sanitarios están experimentando un proceso de modernización desde principios de la década de los ochenta. Como consecuencia se están incorporando conceptos, técnicas, modelos y valores del mundo empresarial al ámbito sanitario, en el que se incluye la gestión pública. En segundo lugar, los servicios sanitarios se enfrentan al reto de atender a pacientes y usuarios que son cada vez más exigentes, debido a su mayor nivel de bienestar e información disponible. Efectivamente, los receptores de la asistencia sanitaria demandan una mayor eficacia de salud y exigen un aumento del nivel de satisfacción en dimensiones como la confortabilidad, la accesibilidad o la personalización, entre otros. En definitiva, se está produciendo un cambio de paradigma en la relación del paciente con el sistema sanitario, dando lugar a la figura de paciente-cliente.

Por su parte, Repullo Labrador (2014) destaca la dificultad actual de la gestión de las organizaciones sanitarias, ya que pertenecen a un sector de servicios complejo y cambiante, que se basa en un conocimiento científico que genera una asimetría de información y poder entre el proveedor de servicio y el receptor del mismo. Asimismo, destaca que la atención sanitaria, entendida como reto para aplicar conceptos, métodos y técnicas de la gestión, constituye un estímulo importante para la innovación. Por otra parte, subraya la transformación de la sanidad ejercida como una actividad artesanal conceptualizada como una enorme industria, en un entorno de contexto cada vez más sofisticado y complejo. Como resultado considera que la calidad, como atributo tanto del diseño como de la práctica del arte médico, consigue un complejo equilibrio entre los recursos que se gestionan, el talento de aquellos que emplean tales recursos, los resultados en el paciente concreto, y el impacto en la mejora de la salud en la sociedad siendo ésta quién en último término financia los servicios. En definitiva, la excelencia sería un punto de equilibrio idóneo entre tales exigencias y dimensiones, estando el futuro de los sistemas sanitarios, y de la propia

medicina, determinado por el compromiso y la alianza para la calidad y excelencia entre ciudadanos (contribuyentes), políticos, gestores, profesionales y pacientes.

Alcázar Casanova e Iglesias Alonso (2009) también hacen una exposición de motivos que incitan a alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria. En primer lugar, motivos éticos, aludiendo tanto al derecho de todos los ciudadanos de disponer del nivel de salud más alto alcanzable y a la atención sanitaria como a la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con criterios de calidad en la atención que prestan. En segundo lugar, motivos sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos criterios como la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria. En tercer lugar, por motivos de seguridad, ya que la constante evolución de la tecnología obliga a evaluar los procesos de implantación y de uso generalizado, para calibrar y medir adecuadamente su idoneidad disminuyendo el riesgo de cualquier innovación. Y, por último, por motivos económicos, ante la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que éstos son limitados.

El convencimiento del conjunto de beneficios expuestos que aporta la gestión de la calidad en el sector sanitario se pone de manifiesto en una serie de normas y acciones a diferentes ámbitos que apoyan decididamente por destinar esfuerzos y recursos a esta área de trabajo. Así, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud declara en su exposición de motivos que pretende establecer acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Estos términos los explica de la siguiente forma:

- *Equidad*, siguiendo la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, para garantizar el acceso a las prestaciones y, con ello, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y que posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- *Calidad*, que apueste por la incorporación de innovaciones seguras y eficaces, que predisponga al sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen. También, se entiende que

mediante la calidad se evalúa el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

- *Participación ciudadana*, desde el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, permitiendo el intercambio de conocimientos y experiencias.

Por su parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 69 establece una clara prioridad a la calidad asistencial. Así, defiende la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos en los servicios sanitarios públicos. También, establece que la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado, que tendrá que informar de todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Más aún, observa que la administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las sociedades científicas sanitarias. Y, también, que los médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo. Además, señala que todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus funciones y que establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

Por otra parte, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, también subraya la importancia de la calidad al paciente cuando señala en su artículo 4 que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. También, en su artículo 12 expone que los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información tanto sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles como de su calidad y los requisitos de acceso a ellos. También, expone que los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios que especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios,

las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Asimismo, declara que se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones, lo cual representa una de las grandes premisas de la gestión de la calidad total.

La importancia de la gestión de la calidad asistencial también se evidencia en las normativas autonómicas, como es el caso de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, cuando establece, entre sus principios del sistema la mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestada por los servicios, tanto desde el punto de vista de la individualización, la dignidad y la humanidad en el trato a los pacientes y sus familiares, como en la mejor dotación de los servicios sanitarios. También, apuesta por la participación de la comunidad en la orientación, la evaluación y el control del Sistema Canario de la Salud. Además, también establece la eficacia, como parte de la calidad, en la prestación de los servicios encomendados al Sistema Canario de la Salud. En el artículo 90 establece que, entre las atribuciones de la Comisión de Participación Hospitalaria, está proponer a los órganos de dirección del hospital la adopción de cuantas medidas considere oportunas para la adecuación de sus actividades a las necesidades sanitarias del Área de Salud y, en general, las relativas a la mejora de la calidad asistencial. En su artículo 92 se recoge que el Gobierno de Canarias regulará reglamentariamente diversas materias, entre ellas, los criterios para garantizar el nivel de calidad asistencial de los centros y la eficacia y eficiencia de la gestión económica de los mismos. En el artículo 67 sobre las atribuciones del Consejo de Dirección del Área, se establece como responsabilidad evaluar de forma continuada la calidad de la asistencia prestada por los centros, servicios y establecimientos del Área y proponer y, en su caso, adoptar las medidas oportunas para mejorar su funcionamiento.

Asimismo, el rol de la calidad en la sanidad pública está respaldada por la Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (www.aeval.es), que es un organismo público regulado en la Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos. A partir del 1 de enero de 2007 se constituye la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Tiene como misión la promoción y realización de evaluaciones y análisis de impacto de las políticas y programas públicos, así como

el impulso de la gestión de la calidad de los servicios, favoreciendo el uso racional de los recursos y la rendición de cuentas a la ciudadanía. La Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos establece que la satisfacción de las necesidades y demandas ciudadanas con el nivel de calidad que exige la sociedad, que constituye un compromiso de los poderes públicos, demanda la prestación eficaz de los servicios públicos cuya gestión corresponde a la Administración General del Estado, lo que exige un enfoque organizativo y funcional de los organismos responsables. Ello demanda un marco de actuación que sea transparente con las responsabilidades y resultados de la gestión. También, en su exposición de motivos, se establece que la Ley pretende impulsar instrumentos que posibiliten conocer y evaluar el impacto que las políticas y servicios prestados por el Estado tienen sobre el ciudadano.

Otro organismo que apuesta por la gestión de la calidad en el sector sanitario es la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), que es una sociedad científica de carácter multidisciplinar creada en 1984 y cuya misión es impulsar la mejora continua de la calidad asistencial en el ámbito sanitario y consolidar una estructura territorial con sociedades autonómicas o regionales que permita la difusión de la cultura de la calidad, acercando experiencias e integrando al máximo número de profesionales posibles. También tiene como objetivo mantener el rigor metodológico y promover una metodología de trabajo adecuada. De forma específica, declara en su página web (www.calidadasistencial.es) que sus principales actividades son: favorecer el intercambio de información y experiencias en todas las dimensiones de la gestión de la calidad; promover el debate sobre los problemas relativos a la calidad asistencial y la propuesta de medidas para solucionarlos; promocionar y orientar la investigación en áreas de estudio de la gestión de la calidad; contribuir con aportaciones científicas (proyectos, estudios, informes...), en el ámbito de sus fines, a iniciativa propia o por encargo o colaboración con otras entidades, y organizar actividades de carácter profesional, de investigación, formativas, culturales o asistenciales en orden a los fines anteriores, de forma individual o en colaboración con las administraciones públicas, centros de salud, hospitales, colegios profesionales, universidades, sociedades científicas y cualquier entidad pública o privada, siempre en orden a sus fines. Como evidencias de este compromiso con la calidad, la SECA organiza anualmente un congreso y publica una revista sobre calidad asistencial. También elabora el Registro

Español de Certificación y Acreditación Sanitaria (RECAS), que es una base de datos que acoge sistemáticamente los centros y servicios sanitarios que han conseguido alguna certificación o acreditación.

Como señala Aranaz Andrés (2014), el interés por la calidad asistencial se centró, en la década de los 70, en mejorar los aspectos científico-técnicos. Ya en la década de los 80 y 90, la atención se focalizaba hacia actuaciones encaminadas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes. A partir del siglo XXI, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se centró en una dimensión primordial de la misma: la seguridad clínica del paciente. Al respecto, este autor define la seguridad del paciente “como la ausencia, prevención o minimización del daño que, siendo evitable, se produce por el proceso de atención sanitaria” (Aranaz Andrés, 2014). En tal sentido se pronuncia el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del año 2010 (www.msssi.gob.es) que en su estrategia 8, cuyo propósito es “Mejorar la seguridad en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud”, afirma que la seguridad en la atención sanitaria es uno de los componentes principales de la calidad y, asimismo, un derecho de las personas. Con relación a ello, el daño que pueda producirse en la atención sanitaria tiene consecuencias tanto para las personas como para los servicios, lo que también implica un aumento de los costes. Por lo tanto, la prevención del daño potencial debe ser un objetivo principal de todos los agentes implicados. Ello exige que los servicios reconozcan los errores que se produzcan, no con ánimo de buscar culpables, sino como forma de aprendizaje a partir de ellos. Esto supone un cambio importante en la cultura de la organización sanitaria y en las relaciones entre el sistema sanitario y las personas usuarias del mismo. También, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado una Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el período 2015-2020. Esta estrategia tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del SNS y además pretende ser un elemento de referencia para la mejora de la seguridad del paciente en el SNS, teniendo en cuenta las evidencias disponibles de las recomendaciones efectuadas, la factibilidad de su implementación, la equidad y la sostenibilidad del sistema. La misión es establecer objetivos y recomendaciones orientados a minimizar los riesgos asistenciales y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria.

La significatividad de la calidad asistencial a nivel europeo e internacional queda patente en proyectos líderes. En tal sentido, destaca la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ), que es una acción conjunta (*Joint Action*) cofinanciada e impulsada por la Comisión Europea mediante un proyecto insertado dentro del Programa de Salud Pública (www.mssi.gob.es). En esta acción cooperativa participaron, además de los 29 Estados miembros de la UE, Noruega, 11 organizaciones europeas que representan a profesionales o pacientes y también organizaciones internacionales (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la *International Society for Quality in Health Care* y la Organización Mundial de la Salud (OMS)). Tiene como objetivo principal contribuir a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial, mediante el desarrollo de acciones en los Estados Miembros, con la intervención y colaboración de las instituciones europeas, potenciando que se compartan las buenas prácticas en aspectos relacionados con la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la participación de los pacientes. PaSQ se desarrolló a través de 7 paquetes de trabajo, denominados WP, liderados por diferentes países, que estaban orientados prioritariamente a: (1) el intercambio de buenas prácticas sobre calidad asistencial y seguridad del paciente que habían sido identificadas a través de cuestionarios específicos y seleccionadas a través de criterios explícitos consensuados, y (2) la implementación de prácticas clínicas seguras (PCS) eficaces, acordadas por los Estados Miembros de la Unión Europea. Los paquetes WP4 (coordinado por Dinamarca) y WP6 (coordinado por España) tenían como fin identificar buenas prácticas: prácticas clínicas seguras (PCS) y prácticas organizacionales (PO), respectivamente, con la intención de compartirlas a través de diversas fórmulas de intercambio. El WP6 incluía también entre sus objetivos un análisis de los sistemas de gestión de calidad de los Estados Miembros. La WP6 ha sido coordinada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian y la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Como señalan Agra Varela *et al.* (2015), el intercambio de conocimientos y experiencias a través de los distintos eventos y actos desarrollados en el marco de este proyecto está permitiendo la creación de redes de interés entre profesionales (clínicos, gestores o investigadores) interesados en la implementación de buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

2.1.5. Principales modelos de calidad y acreditación

Existe una serie de modelos y sistemas de acreditación que han servido de referencia al sector sanitario en la búsqueda de la excelencia organizativa en la prestación de servicios de calidad, que serán a continuación tratados de forma sucinta.

2.1.5.1 Modelo Europeo de Calidad y Excelencia de la EFQM

En 1988 se crea, a iniciativa de catorce empresas europeas líderes en distintos sectores, la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM, *European Foundation for Quality Management*). Constituida como una organización sin ánimo de lucro, avalada por la Unión Europea, su principal objetivo era impulsar la excelencia en las organizaciones europeas, promoviendo la filosofía y técnicas de la gestión de la calidad total. Una de sus aportaciones más importantes fue la creación del Modelo EFQM de Excelencia en 1991 y que representa una respuesta a modelos alternativos como el Modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos y el Premio Deming en Japón. Representa un modelo de gestión no normativo, ya que tiene un carácter voluntario, así como no prescriptivo porque orienta pero que permite alcanzar la excelencia mediante diferentes enfoques organizativos. El objetivo principal del Modelo EFQM es la autoevaluación en cuanto a que permite a las organizaciones comparar su actuación con una serie de criterios e indicadores para detectar oportunidades de mejora continua hacia la excelencia. Por lo tanto, más que la evaluación como un fin en sí mismo, se busca el autodiagnóstico, si bien para aquellas empresas que lo deseen pueden optar al Premio Europeo de la Calidad. El Modelo EFQM se sustenta en una serie de conceptos fundamentales que sirven de líneas directrices para la definición de sus criterios e indicadores y que corresponden a las exigencias actuales de la realidad empresarial. Como producto de la continua actualización del Modelo, en la Tabla 1 se recoge de forma comparativa los conceptos que dominaban las versiones 2003, 2010 y 2013.

TABLA 2.1. Evolución de los conceptos fundamentales del Modelo EFQM		
Conceptos del Modelo EFQM versión 2003	Conceptos del Modelo EFQM versión 2010	Conceptos del Modelo EFQM versión 2013
Orientación hacia los resultados.	Lograr resultados equilibrados.	Añadir valor a los clientes.
Orientación al cliente.	Añadir valor para los clientes.	Crear un futuro sostenible.
Liderazgo y coherencia.	Liderar con visión, inspiración e integridad.	Desarrollar la capacidad de la organización.
Gestión por procesos y hechos.	Gestionar por procesos.	Aprovechar la creatividad y la innovación.
Desarrollo e implicación de las personas.	Alcanzar el éxito mediante las personas.	Liderar con visión, inspiración e integridad.
Proceso continuo de Aprendizaje, Innovación y Mejora.	Favorecer la creatividad y la innovación.	Gestionar con agilidad.
Resultados en los clientes.	Desarrollar alianzas.	Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas.
Desarrollo de Alianzas.	Asumir la responsabilidad de un futuro sostenible.	Mantener en el tiempo resultados sobresalientes.
Responsabilidad Social de la Organización.		

Fuente: EFQM (2010) y EFQM (2013)

El Modelo EFQM en su versión 2013 consta de cinco criterios agentes facilitadores (liderazgo, estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, productos y servicios) y cuatro tipos de resultados (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave). Todos los criterios tienen un peso del 10% en la puntuación global, exceptuando resultados clave y resultados con los clientes que pondera un 15%. Los cinco "agentes facilitadores" tratan aspectos que deben gestionar los directivos de la organización y los cuatro "resultados" serían la consecuencia de la gestión de los agentes y que, a su vez, permiten realimentar con información a éstos. Tiene su base en la Lógica REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión). Hay que determinar los Resultados que se quieren obtener, determinar la política y la estrategia para obtenerlos (Enfoque), implantar las acciones para llevarlos a cabo (Despliegue), y realizar mediciones sobre el grado de cumplimiento (Evaluación) que conducen al aprendizaje y a la implantación de las mejoras necesarias (Revisión). Si lo comparamos con el Ciclo PDCA de Deming, los Resultados y el enfoque corresponderían a la P (Planificar), el despliegue a la D (Desarrollar), la evaluación a la C (Chequear), y cerraríamos el ciclo con la revisión a la A (Ajustar).

2.1.5.2 Normas ISO 9001. Norma UNE-EN ISO 9001

Siguiendo a Cuatrecasas (2010), una norma es “un documento regular de una cierta actividad, elaborada voluntariamente y con el consenso de las partes interesadas, que conteniendo especificaciones técnicas extraídas de la experiencia y los avances de la tecnología (para hacer posible su utilización) es de público conocimiento y que, en razón de su conveniencia o necesidad de aplicación extensiva, puede estar aprobada como tal por un organismo acreditado al efecto”. Aunque las normas tienen un carácter regulador, existen normas que no son de obligado cumplimiento, y en sí constituyen especificaciones técnicas que unifican criterios y que intenta aplicar un lenguaje común para el mayor entendimiento de las partes implicadas. En sí, la normalización sería elaborar, difundir y aplicar dichas normas (Melián Alzola y Padrón Robaina, 2013). En cuanto a los organismos de normalización, destacan a nivel internacional las normas creadas por la Organización Internacional de Normalización (ISO), que constituye una federación mundial de organismos nacionales de normalización. De forma específica, la familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas internacionales relativas a Sistemas de Gestión de la Calidad y que son aplicables a todo tipo de organizaciones, independientemente del sector donde opera, tipo de producto/servicio que ofrezca, tamaño organizativo o carácter público o privado.

En 1987 ISO publica la primera edición de las normas ISO 9001. La norma ISO 9001:2008 (Sistemas de Gestión de la Calidad), recoge los requisitos del sistema de gestión de calidad que una organización debe aplicar para su certificación, por lo que es la norma que se certifica. Los requisitos de la norma ISO 9001:2008 establecen, en una serie de puntos, los requisitos que deben cumplir las empresas para satisfacer a los clientes (*responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto y medición, análisis y mejora*). La actual norma ISO 9001:2008 permanecerá vigente hasta 2018, ya que a partir de esa fecha sólo estará en vigor la norma ISO 9001:2015, publicada en septiembre de 2015. Así, entre aspectos, exige la inclusión de la gestión de riesgos que pongan en peligro la eficacia del sistema de gestión (por ejemplo, que el nivel de competencias del personal se ajusta a las necesidades del sistema). También, la gestión de procesos deja de ser recomendable para ser un precepto del sistema. Desaparece la figura del responsable del sistema de gestión, que se asigna de forma genérica a la alta dirección. La nueva versión deja de exigir la

redacción de un manual de calidad, dado su carácter descriptivo de las líneas generales del sistema de gestión de calidad. Otra novedad es que se pretende la gestión flexible, donde los conceptos de documento y registro se sustituyen por información documentada, que admite cualquier soporte y formato; la empresa debe sólo documentar aquello que avala la eficacia del sistema. Además, la ISO 9001:2015 propone que el propio sistema de gestión es en sí mismo un sistema o instrumento preventivo por lo que deja de tener efecto la redacción de acciones preventivas.

2.1.5.3 Modelo *Joint Commission*

En 1996 nace la ***Joint Commission International (JCI)***, que fue creada por la JCAHO y la *Quality Healthcare Resources Inc*, una empresa filial de la JCAHO cuyo nombre en estos momentos es *Joint Commission Resources Inc*. La JCAHO y la JCI son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin ánimo de lucro. La JCI representa una división de la *Joint Commission* y que tiene la finalidad de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional, mediante la prestación servicios de acreditación en todo el mundo. Para asegurar la aplicabilidad internacional de los estándares, éstos se consensuan por un grupo de expertos y líderes de opinión de los cinco continentes. El proceso de evaluación de la JCI está diseñado para adaptarse a las características legales, religiosas y culturales de cada país. Constituye una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, que actualmente acredita a más de 20.000 organizaciones en Estados Unidos, entre hospitales, servicios ambulatorios y servicios de sanidad mental, entre otros. La JCI ha acreditado actualmente hospitales en zonas como Asia, Medio Oriente y Europa, y hoy en día colabora con más de 70 países. La Fundación Avedis Donabedian (FAD) introdujo en España la Acreditación Internacional de la *Joint Commission*, evaluando la aplicabilidad de sus estándares con trabajos de campo, participación de organizaciones profesionales y reuniones de expertos. Al respecto, la acreditación de varios centros de nuestro país demostró la viabilidad del proyecto y los beneficios que aporta para las instituciones que decidieron llevarlo a cabo.

La misión de la JCI es ofrecer servicios de formación, consultoría y acreditación a los clientes internacionales de la JCAHO, además de mejorar continuamente la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional mediante iniciativas como la prestación de servicios educativos, de publicación, de

asesoría y de los servicios de evaluación. En el año 2000 la JCIA hizo públicos los primeros Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales, que son la base para la acreditación de centros fuera de EEUU Ignacio García, (2007). En palabras de Lucas Imbernón, García Fernández y Alarcón Gascueña (2009), el Sistema de Acreditación a través de JCI permite establecer comparaciones por una serie de consideraciones. En primer lugar, los Estándares Internacionales de la JCI contienen todos los temas de estándares de la JC incluyendo los más nuevos relacionados con el manejo del dolor y los cuidados al final de la vida. En segundo lugar, los Estándares Internacionales de la JCI contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000. Asimismo, los Estándares Internacionales de la JCI incluyen los criterios EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos.

2.1.6 Experiencias en España

El interés por la gestión de la calidad asistencial se pone de manifiesto tanto en el desarrollo de marcos legislativos como de otro tipo de actuaciones (proyectos, planes estratégicos...), ya sea a nivel nacional como autonómico. Así, en el País Vasco se creó la Fundación Vasca para la Promoción de la Calidad, con objeto de fomentar la gestión de la calidad en las empresas vascas. El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza ha adoptado el modelo EFQM con resultados satisfactorios. La puesta en marcha del modelo EFQM en hospitales, como el de Aránzazu, ha sido descrita en términos de satisfacción entre los profesionales y necesidad de mejora de los procedimientos. También se han llevado a cabo interesantes estudios como el del hospital de Zumárraga. También destacan en Cataluña y Andalucía sus experiencias en la aplicación de modelos y sistemas de acreditación. Efectivamente, ambas comunidades han apostado por sistemas de acreditación de sus centros y con una apuesta por el ejercicio de auditorías en aras de la mejora continua. Asimismo, ha sido importante el esfuerzo por implantar el Modelo EFQM diferentes centros sanitarios como ha sido, por ejemplo, el Hospital Universitario Vall d'Hebron.

2.1.7 Medición de la calidad desde la perspectiva del paciente y familiares

Las organizaciones necesitan conocer qué características afectan realmente a la calidad percibida del servicio y satisfacción del cliente, siendo un requisito de la GCT. Más aún, la evaluación de las necesidades y percepciones de pacientes y familiares constituye una demanda común entre los diversos modelos y sistemas de

acreditación, también defendido en textos normativos. En cuanto a la medición de la calidad, desde la perspectiva de pacientes y familiares, el objetivo principal es desarrollar escalas de medida que recogen las principales dimensiones y atributos que expliquen la calidad percibida en la prestación del servicio y el nivel de satisfacción. Al respecto, Hayes señala que todo producto o servicio es descrito en términos de dimensiones o atributos, que constituyen las demandas y las exigencias del consumidor, es decir, las características del producto y/o servicio que representan para ellos dimensiones importantes de la calidad y que pueden, asimismo, ser explicadas por atributos o indicadores concretos Hayes, (1995). Al respecto, la identificación de las dimensiones y los atributos que afectan a la calidad percibida del servicio es una tarea compleja. Ante ello, existen diferentes estudios que han tratado de identificar una escala genérica válida para la medición de la calidad desde la perspectiva del cliente útil para todo tipo de servicios. En este sentido, existen dos escuelas muy significativas en esta área de estudio: la escuela nórdica y la escuela americana. En la escuela nórdica destaca el trabajo de Grönroos (1994), que establece que la calidad percibida de un servicio tiene dos dimensiones: una dimensión técnica de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso. La dimensión técnica mide el resultado de la transacción o experiencia del servicio o producto técnico que recibe el cliente cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido. En el caso de los servicios sanitarios se podría identificar, por ejemplo, con el resultado del tratamiento médico y la información recibida. La dimensión funcional evalúa la forma que el cliente recibe el servicio y el modo en el que experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo; su valoración se desarrolla de forma más subjetiva que la dimensión técnica y, en el caso de los servicios sanitarios se podría identificar, por ejemplo, con el trato recibido por el médico o los tiempos de espera.

Una escuela alternativa corresponde a la escuela americana representada, fundamentalmente, por Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985, 1988). Tras varias pruebas y ensayos, en 1988 presentan una escala con una estructura factorial de 5 dimensiones y 22 atributos (SERVQUAL), donde se solicita al encuestado puntuaciones de expectativas y de percepciones cuya diferencia o gap constituye la puntuación sobre la que se trabaja (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988): tangibilidad (i.e., la organización tiene equipos de apariencia moderna y las instalaciones físicas



son visualmente atractivas), fiabilidad (i.e., cumplen sus promesas y se preocupan por solucionar los problemas de los clientes), capacidad de respuesta (i.e., se ofrece un servicio rápido y los empleados siempre están dispuestos a ayudar a los clientes), seguridad (los empleados tienen los conocimientos necesarios para responder a las preguntas de los clientes y los empleados se muestran amables) y empatía (i.e., los horarios son convenientes a los clientes y la organización comprende las necesidades específicas de los clientes). La escala SERVQUAL representa un punto de partida importante en el desarrollo de escalas idiosincrásicas, adaptadas a la realidad bajo estudio. No obstante, el uso de la escala SERVQUAL y versiones adaptadas es algo frecuente en la literatura, algo también presente en los estudios sobre la calidad en el sector sanitario. Asimismo, señalar que una alternativa importante a la metodología de SERVQUAL es medir sólo las puntuaciones de percepción ya que, como observan Cronin y Taylor (1992) y Brown, Churchill y Peter (1993), presenta mayor validez predictiva. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1994) responden argumentando que la escala SERVQUAL tiene como cualidad su valor de diagnóstico al permitir comparar las percepciones con las expectativas.

La escala SERVQUAL, en su versión original o adaptada ha sido ampliamente utilizada en la evaluación de los servicios sanitarios. Babakus y Mangold (1992) también aplican la escala SERVQUAL en el contexto del ámbito sanitario. El pretest realizado para evaluar la idoneidad de la escala determinó la conveniencia de reducir la escala a 15 atributos, debido a que los encuestados percibieron cierto solapamiento. En sus conclusiones valoran la escala SERVQUAL como una herramienta de diagnóstico al comparar las percepciones con las expectativas, lo que permite detectar áreas de mejora. Un trabajo realizado por Lam (1997) tenía como objetivo demostrar el uso de SERVQUAL para medir la calidad percibida en la atención sanitaria desde la perspectiva de pacientes en Hong Kong. Los análisis de validación estadística no confirmaron la estructura de cinco dimensiones de la escala original, mientras que sí avalaban un modelo unidimensional para las tres medidas (expectativas, percepciones y gap) para el conjunto de los 22 atributos. Elleuch (2008) aplican la escala SERVQUAL en la valoración de la atención médica recibida por pacientes del servicio sanitario en Japón. Tras el tratamiento estadístico, la escala quedó finalmente conformada por dos dimensiones: características del proceso (el personal atiende las dudas de los pacientes, se muestran dispuestos a ayudar...) y aspectos tangibles

(entorno atractivo y confortable y apariencia del personal). Purcărea, Gheorghe y Petrescu (2013) aplican la escala SERVQUAL en el contexto de los servicios de atención de salud pública en Rumania con objeto de determinar su idoneidad o si, por el contrario, requiere modificaciones. Por un lado, la validación estadística confirma la estructura factorial original y, además, los autores apoyan el valor de diagnóstico de SERVQUAL, ya que orienta en las decisiones estratégicas y operativas ante recursos limitados.

Otra línea de trabajo en la literatura de calidad de servicios en el sector sanitario consiste en crear escalas adaptadas de forma sustancial a la problemática de la calidad asistencial, lo que permite recoger variables que explican la realidad de la experiencia de servicio y contribuyen a una mejor comprensión. Un ejemplo queda representado por el trabajo de Mira *et al.* (1998) que crean la escala SERVQHOS, basada en SERVQUAL, con objeto de ser un instrumento de medida de post-hospitalización, sirviendo como herramienta práctica para proponer medidas de mejora en la calidad asistencial tanto para los gerentes como para los profesionales. La validación estadística determinó una estructura de dos factores: calidad subjetiva, ya que los ítems hacen referencia a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y que sólo se basan en la mera opinión del paciente. El segundo factor, calidad objetiva, contempla aspectos que son susceptibles de comprobación, como el estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad en las consultas o la información que se facilita al paciente o sus familiares. Entre los atributos de la calidad subjetiva se encuentran, la disposición a ayudar, la amabilidad del personal, la rapidez en las respuestas o la preparación del personal. Dentro de la calidad objetiva se valoran cuestiones como la señalización intrahospitalaria y extra-hospitalaria, la comodidad de las habitaciones, la puntualidad en las consultas, la información que da el médico o la información a los familiares. Chahal y Kumari (2010) también intentan desarrollar y validar empíricamente una escala multidimensional para medir la calidad del servicio de atención médica. La escala HCSQ quedó conformada por tres dimensiones: calidad del entorno, calidad de la interacción y calidad del resultado, a su vez integradas por sub-dimensiones. Entre los atributos que se contemplan en la calidad del entorno se encuentran la luz natural, la limpieza, el cambio de ropa de cama diariamente y la integridad y honestidad en las prácticas médicas. Respecto a los atributos de calidad de la



interacción tratan, por ejemplo, aspectos de disponibilidad, comunicación, explicación de los tratamientos médicos, trato con la familia y amigos, competencia técnica del personal, exactitud en los diagnósticos y la valoración de los servicios administrativos y de apoyo.

Un segundo trabajo pertenece a Padma, Rajendran y Lokachari (2010), que estudian la calidad percibida y su impacto en la satisfacción de la atención sanitaria recibida desde la perspectiva de pacientes (204) y familiares (204), de hospitales públicos y privados. Para medir la calidad del servicio emplean una escala de ocho dimensiones, que miden tanto aspectos técnicos como de proceso. La dimensión infraestructura mide cuestiones como limpieza y confort (ventilación, bajo ruido), disponibilidad de medicamentos, disponibilidad de sangre, servicios de comida puntual e higiénico...La dimensión calidad del personal incluye la cortesía del personal administrativo, la atención y capacidad de respuesta de las enfermeras, la competencia y capacidad de los médicos, la actitud atenta y cercana del médico tratando de entender los sentimientos y necesidades del paciente...La dimensión proceso de atención clínica trata sobre las instrucciones y consejos médicos del médico, la valoración correcta que realice el médico del estado del paciente, la información que aporte el médico de tratamientos y resultados...La dimensión procedimientos administrativos se centra en aspectos como el tiempo de espera para ser tratado en consulta, que los procesos de admisión sean claros y simples, horas de visita, que se aporte información e instrucciones sobre los procedimientos y reglas del hospital...La dimensión medidas de seguridad valora atributos relativos al desarrollo de procedimientos y entornos libres de infección y en condiciones de higiene aceptables. La dimensión imagen del hospital mide el grado de honestidad, sinceridad y ética del hospital en sus servicios médicos al paciente, la reputación del hospital y sus inversiones en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras. La dimensión de responsabilidad social valora cuestiones como la aplicación de principios éticos en la prestación de servicios médicos a diferentes sectores de la sociedad o prestar servicios a bajo coste a los pacientes necesitados. La dimensión confianza en el hospital incluye elementos como el nivel de confianza del paciente en el médico que lo trata o la extensión de facturas sin errores, entre otras medidas. Una conclusión importante del estudio es que los pacientes y los familiares consideran la atención

interpersonal como la parte más importante de la atención, ya que no pueden evaluar la calidad técnica del servicio.

2.2. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL MARCO DE LA GCT EN EL ÁMBITO SANITARIO

La importancia de la gestión de los recursos humanos en el seno de la calidad asistencial es una evidencia manifiesta. Así, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece que la planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios. Asimismo establece que, en el ámbito de cada servicio de salud y previa negociación en las mesas correspondientes, se desarrollará una planificación eficiente de los recursos humanos a través de la adopción de las medidas que sean necesarias para su consecución. Siendo los recursos humanos el principal activo de los servicios y organizaciones sanitarias, resulta evidente que una eficiente ordenación en dicha materia, es determinante para la viabilidad y desarrollo del Sistema y del mantenimiento de su calidad. Las políticas de recursos humanos deben ir dirigidas a la consecución de los objetivos generales de las organizaciones, en estrecha conexión con los planteamientos estratégicos y modelos de gestión y organizativos a corto y medio plazo.

Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 34 que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben estar orientados a la mejora de la calidad del SNS, lo que demanda, entre otras cuestiones, la actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y a garantizar la seguridad del usuario. También habla en el artículo 40 del desarrollo profesional, indicando que existe un aspecto básico en la modernización del SNS y que debe responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, en relación con los siguientes ámbitos: la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de competencias.

Por su parte, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 establece entre sus estrategias clave la adecuación de los recursos humanos del SNS

a las necesidades de los servicios sanitarios. Al respecto, señala que la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud es un instrumento esencial para impulsar la calidad de la atención. Más aún, indican que para el MSSSI la planificación de los recursos humanos es un elemento de primer orden para la calidad de los servicios sanitarios. En tal sentido, entiende que la planificación tiene que ver, entre otras cosas, con mejorar los sistemas de información en materia de recursos humanos, conocer las necesidades a medio y largo plazo de especialistas, y apoyar las unidades docentes encargadas de su formación. Entre los objetivos vinculados a esta estrategia se encuentran la planificación de las necesidades de profesionales sanitarios, el apoyo a la ordenación de los recursos humanos del SNS, el desarrollo de acciones que potencien la calidad de la formación de residentes y el desarrollo de líneas comunes de formación continuada para el personal que presta sus servicios en las inspecciones sanitarias.

También, el informe publicado por el MSSSI sobre Estrategia para la Seguridad del Paciente del SNS para el período 2015-2020 establece en una de sus líneas estratégicas (cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación) la importancia de la gestión de recursos humanos. Tal es así que señala que para mejorar la cultura de seguridad se debe continuar desarrollando acciones que traten de medir y mejorar el clima de seguridad, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas.

A partir de aquí, un área de interés clave es analizar la dimensión humana en la gestión de la calidad dentro del ámbito sanitario. Al respecto, el estudio del rol del personal en la calidad asistencial, el alcance de las prácticas de recursos humanos que inciden en el nivel de calidad de servicio y el análisis de las variables que afectan a tal relación serán objeto de estudio en este capítulo.

2.2.1. La dimensión humana de la gestión de la calidad

La GCT como filosofía de dirección implica una serie de principios y prácticas reconocidas y estandarizadas, como han sido recogidas en el epígrafe anterior en

exponentes como, por ejemplo, el Modelo EFQM. Si bien en la literatura académica pueden ser acogidas bajo diferentes nombres y pueden existir ciertas diferencias en cuanto al nivel de agregación de las prácticas, de forma genérica, existen ocho prácticas básicas que tienen un amplio reconocimiento. En primer lugar, el *liderazgo de la dirección*, que demanda, por ejemplo, la implicación, el compromiso y la formación del equipo directivo en la filosofía de la calidad; la *gestión estratégica orientada a la calidad*, que plantea la necesidad de definir la estrategia de forma coordinada y participada por todos los grupos de interés relevantes, teniendo presente las necesidades y expectativas de los clientes; la *gestión de recursos humanos*, que defiende la participación del empleado, su formación y motivación, entre otras prácticas recomendables para los empleados; la *gestión de procesos*, que frente a la estructura funcional organizativa, defiende la coordinación integrada de actividades transversales; la *mejora continua*, que defiende la innovación incremental como fórmula para el perfeccionamiento progresivo del sistema organizativo; la *gestión de alianzas y redes*, que busca la relación con los proveedores frente a la elección puntual de la oferta a precios bajos; el *análisis de datos e información de la calidad*, con objeto de detectar oportunidades de mejora y controlar los costes de la calidad; y, finalmente, la *orientación al cliente*, entendiéndose que la organización debe satisfacer al cliente final al que va destinado el producto/servicio (Kaynak, 2003; Demirbag *et al.*, 2006; Nair, 2006; Sila, 2007; Tarí, Molina y Castejón, 2007; Fening, Pesakovic y Amaría, 2008; Laosirihongtong, Teh y Adebajo, 2013). Ahora bien, es evidente que la organización como ente social sólo puede tener éxito en la gestión de la calidad cuando sus gestores enfatizan la dimensión humana, ya que la dirección excelente de los recursos humanos no es en sí misma una práctica de GCT sino una vía eficaz para materializar las restantes prácticas. Los siguientes apartados reflexionan sobre el rol de la gestión de recursos humanos en el éxito de calidad y excelencia organizativa.

2.2.1.1 La dimensión humana de la GCT: dimensiones *soft* y dimensiones *hard*

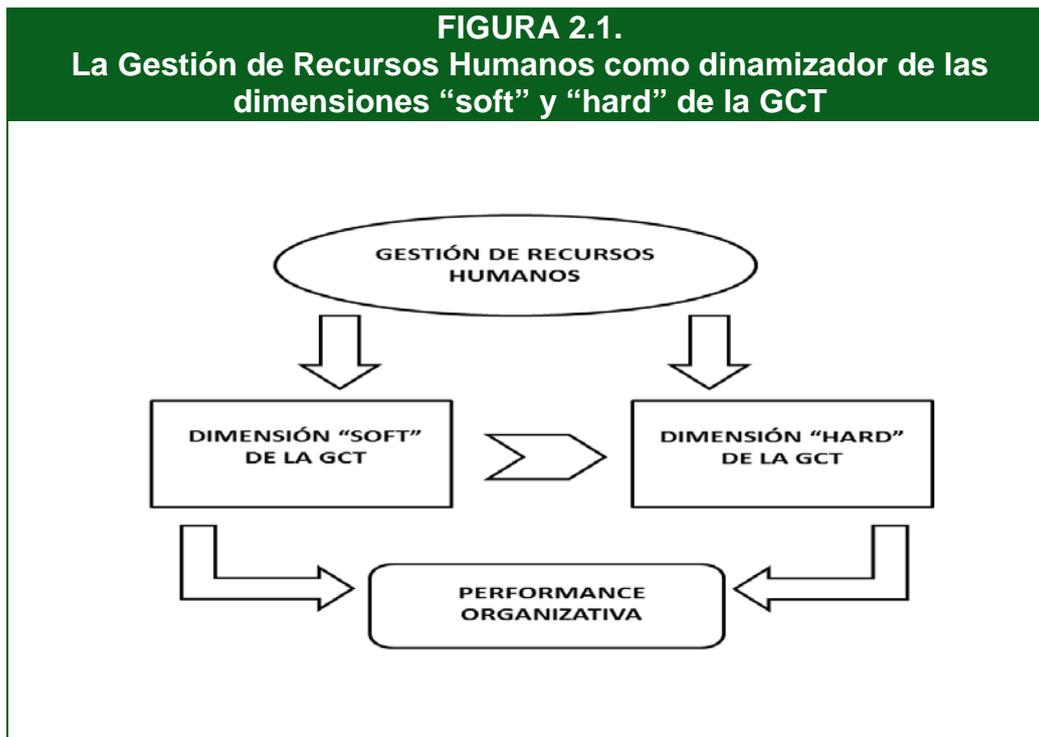
Un área de debate importante en las prácticas de la GCT es la diferenciación de la naturaleza de las prácticas entre dimensiones “soft” y dimensiones “hard” y su influencia en la *performance* organizativa y en el desarrollo de ventajas competitivas. Un aspecto clave que está implícito en esta doble dimensionalidad es el rol de los recursos humanos, ya no sólo en el desarrollo de las prácticas “soft” sino en el ejercicio de las prácticas “hard”.

Siguiendo a Wilkinson (1992), los aspectos “hard” se centran en cuestiones más técnicas relativas a la atención y mejora de los procedimientos y actividades organizativas, mediante funciones como el control estadístico o el control de inventarios *just-in-time*. Por el contrario, los aspectos “soft” atenderían a cuestiones como el liderazgo y la gestión de los recursos humanos, que enfatiza el compromiso y la participación de los empleados, a los que la GCT otorga un rol cada vez mayor. En cuanto al rol estratégico de los aspectos “soft”, Fotopoulos y Psomas (2009) plantean que el avance de las empresas en materia de calidad está en los recursos tácitos implícitos de los aspectos “soft” y no en la naturaleza técnica de los aspectos “hard”. Otro autor, Sureshchandar (2002), que analizó la asociación entre la gestión de la calidad y la satisfacción del cliente, también encontró que la dimensión “soft” de la gestión de la calidad tiene mayor peso que la dimensión “hard” en la satisfacción del cliente. Atendiendo a ello, Shahin y Dabestani (2011) exponen que la implantación eficaz de la GCT demanda que las organizaciones deban prestar más atención a las dimensiones “soft”. Como resultado, la literatura parece apostar por la dimensión “soft” de la GCT como una parte clave para el éxito organizativo.

Más aún, como indican Prajogo y Cooper (2010), la tecnología y la dimensión “hard” pueden no necesariamente mejorar la performance organizativa, ya que será la dimensión “soft”, vinculada a la gestión de recursos humanos, lo que hace que la calidad funcione. Un trabajo académico que apuesta por tal argumento corresponde a Rahman y Bullock (2002) cuando señalan que la dimensión “soft” ejerce dos roles: (1) creando un entorno donde la difusión e implantación global de la dimensión “hard” de la GCT tiene lugar y (2) afectando de forma directa a la *performance* organizativa, en la misma forma que podría hacerlo la gestión de recursos humanos tradicional. Más aún, llegan a indicar de forma explícita que la dimensión “soft” está vinculada de forma importante a la gestión de recursos humanos, al incluir dentro de esta dimensión aspectos, que de una forma u otra, demandan una participación activa, social y comprometida de los empleados: (1) *compromiso de la fuerza de trabajo*, que apuesta por cuestiones como, por ejemplo, la importancia del cambio y la cultura de la confianza y la innovación, la comunicación de “arriba abajo” y de “abajo a arriba”, la responsabilidad de todos los empleados por la calidad, la materialización de propuestas de mejora realizadas por los trabajadores y la aceptación y comprensión del concepto de “cliente interno”; (2) *visión compartida*, que requiere que la misión organizativa sea

comunicada y compartida por todos y que el proceso de planificación sea estructurado y global, entre otros aspectos; (3) *orientación al cliente*, que exige que los requisitos del cliente sean comprendidos y conocidos por todos y que se conozcan tanto las necesidades actuales como futuras de los clientes; (4) *trabajo en equipo*, que se puede medir, por ejemplo, mediante el porcentaje de trabajadores que participan en equipos de resolución de problemas y en círculos de calidad; (5) *formación del personal*, que se puede cuantificar por el porcentaje de días en el año dedicados a la formación continua tanto a nivel de la dirección superior, la dirección intermedia como de personal de base operativa; y, (6) *relaciones cooperativas con los proveedores*, que defiende relaciones estrechas y cercanas con los proveedores en cuestiones como el desarrollo de productos y en la mejora de procesos.

A partir de aquí, como suscriben Pramuka y Adawiyah (2012), es lógico el interés creciente en la literatura por estudiar la relación entre la gestión de recursos humanos y la GCT, ya que los programas de mejora de la calidad requieren un cambio en la gestión del capital humano. En esta línea se expresan Yunis, Jung y Chen (2013) cuando manifiestan que “las prácticas “hard” (por ejemplo, herramientas y técnicas de calidad) no generan ventajas competitivas sostenibles ya que son perfectamente copiables; el valor diferencial se encontraría, por el contrario, en la habilidad de los empleados para extraer el máximo valor del uso y la implicación de la alta dirección como recursos tácitos difícilmente exportables”. En otras palabras, se puede establecer que la gestión de recursos humanos, orientada de forma adecuada a la filosofía de GCT, sostiene, fundamentalmente, la dimensión “soft” de la GCT y, con ello, también la dimensión “hard”, afectando de forma positiva a la *performance* organizativa (véase Figura 2.1).

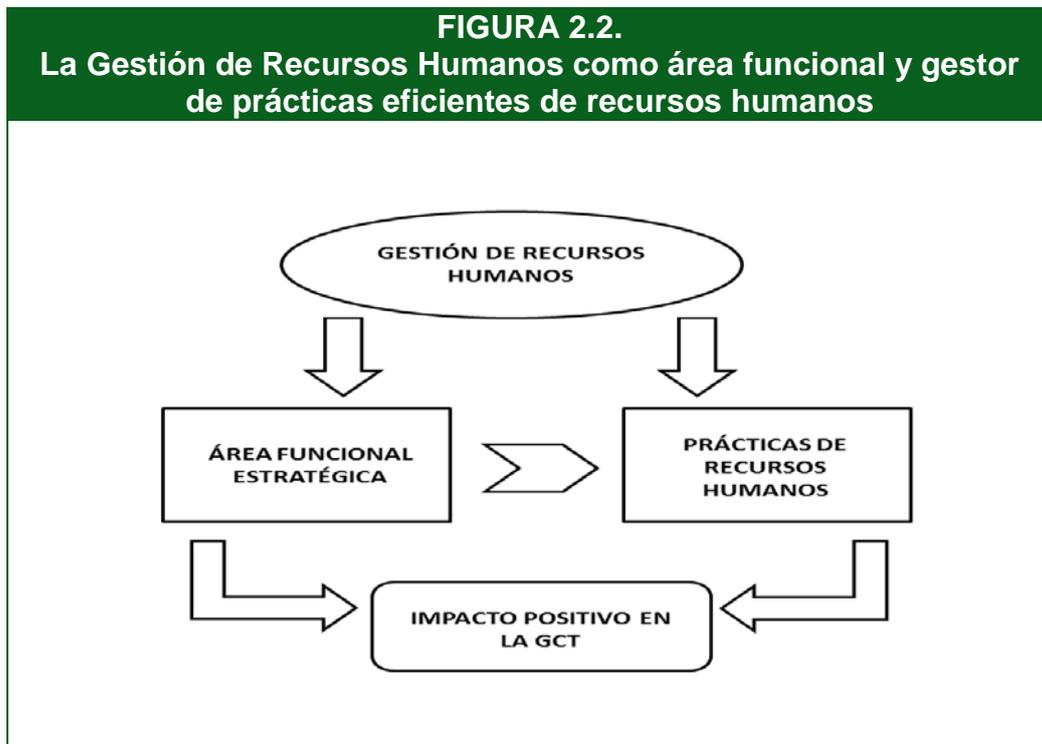


Fuente: Elaboración propia

2.2.1.2 Funciones y roles de los recursos humanos como área funcional y como activo estratégico

La gestión de la calidad afecta a la dirección de recursos humanos en cuanto a su posicionamiento estratégico como área funcional y en cuanto a la orientación de las prácticas de recursos humanos (véase Figura 2.2). Efectivamente, existe un conjunto de estudios que analizan los cambios que genera la gestión de la calidad en cómo se concibe el departamento de recursos humanos. Así, la GCT demanda, en primer lugar, que el departamento de recursos humanos adopte un status corporativo superior; en segundo lugar, que los directores de recursos humanos participen en el diseño, la introducción y el mantenimiento de diversas iniciativas de calidad; en tercer lugar, que redacten estrategias de recursos humanos coherente e integradas con las estrategias corporativas; en cuarto lugar, que las prácticas de recursos humanos apoyen la cultura y las acciones emprendidas en materia de calidad; en quinto lugar, un mayor número de consultas al departamento de recursos humanos; en sexto lugar, una mayor profesionalización del área de recursos humanos; y, por último, una mayor descentralización en las funciones de recursos humanos (Psychogios, Wilkinson y Szamosi, 2009; Wickramasinghe, 2012; Vouzas, 2004; Santos-Vijande y Álvarez-González, 2009; Palo y Pladhi, 2005; Kufidu y Vouzas, 1998). Izvercian *et al.* (2014)

también contribuyen a comprender esta parte cuando señalan que la gestión de recursos humanos puede ejercer un rol importante en la implantación de la GCT de diversas formas. Así, el departamento de recursos humanos puede servir como plataforma de lanzamiento del proceso de la GCT en toda la organización, adaptando a nivel operativo la filosofía de la GCT y sus principios. También, el departamento de recursos humanos, con el apoyo directivo de la empresa, puede transferir este proceso del nivel departamental a toda la organización creando la cultura necesaria para el desarrollo y la aceptación de la GCT.

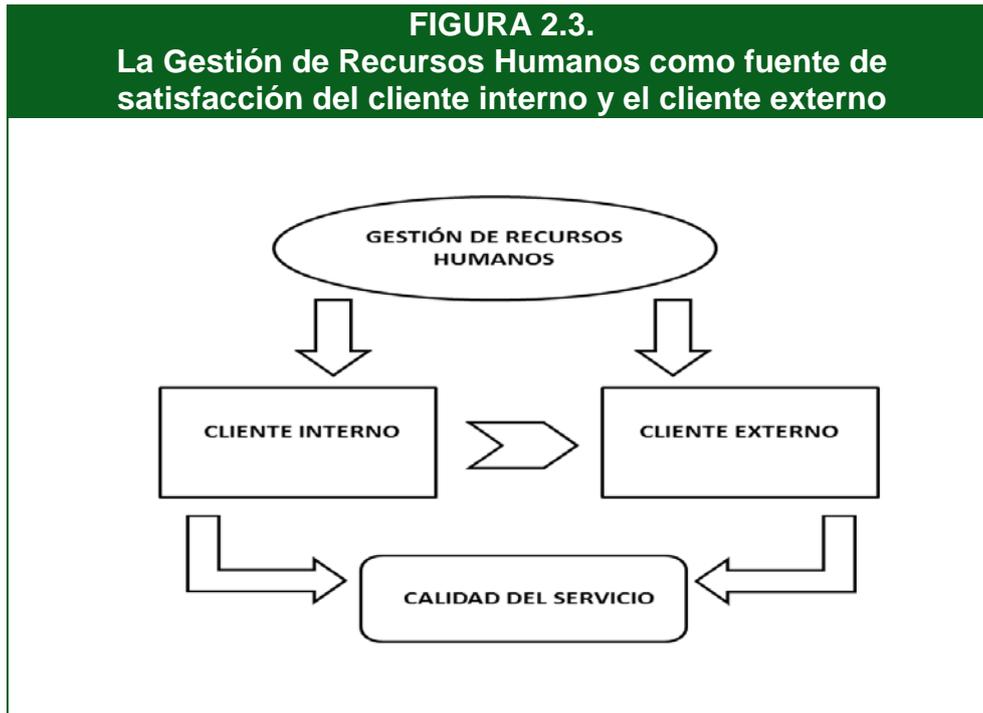


Fuente: Elaboración propia

También, dentro del ejercicio de funciones y roles de los recursos humanos, y atendiendo a la figura del empleado, es evidente que los recursos humanos constituyen un activo estratégico muy importante que contribuye de forma directa e indirecta a la calidad del servicio y a la satisfacción del cliente externo. Efectivamente, la significatividad del rol de los empleados en la GCT obedece al ejercicio de dos roles: como *personal de contacto* con el cliente externo y como *cliente interno* (véase Figura 2.3). En cuanto a la importancia de los empleados que ejercen como personal de contacto, en la cadena de valor organizativa, una parte de los empleados tienen la responsabilidad de ser el personal de contacto con el cliente externo (aquél al que va

dirigido el producto/servicio de la empresa). Cuando actúan como personal de contacto, los empleados representan a la organización y asumen la responsabilidad de facilitar al cliente, fundamentalmente, tanto la compra como el uso del producto/servicio, mediante la recepción de pedidos, el cierre de la venta, la atención a las reclamaciones o la gestión de los programas de fidelización, entre otras. Pero también, se encargan de potenciar y mantener relaciones satisfactorias con los clientes, como imagen de la empresa, y como garantía de la satisfacción del cliente externo (Eiglier y Langeard, 1989; Grönroos, 1994; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985; Bitner, 1990).

Cuando atendemos al empleado como cliente interno, se enfatiza la necesidad de instaurar la cultura organizativa u orientación a la calidad interna de tratar a los empleados como clientes, de forma que una unidad organizativa y/o empleado que dependa de otra unidad interna y/o empleado sea tratada como un verdadero cliente. Se entiende que al hacerlo así se beneficia no sólo al empleado sino a los clientes externos, y que si los clientes internos están insatisfechos ello perjudica la calidad global. En tal sentido, la autonomía del empleado, la satisfacción con el trabajo, las interacciones interdepartamentales y la falta de conflicto interdepartamentales favorecen la calidad interna (Conduit y Mavondo, 2001; Anosike y Eid, 2011). Este planteamiento coincide con la perspectiva de la cadena causal servicio-beneficio, donde, mediante la calidad interna a través de la atención y servicios a los empleados, la empresa consigue mejorar la satisfacción del empleado y su compromiso en proporcionar servicios de más valor, consiguiendo así una mayor lealtad y satisfacción del cliente externo Heskett, (1994). Al entenderlo así, la satisfacción del cliente interno se convierte en un requisito de la satisfacción del cliente externo, por lo que aquellas organizaciones que pretendan satisfacer a su cliente externo deben primero centrarse en la calidad de servicio interna. Al perseguir la calidad de servicio interna ello promueve las capacidades de los empleados y su satisfacción con el trabajo, lo que también mejora la calidad del servicio externo (Bouranta, Chitiris y Paravantis, 2009; Hallowell, Schlesinger y Zornitsky1996).



Fuente: Elaboración propia

2.2.2. Las prácticas de la gestión de recursos humanos orientadas a la gestión de la calidad total

En los últimos años, el avance de la literatura de gestión de recursos humanos se ha centrado en la identificación y desarrollo de aquellas prácticas que permitan a las empresas maximizar la productividad del trabajador. Ahora bien, a diferencia de los primeros enfoques organizativos del siglo XX, como la Teoría de la Administración Científica de Taylor o la Teoría Burocrática de Weber, actualmente se considera al recurso humano como un valor estratégico que contribuye al éxito empresarial, y a ello debe dirigirse la definición de las prácticas de gestión de recursos humanos más recomendables. En tal sentido, se observan múltiples términos y perspectivas de análisis, tanto desde la literatura especializada en gestión de recursos humanos como desde la visión de la GCT, que pretenden enriquecer tal análisis, que si bien inicialmente puede dar lugar a confusión y a cierta complejidad en su estudio, finalmente confluyen en una misma filosofía: hacer sentir bien al trabajador que la empresa se preocupa por él, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, para que así aporte su máximo *knowhow*, implicación en los objetivos empresariales y rendimiento. Los siguientes epígrafes pretenden identificar cuáles son las prácticas en la gestión de recursos humanos que contribuyen a la excelencia organizativa y, con

ello, a una orientación a la GCT, tanto de forma genérica como atendiendo al sector sanitario. En un proceso de Calidad Total el mayor esfuerzo y la mayor inversión siempre deben estar dedicados al desarrollo, formación y capacitación de los recursos humanos. Esta perspectiva implica un cambio en la manera de gestionar la empresa a efectos de construir una organización de mayor calidad, apunta a la necesidad de una transformación de la idea de negocio e indica cuál es la orientación estratégica que deben tomar hoy las empresas para su modernización. Esta modernización supone considerar las empresas desde la perspectiva de los clientes y propiciar que el cambio se produzca de manera integral. Es este cambio lo que pretendemos medir en esta investigación.

2.2.2.1 Las prácticas de gestión de recursos humanos en la empresa moderna: enfoques y tendencias

La nueva gestión empresarial demanda una visión estratégica de los recursos humanos, a la cual se acogen los enfoques y tendencias modernas en la relación empresa-empleado. Al respecto, la revisión de la literatura académica relevante aporta numerosos y valiosos trabajos que nos ayudan a comprender la naturaleza y el alcance que deben contemplar la dirección contemporánea de recursos humanos en el seno de las organizaciones. En tal sentido, términos como “prácticas de alto rendimiento”, “prácticas de alta implicación”, “prácticas de trabajo flexibles” y “prácticas de trabajo innovadoras” se entremezclan para, finalmente, tratar, aunque con diferentes matices, la esencia de lo que se debe ser la gestión actual del personal. Como apuntan Gutiérrez Broncano, Rubio Andrés y Montoya Monsalve (2011), aunque pueden existir divergencias en la concreción de tales prácticas, en general, se considera que las empresas que desarrollan en mayor medida estas prácticas son las que presentan una estrategia de gestión de recursos humanos más progresista o proactiva.

Efectivamente, los diferentes autores y trabajos que analizan las prácticas de recursos humanos que deben ser aplicadas en el seno de las organizaciones de forma óptima para maximizar el rendimiento no consiguen alcanzar un acuerdo sobre su alcance y naturaleza, encontrándose en la literatura múltiples enfoques y consideraciones sobre cuáles deben ser incluídas. A pesar de ello, Guthrie (2001) sostiene que el fin de las prácticas de alto rendimiento es potenciar el uso de un

sistema de prácticas directivas que dote a los empleados de destrezas, información, motivación y discrecionalidad, convirtiendo a la fuerza de trabajo como una fuente de ventaja competitiva. Sobre ello también se pronuncian Perello-Marin y Ribes Giner (2014), cuando señalan que existe una corriente de pensamiento y trabajo que argumenta que el uso de determinadas prácticas pueden mejorar el conocimiento, las capacidades y las habilidades actuales y potenciales de los empleados, incrementando su motivación, reduciendo el despido y mejorando la retención de los empleados más cualificados. Entre tales prácticas se pueden incluir, entre otras, los procedimientos de selección y reclutamiento, el sistema de gestión de la *performance* y de compensación e incentivos, la formación del empleado y su implicación. Estas prácticas pueden ser tratadas en la literatura de forma diferente, dependiendo del autor, como, por ejemplo: “prácticas de trabajo de alto rendimiento”, “prácticas de trabajo de alta implicación” “prácticas de alto compromiso” o “prácticas de recursos humanos innovadoras o mejores prácticas” o “sistemas de trabajo de alto rendimiento” (Guest *et al.*, 2004; Way, 2002; Wood *et al.*, 2012; Benson *et al.*, 2006; Guerrero y Barraud-Didier, 2004; Zatzick y Iverson, 2006), McClean y Collins, 2011 Ichniowski y Shaw, 1999; Marchington y Grugulis, 2000; Paauwe y Boselie, 2005). Destacar, la corriente de trabajo que corresponde a estudios sobre sistemas de trabajo de alto rendimiento donde, siguiendo a Zhang y Morris (2014), un sistema de trabajo de alto rendimiento trataría de estudiar el efecto de una serie de prácticas de recursos humanos en la *performance* tanto a nivel de empleado como organizativa.

A partir de aquí, se trata de exponer las principales propuestas sugeridas por diferentes autores sobre lo que representa las prácticas de gestión de recursos humanos, analizadas desde diferentes perspectivas, pero que, en definitiva, confluyen en la búsqueda de la relación óptima entre empresa y empleado. Al respecto, la revisión de la literatura relevante apuesta por un conjunto de prácticas en gestión de recursos humanos coherente y equilibrado, de acuerdo a la estrategia empresarial. Así, en primer lugar, Gutiérrez Broncano, Rubio Andrés y Montoya Monsalve (2011) describen como prácticas de alto rendimiento las siguientes: el diseño de puestos amplios, el reclutamiento selectivo, las contrataciones fijas, la formación extensiva, la valoración del desempeño, la compensación contingente, la discrecionalidad elevada, la promoción interna, el trabajo en equipo, la información compartida y la seguridad en el empleo. El *diseño de puestos amplios* tiene que ver con una especialización

horizontal baja en la medida que el trabajador no se limita a realizar tareas concretas sino que ejecuta un abanico amplio de actividades. Por otra parte, aboga por una especialización vertical baja debido a que el empleado tiene capacidad de decisión en el ejercicio de su puesto de trabajo. El *reclutamiento selectivo* se caracteriza por disponer de criterios de reclutamiento y selección definidos y en función de los requisitos del puesto, analizando conductas pasadas y futuras. La *contratación fija* defiende la estabilidad en el trabajo, evitando la temporalidad y dando seguridad al empleado; asimismo, la regularidad laboral contribuye a la rentabilización y mejora del *know-how* del empleado. La *formación extensiva* otorga gran importancia a la inversión en formación y desarrollo de su recurso humano, formándolos de forma continua y evaluada, y motivándolos para ello. La *valoración del desempeño* consiste en la redacción de sistemas de evaluación basados en los resultados del empleado en cuanto a las tareas y objetivos asignados. La *compensación contingente* considera la concreción de políticas salariales centradas en los resultados individuales y de grupo, en garantizar una retribución media por encima de la media del mercado; también, trata de la apuesta por incentivos tangibles como intangibles, flexibles, participativos y públicos. Mediante la *discrecionalidad elevada* la organización describe un puesto de trabajo donde el empleado dispone de una gran autonomía para decidir su propia actuación y normas de trabajo. Esta mayor discrecionalidad implicaría una menor especialización vertical a nivel de puestos de trabajo, ya que el individuo tiene más autonomía en el área de sus funciones, y a nivel agregado organizativo una mayor descentralización, en la medida que la alta dirección permite en todo lo posible que sus empleados tomen decisiones relativas a sus puestos de trabajo. La *promoción interna* pretende la creación de grandes oportunidades de desarrollos profesionales en la empresa con el establecimiento de un sistema formal de carreras profesionales. El *trabajo en equipo* busca el incentivo y fomento del trabajo en equipo, el alto compromiso entre los miembros y la baja rotación; el trabajo en equipo mejora la calidad del trabajo final por la interacción de sus miembros. La *información compartida* consiste en la definición de sistemas de información compartidos y abiertos a todos los miembros de la organización, lo que contribuye a una mayor coordinación del trabajo. Por último, la *seguridad en el empleo* trata de garantizar una elevada seguridad en los puestos de trabajo, asignando personal especializado para la mejora en la seguridad laboral.

Macky y Boxall (2007) proponen un sistema de prácticas de alto rendimiento compuesto por 16 apartados. En primer lugar, *la retribución del empleado según su performance* mediante, por ejemplo, la participación en los beneficios empresariales o acciones de la empresa. *La formación de equipos como unidad fundamental de la estructura organizativa*, que enfatiza la necesidad de que el trabajo individual esté estrechamente relacionado con otros miembros del equipo para alcanzar un objetivo o resultados comunes. *La creación de un programa de participación del empleado*, sobre todo, en la toma de decisiones de asuntos de su interés mediante círculos de calidad, equipos de proyecto de procesos o la gestión de la calidad total. *El logro de diferencias residuales de status entre los directivos y los empleados*, procurando reducir las diferencias en el tratamiento y gestión de los recursos humanos a cualquier nivel. *La definición de un sistema de promoción interna o selección para cubrir las posiciones vacantes*, dando prioridad al personal interno frente a contrataciones externas. *La creación de sistemas formales de evaluación de la performance del empleado*, que garantizaría un proceso objetivo, transparente, estable y predecible de la labor del individuo. *La evaluación del desarrollo o progreso del trabajo* de forma que el empleado reciba un feedback regular y constructivo del trabajo realizado. *La existencia de programas de comunicación formal para mantener a los empleados informados sobre la empresa*, de esta forma la dirección consigue que su equipo humano tenga un conocimiento completo y fiable de la empresa y de su actuación. *El uso regular de estudios de actitudes de los empleados*, de forma que la organización conozca en todo momento la opinión de su personal en cuanto a la gestión de recursos humanos y sus efectos en aspectos como el compromiso organizativo o clima laboral. *La formación formal* representa el esfuerzo de la organización por mantener y mejorar las capacidades de su plantilla, como un indicador del compromiso del empresario para invertir en capital humano. Los *sistemas formales de resolución de quejas y reclamaciones*, permiten que los empleados expresen sus desacuerdos con la organización. Otra práctica es la *selección selectiva*, que aboga por la concreción de requisitos en la contratación del personal. *La promoción basada en el mérito*, garantiza que los empleados avancen en su carrera profesional mediante un sistema de promoción justo e imparciales. Y, por último, *la descripción formal del puesto de trabajo*, lo que conlleva la redacción exacta y precisa de las actividades y las responsabilidades del empleado.

Guthrie *et al.* (2009) exponen un conjunto de acciones para la gestión de recursos humanos de alto rendimiento que, a efectos de esta exposición, se ha intentado agregar en función de aquellas prácticas habitualmente reconocidas. En cuanto a la *selección del personal*, contempla cuestiones como la aplicación de determinadas pruebas o tests (por ejemplo, test de capacidades, pruebas de actitud, valoración de niveles cognitivos). Relativo a la *promoción del personal*, mide si se apuesta por las promociones internas frente a las contrataciones externas y, también, si las promociones se hacen en función del mérito o *performance* frente a la antigüedad. De la *evaluación de la performance* interesa si se hacen de forma regular y si proceden de diferentes fuentes (jefes, compañeros, etc.). Con relación al *sistema de pago o compensación* es necesario valorar en qué medida está parcialmente vinculado a la *performance* del grupo. Asimismo, es interesante conocer si la remuneración se hace sobre la base de conocimiento o capacidades que domina el individuo o por el trabajo actual que desempeña. Respecto a la *formación del empleado*, contempla si el individuo se forma sobre una variedad de trabajos o capacidades (formación multifuncional o cruzada) y/o rutinariamente actúa en más de un trabajo (capacidades empleadas en diversas funciones). También recoge si el empleado ha recibido formación intensiva/extensiva en capacidades específicas a la empresa (por ejemplo, formación sobre la tarea o específicas sobre la empresa). Adicionalmente, interesa medir si el empleado ha recibido formación intensiva/extensiva en capacidades genéricas (por ejemplo, resolución de problemas, capacidades de comunicación, etc.). La *participación del empleado* se mide por la existencia de un programa que permite la participación del empleado aportando sus opiniones y sugerencias mediante, por ejemplo, los círculos de calidad o los grupos de resolución de problemas. El *sistema de información* recaba la importancia de que el empleado acceda a información relevante de la *performance* operativa (por ejemplo, datos de calidad o productividad), información relevante de la *performance* financiera (por ejemplo, beneficios o rentabilidad) e información relevante a nivel estratégico (por ejemplo, misión estratégica, objetivos, tácticas o información del competidor). Otra cuestión importante se centra en el *sistema de feedback* del empleado, donde se recogen atributos como la existencia de un procedimiento de resolución de quejas y reclamaciones y la administración regular de encuestas de opinión del empleado para determinar su satisfacción y bienestar. Por último, el *trabajo en equipo* trata de

identificar si la organización permite la formación de equipos autónomos en la realización de parte de los roles de su trabajo.

Por su parte, Melián González y Verano Tacoronte (2008) contribuyen en la materia analizando si las prácticas de recursos humanos varían según la importancia que tiene el puesto de trabajo para su actividad. A tal fin, proceden a revisar la literatura relevante sobre prácticas de recursos humanos para determinar las dimensiones o aspectos clave más importantes. Como resultado, una primera dimensión es la selección, dentro de la que se contemplan cuestiones de interés como el uso de pruebas de conocimientos, el número de entrevistas o el empleo de consultora externa. Una segunda dimensión corresponde a la formación y desarrollo, que trataría de analizar si se desarrollan formación para las tareas del puesto, formación en habilidades directivas o planificación de carreras. En tercer lugar, la compensación, que valora, por ejemplo, si la compensación es mixta (fijo más variable), si existen comisiones o si la empresa retribuye mediante bonos por objetivos. En cuanto a la valoración del rendimiento, cuarta dimensión, analizaría, entre otros, si existe un sistema formal de valoración del rendimiento y cuánto representa esa valoración en el salario, así como si existe una dirección por objetivos. Por último, reconocen la dimensión condiciones de trabajo, en la que se acoplarían, como ejemplo, elementos como la autonomía en el puesto, la flexibilidad horaria, la participación en la toma de decisiones o el tipo de contratación. Atendiendo a los resultados que obtienen, a los puestos más valiosos y específicos las empresas tienden a aplicar prácticas de recursos humanos más sofisticadas, como el uso de más técnicas de selección, demandan más formación y desarrollo, sistemas de compensación más complejas, valoraciones del rendimiento formales y con repercusión salarial y mejores condiciones de trabajo. En cambio, los puestos de trabajo con poco valor y baja especificidad tienden a gestionarse con prácticas menos sofisticadas. No obstante, observan que las decisiones de prácticas de recursos humanos no deben adoptarse atendiendo exclusivamente al valor y la especificidad, aportando importantes reflexiones sobre esta cuestión.

2.2.2.2 El nexo entre las prácticas de recursos humanos y la gestión de la calidad

Una vez expuesta las principales prácticas de recursos humanos, cabe establecer si existe algún tipo de nexo entre tales prácticas y las demandas en la

dimensión humana que reclama la gestión de la calidad. Para tal cuestión existen un importante número de trabajos que avalan el efecto positivo de las prácticas de recursos humanos de alto compromiso en la gestión de la calidad, si bien la concreción de lo que se consideran prácticas de recursos humanos no siempre es coincidente. Así, Boon *et al.* (2007) analizan la influencia de un conjunto de prácticas de recursos humanos orientados a la GCT (liderazgo, formación y desarrollo, participación del empleado, recompensa y reconocimiento, orientación al cliente, autonomía, trabajo en equipo y comunicación) en la implicación del empleado en su trabajo. El trabajo empírico, que toma como muestra 377 empleados, reveló que el trabajo en equipo, la autonomía, la orientación al cliente y la recompensa y reconocimiento se asocian positivamente a la implicación del empleado con su trabajo. Chandler y McEvoy (2010) analizan el efecto de dos prácticas de recursos humanos -formación y compensación de grupo- en la relación entre la estrategia organizativa y la *performance* empresarial. A partir de una muestra de 66 empresas de mediano y pequeño tamaño, los datos evidenciaron que la estrategia de la GCT era más efectiva cuando existe una formación importante y un reconocimiento de la labor del trabajo en equipo. También, Keeble-Ramsay y Armitage (2010) destacan el solapamiento entre la filosofía de la gestión de la calidad total y la dinámica del entorno de trabajo con prácticas de alto rendimiento. Más aún, Amudha Kumar (2014) establece que en los sistemas de trabajo de alto rendimiento son aspectos claves la gestión de recursos humanos y la GCT y que, en sí, representan la integración de ambas funciones.

En esta línea de trabajo, Gutiérrez Broncano y Rubio Andrés (2009), en un estudio respecto al rol del factor humano en los sistemas de calidad de servicios, dentro de la casuística del sector turístico y extensible al sector sanitario por ser servicios de alto contacto, señalan que una variable importante y vital es el factor humano. Consideran que el factor humano constituye una pieza clave que forma parte del producto y que realiza directamente el servicio prestado por las empresas, siendo los valores intangibles que conforman la experiencia del cliente. Además, advierten, la diferenciación basada en atributos tangibles cada vez se hace más complicada, provocando la necesidad de contar con trabajadores cualificados y profesionales. Más aún, afirman que no se puede llevar una gestión de la calidad separada del empleado, ya que no se optimizarían los resultados esperados. En tal sentido, manifiestan que solamente llevando a cabo una política de personal con la mirada puesta en la mejora

de la calidad del servicio se podrá conseguir una simbiosis y sinergias que repercutan en beneficio del cliente y, en consecuencia, para las empresas. Si bien la literatura puede poner énfasis en el cliente externo, la importancia que tiene el empleado en la satisfacción final del cliente demanda un modelo de gestión de la calidad que vincule tanto al cliente como al empleado. Ante ello, el nuevo rol del empleado exigirá un cambio en las políticas de recursos humanos.

Asimismo, Jiménez Jiménez y Martínez Costa (2009) realizan una exposición de un conjunto de prácticas de recursos humanos orientados a la gestión de la calidad. En primer lugar, la autonomía y el diseño del trabajo, dentro de la cual se consideran cuestiones como alta participación, alta comunicación y descripciones amplias del puesto de trabajo. En segundo lugar, el trabajo en equipo, donde se insertan aspectos como la autonomía de los equipos de trabajo, la orientación al trabajo en equipo y la formación de equipos inter-funcionales, entre otros. En tercer lugar, el reclutamiento, que valora, como muestra, la polivalencia y variedad de competencias, la seguridad en el empleo y el ajuste entre las características del individuo con la organización y la gestión de la calidad. En cuarto lugar, la formación y el desarrollo, que contemplaría, por ejemplo, la promoción horizontal, la definición de la carrera profesional y la promoción por criterios cualitativos. En quinto lugar, la evaluación del desempeño, que aglutina el examen de los logros de los grupos, la evaluación continua de la *performance* o la participación del empleado en las valoraciones de la *performance*. También, y en sexto lugar, la compensación, que analiza el uso de incentivos o el equilibrio entre la compensación financiera y la no financiera. En su estudio tratan de analizar empíricamente, a partir de una muestra de empresas españolas de diferentes tamaños, el impacto de dichas prácticas tanto en la implantación de la GCT (liderazgo, información de la calidad, controles de procesos, mejora continua, formación de calidad, trabajo en equipo, relaciones con los proveedores con base en la calidad y orientación al cliente), como en la *performance organizativa* (cuota de mercado, rentabilidad, productividad y calidad del producto). Los resultados concluyen que la GCT afecta a la *performance* y que las prácticas de recursos humanos afectan a la GCT y también a la *performance*.

Otro trabajo que analiza las prácticas de recursos humanos vinculados a la GCT corresponde a Prajogo y Cooper (2010), que estudian la influencia que tienen las prácticas de recursos humanos vinculadas a la GCT en la evaluación de los

empleados respecto a su satisfacción con el trabajo. Como argumentación a las premisas de su trabajo señalan, con apoyo teórico, que existe una relación positiva entre la GCT y las prácticas de trabajo de alto rendimiento, para lo que aportan diferentes reflexiones. En primer lugar, la dimensión humana de la GCT contribuiría a la percepción del empleado de su satisfacción con el trabajo. En segundo lugar, la GCT constituiría una plataforma o clima organizativo que fomentaría el desarrollo de prácticas de alto rendimiento. En tercer lugar, la GCT aporta un enfoque estratégico que permitirá orientar la actuación en la gestión de recursos humanos con objeto de alcanzar maximizar los resultados de calidad. En cuanto a las dimensiones que conforman las prácticas de GCT vinculadas con los recursos humanos, se encuentran el compromiso de la alta dirección, autonomía, implicación y trabajo en equipo. Dentro del compromiso de la alta dirección se incluyen cuestiones relativas, por ejemplo, a la participación de la alta dirección en los programas de mejora continua o que asuman la responsabilidad de la *performance* de calidad. En cuanto a la autonomía, se insertarían preguntas relativas a si los empleados disponen de los recursos necesarios para resolver los problemas en materia de calidad cuando tengan lugar o que cuenten con asistencia técnica para su resolución, entre otras. Atendiendo a la formación, se evalúa si la organización imparte cursos de formación sobre gestión de calidad tanto a los directivos como a los empleados y si esa información incluye también técnicas estadísticas básicas. En términos de la implicación del empleado, se valora, entre otras cuestiones, si la organización considera seriamente las sugerencias que formulan los empleados relativas a la calidad y si los empleados participan en la toma de decisiones relativas a la calidad o en los procesos de auditoría. En cuanto al trabajo en equipo, se trata de evaluar si los empleados están implicados en equipos de mejora de la calidad y si existen equipos inter-funcionales para resolver problemas relativos a la calidad. Por otra parte, la satisfacción con el trabajo se midió a través de dos dimensiones, una relativa a la satisfacción con el trabajo realizado y otra referente a la satisfacción con el crecimiento y desarrollo personal con el trabajo. Los resultados empíricos avalaron el impacto positivo de las prácticas de GCT relativas a los recursos humanos en la satisfacción con el trabajo.

He, Murrmann y Perdue (2010) parte de la premisa de que conceder autonomía al trabajador le capacita para mejorar el nivel del servicio que se ofrece al cliente. Por determinar en qué medida el *empowerment* afecta a la satisfacción con el trabajo y a

la calidad del servicio percibida por el empleado. La medida del *empowerment* contempla cuestiones relativas a la confianza de la organización en el juicio del empleado para resolver problemas, que se le conceda la libertad que necesita para hacer bien su trabajo y que le permitan decidir cómo hacer su trabajo. En cuanto a la satisfacción con el trabajo, se mide por atributos como el grado de satisfacción con el trabajo o con el tipo de trabajo realizado. En cuanto a la calidad del servicio percibida por el empleado se pregunta, entre otras cuestiones, por la apariencia de las instalaciones físicas, la apariencia de los empleados, el compromiso para resolver los problemas, realizar el servicio correcto desde la primera vez y disposición de los empleados a ayudar a los clientes. Los datos empíricos revelan que la capacitación decisional al empleado o *empowerment* influye positivamente en la satisfacción del trabajo y en la calidad del servicio percibida. Asimismo, se encuentra evidencia del impacto positivo de la calidad del servicio percibida por el cliente en la satisfacción con el trabajo. De esta forma, cuando los empleados perciben un buen resultado del trabajo realizado mediante una percepción alta de la calidad de servicio prestada, ello actúa como un factor motivante que incide positivamente en la satisfacción con el trabajo. Así, señalan que en el sector servicios los empleados perciben una calidad del servicio superior cuando consideran que han hecho un buen trabajo en satisfacer a los clientes.

2.2.3. Las prácticas de recursos humanos en el sector sanitario: análisis de su impacto en la GCT y en la *performance*

Este apartado trata de revisar una serie de trabajos que analizan el rol de las prácticas de recursos humanos en el sector sanitario, con especial énfasis en su impacto en la GCT y en la *performance*, así como el estudio de las variables que pueden afectar a las relaciones observadas, a destacar los resultados de la *performance* del empleado. De forma progresiva se irán incorporando al discurso medidas, ya que contribuirán a entender el mapa de relaciones e implicaciones organizativas y que ayudarán a entender los objetivos e hipótesis de la presente investigación. Así, un primer trabajo a analizar corresponde a Carrillo García *et al.* (2015) que plantean que la satisfacción laboral constituye un factor clave en la calidad asistencial. Más aún, destacan la importancia de la satisfacción laboral en los servicios sanitarios y las consecuencias que de ello se derivan en cuestiones como el aumento

de la calidad asistencial de los servicios que se prestan y en la satisfacción de los usuarios. A raíz de aquí se plantean analizar la satisfacción laboral en una muestra de 546 profesionales sanitarios pertenecientes a un hospital universitario público. Emplean una escala de satisfacción que recoge, más que medidas globales, cuestiones que generan mayor o menor satisfacción y que se pueden vincular, como se podrá observar en estudios posteriores, a elementos del entorno de trabajo, capacidad del servicio, clima laboral o prácticas de recursos humanos propiamente dichas. Así, las condiciones físicas del trabajo, el reconocimiento por el trabajo bien hecho, las relaciones con los compañeros, las oportunidades de promoción y el horario de trabajo son incluidas en la escala. Atendiendo a la categoría profesional, los datos revelan que el personal de enfermería se muestra más crítico, hecho que se argumenta porque pasan más tiempo con los pacientes y se enfrentan a situaciones donde tienen que filtrar, canalizar y solucionar múltiples problemas que afectan a la calidad asistencial.

Por su parte, Scotti *et al.* (2007) analizan la problemática de las prácticas de alta implicación en el contexto de los servicios sanitarios ofrecidos a los veteranos de guerra en EEUU *Veterans Health Administration* (VHA). De forma específica tratan de estudiar las relaciones entre un entorno de trabajo de alto rendimiento, la calidad del servicio y la satisfacción del cliente. De esta manera, pretenden determinar cómo los sistemas de trabajo de alto rendimiento contribuyen a una mejor calidad del servicio, a la satisfacción de los pacientes y, en último lugar, en la lealtad de los clientes. A nivel empírico toman una muestra nacional de 113 centros de atención ambulatoria de la VHA para determinar en qué medida las prácticas laborales de alto rendimiento y la orientación al cliente influyen tanto en las percepciones que tiene los empleados como los pacientes de la calidad del servicio y en la satisfacción de los pacientes. Para el diseño de las escalas empleadas en el estudio se importó atributos utilizados en investigaciones realizadas por la VHA, tanto dirigidos a empleados como a pacientes. Entre las prácticas de alto rendimiento analizadas incluyen atributos como, por ejemplo, que los empleados sean recompensados por ofrecer productos y servicios de alta calidad a los pacientes, que los empleados conozcan cómo contribuye su trabajo a la misión y a los objetivos organizativos y que exista un espíritu de cooperación y trabajo en equipo. La orientación al paciente se midió a través de tres atributos que trataban, en cierta medida, de valorar la empatía e interés por los

pacientes. Así, se preguntaba por cuestiones relativas a si los productos, servicios y procesos de trabajo estaban diseñados para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes o si se les informaba sobre el servicio de reclamaciones. La calidad del servicio percibida por el empleado se midió con dos atributos que trataban de evaluar la capacidad de los empleados en su puesto de trabajo para entregar un servicio de alta calidad a los pacientes, con cuestiones como el nivel de calidad del servicio que ellos consideraban que ofrecía su centro o área. En cuanto a las variables dependientes, la calidad del servicio percibida por el paciente se midió con dos atributos, siendo uno de ellos la valoración del nivel de calidad en la atención recibida en la última visita. La satisfacción del paciente se midió por un único atributo que pretendía conocer el grado de satisfacción con la atención sanitaria prestada. Los resultados sugieren que, por un lado, los sistemas de trabajo de alto rendimiento influyen en las percepciones que tiene el empleado respecto al nivel de calidad que se ofrece al paciente, tanto de forma directa como indirecta a través de las percepciones sobre la orientación al mismo. También encuentran congruencia entre las percepciones que tiene el empleado del nivel de calidad que se ofrece y las percepciones que tiene el paciente sobre la calidad de servicio ofrecida. Asimismo, se encuentra que la satisfacción del paciente está afectada por el nivel de calidad del servicio percibida.

En el trabajo de Ang *et al.* (2013) se examinan los efectos que tienen las percepciones de directivos y empleados respecto a los sistemas de prácticas de alto rendimiento sobre la *performance* relativa a los recursos humanos. Para ello, realizan un análisis multigrupo, tomando como referencia a cuatro grupos profesionales: enfermeras, médicos, proveedores de servicios médicos y servicios de apoyo (por ejemplo, lavandería y *catering*). Si bien, como señalan, las prácticas de recursos humanos de alto rendimiento parecen influir en las actitudes y comportamiento de los empleados y, en último lugar, en la *performance* individual y organizativa, es necesario conocer la eficacia de dichas prácticas en diferentes categorías o grupos profesionales. Ello parte de la premisa del efecto positivo que genera que los empleados compartan con la dirección los mismos objetivos y entiendan de igual forma cómo deberían ser las prácticas, políticas y procesos de RRHH de alto rendimiento. De forma específica, en su trabajo analizan el rol mediador de las percepciones que tienen los empleados de las prácticas de alto rendimiento en la

relación entre las percepciones de la dirección de tales prácticas y el compromiso del empleado y su satisfacción con el trabajo. También examina los efectos mediadores que tiene el compromiso del empleado y su satisfacción con el trabajo en la relación entre las percepciones de los empleados de las prácticas analizadas y su compromiso afectivo y su disposición a abandonar la institución en la que trabajan. En las prácticas de alto rendimiento consideran apartados como reclutamiento y selección, donde incluyen cuestiones como que los procesos de reclutamiento y selección sean imparciales o que todas las asignaciones se realicen en función del mérito. Otro apartado, la gestión de la *performance*, incluye que se valore la *performance* del personal de acuerdo a los objetivos de la organización y que se asegure que el personal es competente y responsable de su trabajo. Incluyen además una dimensión relativa a la formación y desarrollo que valora, por ejemplo, que la organización conceda al personal oportunidades de ampliar su formación para mejorar sus habilidades y capacidades o que los reciban remuneración adicional por formación que reciben fuera del lugar de trabajo. La medida resultado relativa a la intención a abandonar el puesto de trabajo, el compromiso afectivo, el compromiso y la satisfacción con el trabajo se basaban, fundamentalmente, en escalas ya validadas. De forma específica, la medida de la intención a abandonar el puesto de trabajo incluiría cuestiones relativas a la intención del empleado a buscar trabajo en otra organización. En el compromiso afectivo, otra medida resultado, se incluyen atributos que pretenden medir, por ejemplo, el bienestar o sentimientos positivos que genera pertenecer a la organización o si recomendaría el servicio a su familia. El compromiso, considerada en el estudio como variable mediadora, incluye entre otras cuestiones, variables que miden en qué grado el empleado encuentra nuevos e interesantes aspectos en su trabajo y que el trabajo representa un desafío positivo. La segunda variable mediadora, la satisfacción del trabajo, trata de valorar el grado de satisfacción del empleado con el trabajo o si, en general, al empleado le gusta trabajar en su organización. Entre las principales conclusiones y discusión de resultados destaca que los sistemas de trabajo de alto rendimiento generan un mayor compromiso, satisfacción con el trabajo, compromiso afectivo y menos disposición a abandonar el trabajo cuando existe una mayor congruencia entre las percepciones que mantienen sobre tales prácticas la dirección y los empleados. Asimismo, señalan que el impacto de las prácticas de RRHH de alto rendimiento en la *performance* del empleado está en función de que sean debidamente reconocidas e interpretadas por el empleado.

Más aún, subrayan la necesidad de solicitar directamente al empleado su opinión sobre la efectividad de las prácticas de RRHH, ya que la opinión de los directivos puede no ser un indicador exacto de las percepciones de los empleados. También destacan el rol de los directores de línea en la implantación de las prácticas de alto rendimiento. Las conclusiones del estudio sugieren que sólo cuando se establecen sistemas o entornos de trabajo de alto rendimiento apoyadas por los propios empleados se obtiene una mayor satisfacción en el trabajo, un mayor compromiso afectivo y menor intención de dejar el trabajo, con implicaciones para los gestores de los recursos humanos en el sector sanitario.

Un trabajo que otorga una gran importancia a la *performance* pertenece a Vermeeren *et al.* (2014) que analizan la relación entre las prácticas de recursos humanos y la *performance* a tres niveles: *performance* organizativa, medida por la satisfacción del cliente; *performance* financiera, medida por el margen neto; y, *performance* relativa a los recursos humanos, medida por las bajas por enfermedad. El estudio empírico se realizó en el sector sanitario holandés, enfocado a los servicios de atención a largo plazo, como puede ser la atención a domicilio. La escala de prácticas de recursos humanos recogía cinco dimensiones: formación y desarrollo, remuneración según rendimiento, trabajo en equipo, diseño del puesto de trabajo y autonomía. El apartado de formación y remuneración fue medido por tres atributos, entre ellos, si la organización prestaba atención a la carrera profesional del empleado. En cuanto a la remuneración según rendimiento, fue medido por un único ítem que preguntaba si la organización concedía recompensas financieras adicionales a aquellos empleados con una *performance* adicional. El trabajo en equipo se medía con dos cuestiones, una de ellas preguntaba si la organización fomentaba que el empleado trabajara con otros empleados o unidades dentro la organización. Relativo al diseño de puestos, evaluado por tres atributos, uno de ellos midiendo si las tareas estaban claramente definidas. Por último, la autonomía fue medida por cuatro atributos, siendo una de ellas si la organización permitía al empleado tomar decisiones de forma autónoma. La satisfacción con el trabajo se midió por un único ítem, donde se preguntaba al empleado si le gustaba o disfrutaba con su trabajo. En cuanto al resultado organizativo, se preguntaba al paciente por su grado de satisfacción con el tratamiento recibido. El estudio reveló un impacto importante de las prácticas de recursos humanos en la *performance* organizativa y en la *performance* de recursos

humanos, pero una menor influencia en la *performance* financiera. Además, se obtiene que la satisfacción con el trabajo media la relación entre las prácticas de recursos humanos y la *performance* organizativa y la *performance* de recursos humanos. Por el contrario, el efecto indirecto de las prácticas de recursos humanos en la *performance* financiera, mediado por la satisfacción con el trabajo no es significativo. Como señalan los autores, la *performance* financiera es un tipo de resultado distante de las prácticas de recursos humanos; así, se puede conseguir aumentar los resultados financieros aumentando la inversión en recursos humanos, pero también se puede aumentar el margen neto recortando gastos en formación. De ahí, también, que la influencia directa de las prácticas de recursos humanos en la *performance* financiera se pueda deber, por ejemplo, a que determinadas prácticas de recursos humanos se vinculen a una estrategia de bajo coste.

Por su parte, Lee, Lee y Kang (2012) realizan un estudio empírico respecto al impacto de los sistemas de trabajo o prácticas de alto rendimiento en las organizaciones sanitarias. De forma específica, analizan el impacto del sistema de trabajo de alto rendimiento, entendido como conjunto integrado de prácticas de recursos humanos, en la actitud del empleado, la calidad del servicio y en la satisfacción y lealtad del paciente. Las premisas de partida es que las prácticas de alto rendimiento afectan de forma positiva a la *performance* organizativa, medida en términos, por ejemplo, de las actitudes de los empleados, así como de la calidad del servicio y la satisfacción del paciente. La escala de prácticas de recursos humanos empleada en la investigación presentaba tres dimensiones: formación y educación, comunicación y compensación. En cuanto a la formación y entrenamiento, trata cuestiones como la existencia de oportunidades para la formación y entrenamiento o la formación para la adquisición de capacidades, si dispone de un sistema de sugerencias o si existe una comunicación abierta del empleado con sus supervisores y compañeros. Relativo a la compensación, evalúa, entre otras cuestiones, si existe un sistema de recompensa justo o bonos según mérito. En cuanto a las reacciones de los empleados, señalan, por un lado, que las actitudes y las conductas de los empleados son conceptos interrelacionados, donde una perspectiva negativa sobre el trabajo puede incidir en que el empleado se preocupe menos por el trabajo. Por otro lado, indican que para mejorar las actitudes y conductas de los empleados, en cuanto al resultado del trabajo y la *performance* organizativa, las organizaciones deben

apoyar a los empleados con objeto de que desarrollen relaciones positivas con los pacientes. Las reacciones positivas de los empleados se midieron en términos de cómo los empleados percibían que ellos y el hospital de forma conjunta cumplían con sus obligaciones. Por otra parte, piden a los empleados que evalúen la calidad del servicio prestado a los pacientes, mediante cuestiones como, entre otras, por su percepción de la confianza de los pacientes con el hospital o su grado de satisfacción con los servicios entregados a los pacientes. La satisfacción del paciente se midió por un conjunto de atributos distribuidos en tres sub-dimensiones: calidad (i.e., satisfacción con el tratamiento), confianza (i.e., cumplir las promesas hechas al paciente) y comunicación (i.e., responder de forma rápida a las reclamaciones y peticiones de los pacientes). En cuanto a la lealtad del cliente se emplearon tres atributos, como la disposición a repetir o recomendar el hospital a terceros. El análisis empírico se desarrolló en cuatro hospitales, dos de titularidad privada y dos de titularidad pública, de más de 500 camas. Los resultados revelaron que las prácticas analizadas influyen en las reacciones de los empleados y en la calidad de servicio percibida.

En el estudio de Leggat, Bartham y Stanton (2011) se hace una revisión y análisis de estudios realizados sobre las prácticas de recursos humanos a partir de datos obtenidos de hospitales en Australia. En primer lugar, señalan que existe un uso indistinto de los términos sistemas de trabajo de alto rendimiento con términos como prácticas de alto rendimiento o sistemas de trabajo de alto compromiso. También, sostienen que la revisión de la literatura ha demostrado la evidencia de que en las empresas excelentes existe una relación positiva entre las prácticas de recursos humanos de alto rendimiento y la *performance* empresarial. De forma específica, en su estudio pretenden demostrar la relación entre las prácticas de trabajo de alto rendimiento y la *performance* organizativa. En cuanto a la configuración de las escalas empleadas, tomando como referencia la escala de Zacharatos, Barling e Iverson (2005), la escala de sistemas de prácticas de recursos humanos de alto rendimiento atiende a los siguientes aspectos: contratación selectiva, amplia formación, trabajo en equipo, toma de decisiones descentralizada, intercambio de información, liderazgo transformacional y características del trabajo efectivas (carga de trabajo equilibrada, claridad de roles y control del empleado). A los empleados se les solicita también cuestiones como su percepción del *empowerment* psicológico (autonomía,

competencia...), su satisfacción con el trabajo (estoy satisfecho con mi trabajo, me gusta trabajar aquí...) y su percepción de la calidad de la atención al paciente (trato a mis pacientes con respeto, ayudo a reducir el dolor al paciente...). Como *performance* organizativa se consideró medir la satisfacción del paciente, para lo que utilizan el instrumento *Victorian Patient Satisfaction Monitor* (VPSM), que trata de identificar las áreas o aspectos que generan más satisfacción y las que demandan mejoras. Como resultado de los diversos análisis realizados, y publicados en diferentes trabajos, resumen datos reveladores. Entre ellos, que las prácticas de recursos humanos de alto rendimiento impactan en la calidad percibida del servicio desde la óptica del empleado y en la satisfacción del paciente, todo ello bajo la influencia de las medidas resultado vinculadas al empleado. También señalan que los gestores de las organizaciones sanitarias deberían centrarse en garantizar sistemas de gestión de los recursos humanos, en potenciar las estructuras y los procesos que mantiene las prácticas de recursos humanos de alto rendimiento. Más aún, indican que la alta dirección debe considerar dichas prácticas como un componente necesario de la reforma del sistema de salud, siendo necesario reorientar los recursos humanos de las organizaciones y los procedimientos de gestión en salud pública hacia las organizaciones de sistemas de trabajo de alto rendimiento.

También en el ámbito sanitario, Zhang *et al.* (2013) realizan un estudio de los efectos de los sistemas de trabajo de alto rendimiento sobre el bienestar del empleado, medido por cuestiones como el agotamiento emocional, la satisfacción con el trabajo y su grado de compromiso. Para ello, toman como referencia los datos obtenidos de un total de 207 profesionales sanitarios, entre médicos y enfermeras, pertenecientes a un total de seis hospitales chinos. En su análisis introducen una variable relativa a la percepción del empleado del tipo de relación que mantiene con el empleador. Al respecto, reconocen dos tipos de relación: relación de intercambio de tipo económico y relación de intercambio de tipo social. En cuanto a las prácticas analizadas consideran funciones como reclutamiento, formación, recompensa, participación del empleado y seguridad en el trabajo. Un aspecto destacado de este estudio es que los resultados demuestran que la relación entre las prácticas de recursos humanos analizadas y el bienestar del trabajador está influenciada por la percepción del empleado respecto al tipo de relación que sostiene con el empleador. Así, en un contexto de intercambio económico, las prácticas de recursos humanos llevan al

agotamiento emocional; mientras que en intercambios sociales la presencia de agotamiento emocional se reduce. Ante ello, los autores recomiendan a los gestores en el ámbito sanitario gestionar con cuidado su relación con los empleados, potenciando relaciones de intercambio social frente a intercambios de naturaleza económica.

Por último, Newman, Maylor y Chansarkar (2001) ofrecen una interesante propuesta teórica que aglutina diferentes conceptos relevantes para la gestión de la calidad en el contexto del ámbito sanitario y para la problemática del rol del personal de enfermería, en el contexto del NHS (*The UK National Health Service*). Si bien no introducen de forma explícita una medida de las prácticas de alto rendimiento, entrelazan conceptos que son muy próximos, si bien desde una óptica diferente. Así, cuestiones relativas al sistema de reconocimiento y recompensa se insertarían en un apartado del modelo que denominan “NHS y entorno de confianza”. Un concepto y reflexión interesante que nutre este escenario es lo que denominan capacidad del servicio que se centra, esencialmente, en que el personal disponga de los recursos necesarios para hacer su trabajo, lo cual está afectado por cuestiones como la infraestructura (i.e., personas, equipos, edificios), el trabajo en equipo, el nivel de competencia y formación del personal y la distribución de la carga de trabajo (suficiente número de personas para atender a la demanda e intensidad en la carga de trabajo). Esta capacidad de servicio afectaría a la satisfacción y a la retención del personal de enfermería.



Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Desarrollar y validar un modelo de influencia de la dirección de recursos humanos orientada a la gestión de la calidad y a la excelencia organizativa en los resultados organizativos de los servicios de medicina intensiva desde la óptica del personal sanitario.

Objetivos específicos:

- Desarrollar y validar instrumentos de medición homogéneos para evaluar (1) la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso e implicación orientadas a la calidad del servicio desde la óptica del personal sanitario, (2) la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario, (3) la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario, (4) la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y (5) el compromiso afectivo del personal sanitario, al objeto de poder hacer análisis comparativos y, además, triangular la información partiendo de diferentes informantes clave.
- Validar el modelo de relaciones causales existente entre los diferentes constructos, al objeto de contrastar las hipótesis de investigación formuladas.
- Analizar la influencia de las características laborales y sociodemográficas del personal sanitario en las dimensiones y constructos del modelo propuesto.

HIPÓTESIS

A continuación se formulan las hipótesis planteadas en esta investigación a partir de la revisión de la literatura:

H1: La aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas en la calidad del servicio influye directa y positivamente en la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario.

H2: La aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas en la calidad del servicio influye directa y positivamente en la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario.

H3: La calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario influye directa y positivamente en la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario.

H4: La aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas en la calidad del servicio influye directa y positivamente en la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario.

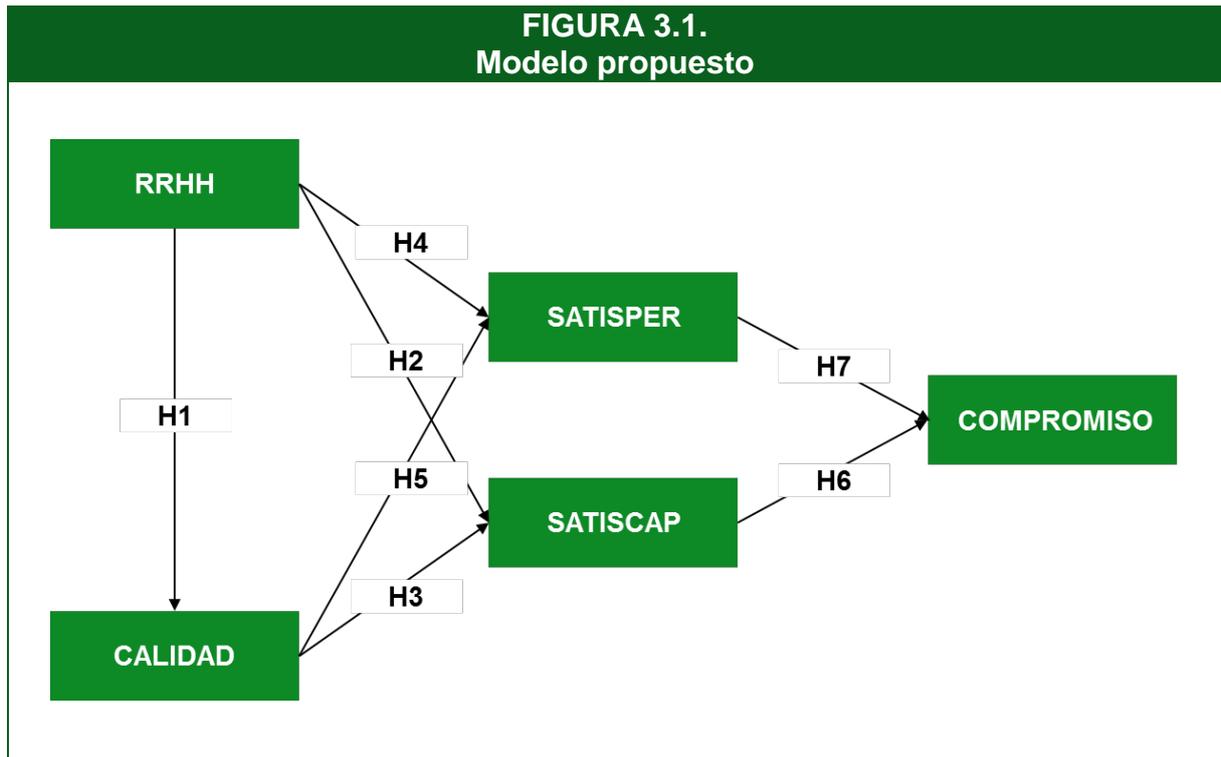
H5: La calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario influye directa y positivamente en la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario.

H6: La satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario influye directa y positivamente en el compromiso afectivo del personal sanitario.

H7: La satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario influye directa y positivamente en el compromiso afectivo del personal sanitario.

Estas hipótesis formuladas se recogen en el modelo de relaciones causales que se propone en esta tesis doctoral tendente a evaluar la influencia de la dirección de recursos humanos orientada a la gestión de la calidad y a la excelencia organizativa en los resultados organizativos de los servicios de medicina intensiva desde la óptica del personal sanitario. Dicho modelo se muestra en la siguiente Figura 3.1.







Material y método

4.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis doctoral tuvo su origen en el convenio de colaboración firmado entre la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) de Las Palmas de Gran Canaria para el desarrollo de instrumentos de medición de la calidad percibida del servicio prestado a los diferentes públicos objetivo (internos y externos) del complejo en 2014. El grupo de investigación, del que forma parte el autor de esta tesis doctoral, estaba formado por miembros de la Unidad de Gestión de la Calidad del CHUIMI, por personal médico del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y por profesores del Departamento de Economía y Dirección de Empresas de la ULPGC, con experiencia en el diseño y desarrollo de investigaciones académicas y profesionales.

Las sucesivas reuniones entre los miembros del grupo de investigación en la sede del CHUIMI y el intercambio de documentos de forma electrónica permitieron cubrir los objetivos del Convenio de una forma secuencial:

FASE I: Identificar los diferentes públicos objetivo, tanto internos como externos, que deberían ser encuestados. A este respecto, se consideraron como público interno a encuestar a los médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería del SMI, así como a los médicos solicitantes de una cama en el SMI. Y como público externo a los pacientes del SMI y a sus familiares.

FASE II: Consensuar los constructos globales a incluir en los cuestionarios, así como la idoneidad o no de los diferentes ítems que deberían conformar cada escala de medida en función del encuestado. Antes de abordar esta etapa, el grupo de investigación procedió a realizar una revisión exhaustiva de la literatura existente al respecto consultando las bases de datos más relevantes para el campo (PUB MED, MEDLINE, ISI, SCOPUS), al objeto de identificar y garantizar la validez de contenido de los constructos a estudiar y a incluir en los cuestionarios. Así mismo, en esta etapa también se procedió a analizar los informes facilitados por la Unidad de Gestión de la Calidad sobre el funcionamiento del CHUIMI para detectar necesidades de información que pudieran ser cubiertas con los instrumentos de medida a diseñar.

FASE III: Diseñar los diferentes instrumentos de medida. El resultado del intenso proceso de coordinación y análisis ha dado lugar a la elaboración de ocho diferentes

cuestionarios, que responden a los diferentes públicos objetivo del estudio, con los que se pretende identificar los posibles factores causa-efecto que puedan influir en la calidad percibida del CHUIMI. Los constructos que se han incluido en estos cuestionarios son:

- La valoración de la forma y el estilo de la comunicación del médico, enfermera/o y auxiliar de enfermería con el paciente/familia.
- La valoración del contenido de la comunicación del médico, enfermera/o y auxiliar de enfermería con el paciente/familia.
- La valoración global del proceso de comunicación entre el médico, enfermera/o y auxiliar de enfermería con el paciente/familia, así como de la información que se transmite.
- La valoración de la calidad del servicio prestado al paciente en todas sus dimensiones y consideraciones, tales como el asesoramiento profesional, el trato amable y educado, la empatía con el estado emocional del paciente y familiares, entre otros.
- La valoración de la satisfacción del encuestado respecto a diferentes aspectos tales como el SMI en general, su nivel de calidad, sus recursos y su equipo humano.
- La valoración de la gestión de recursos humanos del CHUIMI en términos de formación, comunicación, participación, reconocimiento, evaluación, desarrollo profesional, promoción interna, toma de decisiones y liderazgo.
- La valoración del compromiso afectivo del personal del SMI.
- La valoración del sistema de información utilizado por los encuestados.

Obviamente, no todos los públicos deben responder a todos y cada uno de los constructos arriba mencionados, ya que no todos desarrollan las mismas funciones, actividades y roles en la realidad que se evalúa. Así, existen aspectos del Servicio que conoce y afectan a un médico, pero que el paciente o familiar no tiene porqué conocer. Por ello, se diseñaron diferentes formatos en función del público a encuestar, creando preguntas o ítems específicos para cada tipo de público y, en el caso de que fueran preguntas que podían responder diferentes públicos, simplemente adaptando la redacción de la pregunta a cada tipo de informante, pero manteniendo la esencia y significado de lo que se pretendía conocer.

FASE IV: Editar y presentar las versiones definitivas de los diferentes cuestionarios a la Dirección del CHUIMI. Más concretamente, los cuestionarios diseñados son los siguientes (véase Anexos 1-8):

- **CUESTIONARIO 1:** Cuestionario para el personal médico del SMI.
- **CUESTIONARIO 2:** Cuestionario para las enfermeras/os del SMI.
- **CUESTIONARIO 3:** Cuestionario para los auxiliares de enfermería del SMI.
- **CUESTIONARIO 4:** Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico.
- **CUESTIONARIO 5:** Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto a las enfermeras/os.
- **CUESTIONARIO 6:** Cuestionario para los familiares de los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico.
- **CUESTIONARIO 7:** Cuestionario para los familiares de los pacientes ingresados en el SMI con respecto a las enfermeras/os.
- **CUESTIONARIO 8:** Cuestionario para los médicos que solicitan una cama en el SMI.

Para esta tesis doctoral se utilizaron los CUESTIONARIOS relacionados con las percepciones y actitudes del personal del Servicio de Medicina Intensiva (CUESTIONARIOS 1, 2 y 3).

4.2. CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS PARA EL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA

El diseño de estos cuestionarios constituyó una ardua tarea, ya que una vez definidos los constructos a incluir en los mismos, era de especial interés que las escalas de medida a utilizar recogiesen la esencia y el contenido de cada constructo, que se define como aquella construcción teórica que se desarrolla para resolver un cierto problema científico. A continuación, al amparo de la literatura y con la experiencia multidisciplinar del grupo de investigación, se seleccionaron los ítems que mejor recogían la idiosincrasia de un SMI, procediéndose a su adaptación cuando fuera necesario.

Los objetivos de esta tesis doctoral no requieren de la utilización de toda la información que se recabe con la realización de las encuestas al personal sanitario,

pero sí de aquellas preguntas vinculadas con los cinco constructos incluidos en el modelo propuesto, es decir:

- La aplicación de las prácticas de recursos humanos de alto compromiso
- La calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario
- La satisfacción del personal sanitario con la capacidad del servicio
- La satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario
- El compromiso afectivo del personal sanitario

A continuación, detallaremos el contenido utilizado para esta tesis de los tres cuestionarios de forma conjunta, ya que si bien el contenido y la redacción se adaptó a cada colectivo, cuando fuese necesario, en función de sus responsabilidades y funciones en el SMI, las diferencias entre los tres cuestionarios son básicamente de número de ítems en cada constructo coincidiendo el de los médicos y el de las enfermeras en su totalidad. La diferencia principal entre los cuestionarios de estos dos colectivos y el de los auxiliares de enfermería radica en el conjunto de ítems relativos a la comida.

En los tres cuestionarios se recoge en la pregunta P2 una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del Servicio de Medicina Intensiva (Adultos, Pediátrico y Neonatológico) prestado al paciente, en el que se debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a 23 o 27 afirmaciones, según los colectivos, y su posicionamiento de acuerdo a una escala tipo Likert de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Se valoraron aspectos tales como la capacidad de respuesta, la sala de espera, la comida, las instalaciones y la experiencia sensorial de los boxes.

En la pregunta P3 se recogen afirmaciones con relación a la satisfacción con diferentes aspectos del Servicio de Medicina Intensiva (Adultos, Pediátrico y Neonatológico), en el que se debía indicar el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a 28 o 29 afirmaciones, según los colectivos, y su posicionamiento de acuerdo a una escala tipo Likert de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Se valoraron aspectos tales como la satisfacción de la información, la satisfacción en la comunicación, la satisfacción con las instalaciones e infraestructuras, la satisfacción con los servicios adicionales, la satisfacción con el

personal decisor y con el personal no decisor. En esta misma pregunta también se recogieron la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y el compromiso afectivo del personal sanitario a través de escalas tipo Likert de 7 puntos de 5 ítems cada una.

En la pregunta P4 se recogen afirmaciones referidas a la gestión de recursos humanos, en el que se debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a 38 afirmaciones y su posicionamiento de acuerdo a una escala tipo Likert de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Se valoraron aspectos tales como la formación, la participación, el reconocimiento, la promoción interna y la comunicación. Algunas de estas afirmaciones no se corresponden con prácticas de recursos humanos, sino con otros constructos que eran relevantes para el Convenio, tales como liderazgo y clima laboral, las cuales no son objeto de análisis en esta investigación.

Además, en todas las preguntas anteriores, el encuestado dispone de un espacio en blanco para que pueda indicar, si lo desea, las razones que justifican, si fuera el caso, de las puntuaciones bajas en los ítems que conforman cada escala, así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI.

Al final del cuestionario se recoge un bloque de preguntas de clasificación relativas al género, edad, categoría profesional, tipo de contrato, años de experiencia en la profesión y años de experiencia en el SMI.

4.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: CHUIMI

EL CHUIMI se encuentra entre los grandes hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud como hospital de tercer nivel, dotado de una cartera de servicios de alta complejidad y equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

El CHUIMI se levanta en la entrada sur de la ciudad, en el margen de la Avenida Marítima, lo cual facilita el acceso rápido desde la red principal de circulación de la urbe y permite conseguir las condiciones necesarias para la asistencia médica.

Consta de dos edificios principales para la atención sanitaria: el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) y el Hospital Universitario Materno

Infantil de Canarias (HUMIC), además de los Centros de Atención Especializada y las Unidades de Salud Mental. En la Figura 4.1 se recoge una imagen del Complejo en su totalidad.



Por tanto, el CHUIMI se puede encuadrar en diferentes parámetros:

- Por su función: Hospital General de nivel 3
- Por el tipo de enfermos: Agudos o corta estancia
- Por su nivel asistencial: Alta tecnología
- Por su dependencia patrimonial: Público

EL CHUIMI es de carácter monográfico y tiene asignada todas las tarjetas sanitarias de población en edad pediátrica, así como la población femenina en cuanto a la prestación gineco-obstétrica de la isla de Gran Canaria. Por ello se asigna la totalidad de la población pediátrica más las tarjetas sanitarias ponderadas de la población femenina que reside en las zonas básicas de salud asignadas al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las tarjetas sanitarias asignadas en este momento son:

- Pediátricas: 11.643 (de 0 a 14 años inclusive).
- Adultos: 346.115 (de 15 años en adelante).

La ORDEN de 4 de junio de 2014, por la que se establece la sectorización de la asistencia sanitaria especializada en el Área de Salud de Gran Canaria, en base a lo dispuesto en la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, dispone en su artículo 2:

- El Hospital Universitario Insular de Gran Canaria prestará la asistencia sanitaria especializada a los beneficiarios del Servicio Canario de la Salud adscritos a las zonas básicas de salud de la zona sur establecidas.
- El Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias prestará asistencia hospitalaria (hospitalización, consultas externas y urgencias) y consultas extrahospitalarias del área obstétrico-ginecológica y pediátrica a los beneficiarios del Servicio Canario de la Salud del Área de Salud de Gran Canaria que incluye la población menor de 14 años y la patología obstétrico ginecológica en mujeres mayores de 14 años.
- El Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil será el Hospital de referencia del Área de Salud de Fuerteventura, tanto a efectos de consultas, urgencias y hospitalización, así como de apoyo a especialidades para atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dicha Área.

La población de referencia del CHUIMI es de 509.283 habitantes censados y la población flotante/turismo estimada, asciende a 4.000.000 habitantes/año. En la Tabla 4.1 se detalla la población desagregada por municipios y en la Figura 4.2 el alcance geográfico de referencia del CHUIMI.

TABLA 4.1. Población de referencia del CHUIMI desagregada por municipios

MUNICIPIO	HABITANTES
Las Palmas de Gran Canaria*	191.145
Telde	102.076
Valsequillo	9.233
Ingenio	30.173
Agüimes	30.244
Santa Lucía de Tirajana	68.544
San Bartolomé de Tirajana	54.377
Mogán	23.491
Total	509.283

*Correspondiente a la zona sur del municipio (INE, 2014)



Este trabajo de investigación comprende al Servicio de Medicina Intensiva del HUIGC y los Servicios de Medicina Intensiva Pediátrica y Neonatológica del HUMIC. Los datos que se recogen en la Tabla 4.2 proceden del Cuadro de Mando del CHUIMI correspondiente al año 2014 y muestran las características de estos tres servicios.

TABLA 4.2.
Características de los SMI objeto de análisis

CARACTERÍSTICAS	SMI de Adultos HUIGC	SMI Pediátrica HUMIC	SMI Neonatológica HUIGC
Camas funcionantes	24	8	15
Ingresos/año	1.131	354	350
Índice de ocupación	70.52%	39.53%	84.49%
Estancia media	5	4	13
Personal Médico	26	8	13
Personal Enfermeras/os	70	22	66
Personal Auxiliar Enfermería	50	16	53

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Este estudio de investigación, de naturaleza transversal, tiene como población objeto de estudio al personal sanitario de los SMI del CHUIMI con una experiencia mayor de 6 meses de trabajo en el SMI correspondiente. De esta forma se garantiza, en cierta medida, el nivel de conocimiento necesario de la organización para poder responder a las cuestiones que se formulan en el cuestionario. Partiendo de este criterio de inclusión, el tamaño de la población de estudio de acuerdo con los datos recogidos en la Tabla 4.2 asciende a 324, de los cuales el 14.5% pertenece al estamento de médicos, el 48.8% al de enfermería y el 36.7% restante al de auxiliares de enfermería.

En este trabajo se decidió acudir a la totalidad de la población para solicitar su participación en el estudio. El procedimiento seguido, que fue realizado y supervisado por el autor de esta tesis doctoral, se desarrolló en varias etapas:

- Informar y explicar el proyecto de investigación al máximo responsable del CHUIMI, el Director Gerente, así como al Director Médico, a la Directora de Enfermería y a los Subdirectores Médicos y de Enfermería.
- Mantener una entrevista con los Jefes de los Servicios de Medicina Intensiva de Adultos del HUIGC y Pediátrica y Neonatológica, ambos del HUMIC, además de las Supervisiones de Enfermería de los tres Servicios a los cuales se les explicó el objetivo del proyecto de investigación y los beneficios que los resultados depararía en cada uno de los Servicios. En esta etapa, nos comprometimos a, una vez realizado el estudio, a divulgar y difundir los resultados.
- Entregar a cada responsable médico y de enfermería de cada Servicio un número de cuestionarios acorde con la plantilla de las tres categorías profesionales de cada Servicio (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería).
- Acudir semanalmente a los tres Servicios para recoger los cuestionarios realizados y estimular para que el mayor número de profesionales lo cumplimentase. La recogida de los cuestionarios se finalizó a los 28 días del inicio, alcanzándose un tamaño muestral de 248 cuestionarios válidos, de los

cuales el 12.90% eran del estamento de médicos, el 49.19% del de enfermería y el 37.90% restante del de auxiliar de enfermería. Como se muestra en la Tabla 4.3, la distribución muestral por estamentos es muy similar a la de la población, lo que garantiza la representatividad de la muestra. Por tanto, con este tamaño muestral y con un nivel de confianza del 95.5%, en esta investigación se está asumiendo un error muestral del 3.08%.

TABLA 4.3.
Distribución de la población y de la muestra real por estamentos

ESTAMENTO	POBLACIÓN		MUESTRA	
	N	%	n	%
Médicos	47	14.51	32	12.90
Enfermeras/os	158	48.77	122	49.19
Auxiliares de Enfermería	119	36.73	94	37.90
TOTAL	324	100.00	248	100.00

Por otra parte, este tamaño muestral implica haber alcanzado una tasa de respuesta del 76.54%. En la Tabla 4.4 se relaciona, para cada Servicio de Medicina Intensiva, el número total de profesionales de cada categoría, el número de cuestionarios cumplimentados de cada categoría y la tasa de respuesta. En dicha tabla también se recogen las tasas de respuesta globales, tanto verticales como horizontales.

TABLA 4.4.
Tasas de respuesta por estamento y global

ESTAMENTO	SMI de Adultos HUIGC			SMI Pediátrica HUMIC			SMI Neonatológica HUIGC			TOTAL		
	N	n	Tasa	N	n	Tasa	N	n	Tasa	N	n	Tasa
	Médicos	26	18	69.23	8	8	100.00	13	6	46.15	47	32
Enfermeras/os	70	56	80.00	22	13	59.09	66	53	80.30	158	122	77.22
Auxiliares de Enfermería	50	41	82.00	16	11	68.75	53	42	79.25	119	94	78.99
TOTAL	146	115	78.77	46	32	69.57	132	101	76.52	324	248	76.54

Nota: N (Tamaño poblacional), n (tamaño muestra real), Tasa de respuesta (n/N*100)

Finalmente, en la Tabla 4.5 se recoge el perfil de la muestra, que se caracteriza por estar formada en su mayoría por mujeres (76.6%), con edades comprendidas entre 36 y 50 años (60.5%), interinos (54.8%), la mayoría con más de 10 años de experiencia en la profesión (83.5%) y con más de 5 años de experiencia en SMI (75%).

TABLA 4.5. Perfil de la muestra de encuestados		
CARACTERÍSTICAS	N	%
Género:		
Hombres	52	21.0
Mujeres	190	76.6
Edad:		
Menor de 36 años	54	21.8
36-50 años	150	60.5
Más de 50 años	37	14.9
Puesto que ocupa:		
Médico	32	12.9
Enfermera/o	122	49.2
Auxiliar de enfermería	94	37.9
Tipo de contrato:		
Eventual	46	18.5
Interino	136	54.8
Con plaza	57	23.0
Años de experiencia en la profesión:		
0-10 años	34	13.7
11-15 años	88	35.5
Más de 15 años	119	48.0
Años de experiencia en SMI:		
0-5 años	54	21.8
6-10 años	59	23.8
Más de 10 años	127	51.2



Resultados

Antes de proceder al contraste de las hipótesis es necesario analizar la dimensionalidad y las propiedades psicométricas de las escalas de medida utilizadas para evaluar los constructos integrantes del modelo que se propone en esta tesis doctoral: (1) la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas en la calidad del servicio desde la óptica del personal sanitario, (2) la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario, (3) la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario, (4) la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y (5) el compromiso afectivo del personal sanitario. Es por ello que en el primer subapartado de resultados analizaremos, además de la dimensionalidad de las escalas utilizadas, el grado de fiabilidad y validez de los instrumentos de medida utilizados para medir los constructos integrantes del modelo propuesto. A continuación, en el segundo subapartado se procederá a validar el modelo propuesto y, por consiguiente, a contrastar las hipótesis y proposiciones planteadas en este trabajo. Finalmente, en el tercero de los subapartados analizaremos la existencia de diferencias significativas existentes en los constructos y dimensiones de cada constructo en función de las características laborales y sociodemográficas del encuestado.

5.1. ANÁLISIS DE LA DIMENSIONALIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE MEDIDA

Para determinar la dimensionalidad y validar las escalas correspondientes a la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH), la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario (CALIDAD), la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario (SATISCAP), la satisfacción personal con el trabajo (SATISPER) y el compromiso afectivo (COMPROMISO) se emplearon los análisis factoriales confirmatorios (AFC) utilizando como método de estimación el de máxima verosimilitud. A este respecto, es necesario señalar que, salvo la escala de prácticas de recursos humanos, las escalas de medida han sido diseñadas ad hoc para el contexto sanitario, de ahí que sus dimensiones sean propias del sector y deban ser consideradas como un paso previo y necesario en la búsqueda de escalas válidas y fiables. Al tratarse, en cierta medida, de un estudio exploratorio, han sido varios los modelos de medida que se han especificado para cada constructo, por lo que en este apartado sólo recogeremos el modelo final para facilitar la lectura y no hacer muy extenso este subapartado.

5.1.1. Prácticas de recursos humanos de alto compromiso

El modelo de medida resultante para las prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH) se muestra en la Figura 5.1, en la que se aprecia que RRHH es un constructo latente de segundo orden compuesto por cuatro dimensiones que han sido etiquetadas como “Formación”, “Participación”, “Reconocimiento” y “Comunicación”, las cuales son las clásicas dimensiones recogidas en la amplia literatura existente sobre prácticas de recursos humanos de alto compromiso. No obstante, y para analizar la validez discriminante de esta escala, se estimó un nuevo modelo en el que todos los ítems se vinculan a un único factor. Los resultados de este nuevo modelo [$\chi^2(90)=981.47$, $p=0.000$, CFI=0.68, NFI=0.66, TLI=0.57, RMSEA=0.20] evidencian la idoneidad del modelo de segundo orden [$\chi^2(86)=229.21$, $p=0.000$, CFI=0.95, NFI=0.92, TLI=0.93, RMSEA=0.08], ya que presenta mejores niveles de significación e índices de ajuste que llevan a confirmar que la escala no es unidimensional. De hecho, el análisis de diferencias de chi-cuadrado arroja la existencia de diferencias significativas (Dif. $\chi^2=752.26$, Dif. g.d.l.=4, $p=0.000$). Por tanto, esta escala de RRHH ha quedado formada finalmente por 4, 5, 2 y 4 ítems en cada una de las dimensiones anteriormente señaladas y que se muestran en la Tabla 5.1. En dicha tabla también hemos incluido una última columna en la que se recogen los trabajos que han utilizado dichos ítems/dimensiones, lo que demuestra la validez de contenido de este modelo.

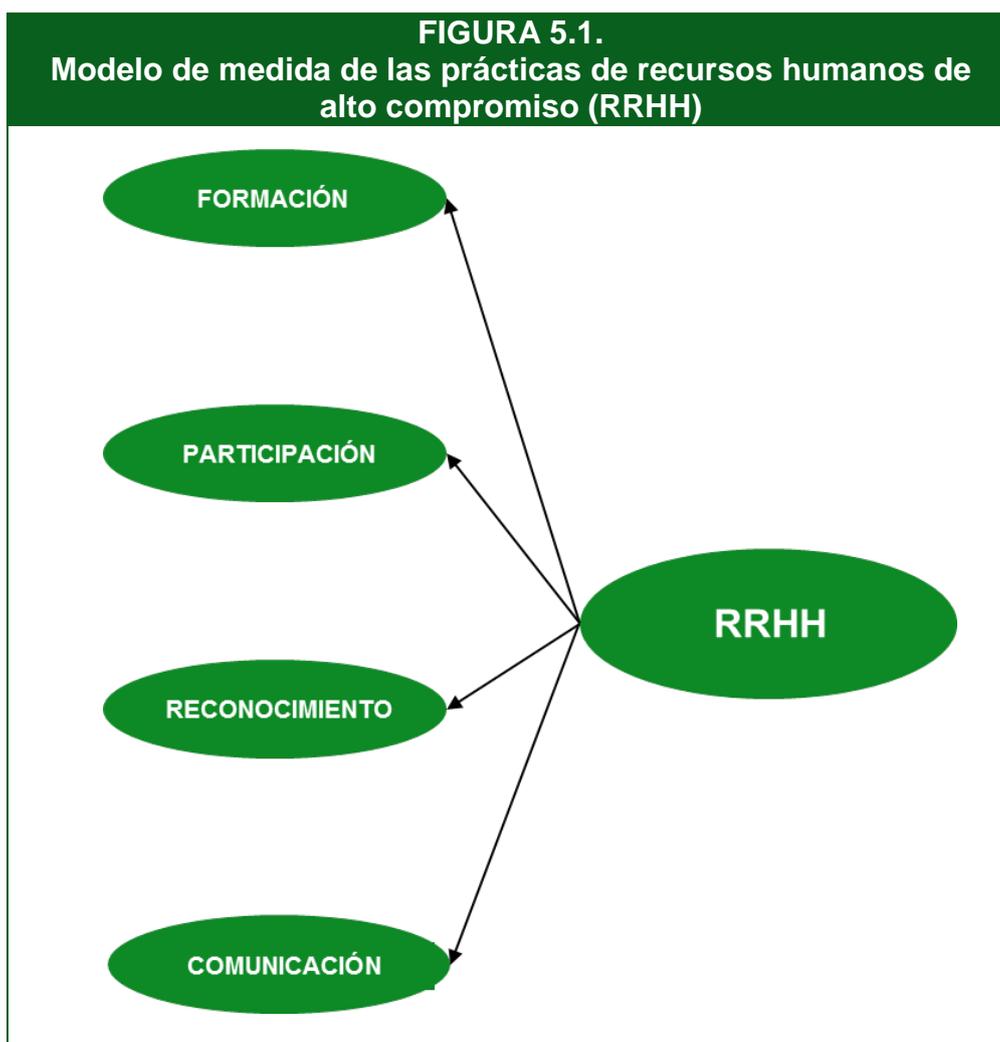


TABLA 5.1.
Ítems definitivos de la escala de prácticas de recursos humanos de alto compromiso (RRHH)

DIMENSIONES	CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
FORMACIÓN	V102	El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario a afrontar situaciones críticas (formación psicológica, manejo de situaciones de estrés, resolución de conflictos, etc.)
	V103	El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario en la atención y gestión de relaciones con el paciente
	V104	El plan de formación contempla acciones formativas que mejoren las competencias técnicas del personal sanitario para el desempeño óptimo de su trabajo.
	V105	El plan de formación contempla acciones formativas en materia de gestión de calidad (conocimiento de las normas ISO, funcionamiento de herramientas de mejora de la calidad, etc.)

DIMENSIONES	CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
PARTICIPACIÓN	V108	Se fomenta el trabajo en equipo, la colaboración y el sentimiento de grupo
	V109	Se facilitan los encuentros y las reuniones para debatir e intercambiar experiencias y propuestas para resolver problemas y para mejorar el servicio del SMI
	V110	Se fomenta que el personal sanitario participe en el diseño y mejora de los procedimientos y procesos que afectan a la correcta realización de su trabajo
	V111	Se fomenta y favorece que el personal sanitario realice propuestas y sugerencias de mejoras del SMI (buzón de sugerencias, directamente a los jefes superiores, etc.)
	V112	Se fomenta y favorece que el personal sanitario participe en actividades y proyectos de mejora del SMI
RECONOCIMIENTO	V113	El reconocimiento económico/el salario responde al esfuerzo y trabajo realizado del personal sanitario
	V114	El reconocimiento que hacen las personas que tienen responsabilidad directiva en el SMI del trabajo individual motiva a un mayor esfuerzo e implicación
COMUNICACIÓN	V134	El equipo directivo del CHUIMI ha hecho un esfuerzo por comunicar la misión, la visión y los valores del Hospital
	V135	Tengo un conocimiento amplio de la misión, visión y valores del CHUIMI
	V137	El equipo directivo del CHUIMI comunica los planes y objetivos para el CHUIMI
	V138	Conozco los planes y objetivos del CHUIMI

A pesar de que los resultados de este modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [$\chi^2(86)=229.21, p=0.000$], es preciso señalar que este estadístico depende del tamaño de la muestra analizada, de ahí la necesidad de analizar otros indicadores de ajuste. A este respecto, los resultados obtenidos muestran como otros indicadores de ajuste global del modelo se encuentran dentro de los valores recomendados por la literatura (CFI=0.95, NFI=0.92, TLI=0.93, RMSEA=0.08), por lo que se puede concluir que el modelo especificado reproduce adecuadamente la matriz de covarianzas observada. Este modelo de medida muestra un ajuste satisfactorio, ya que el valor de CFI se sitúa entre 0.90 y 0.95 y el valor de RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08 Mathieu y Taylor, (2006). Siguiendo a Anderson y Gerbing (1988) y como se observa en la Tabla 5.2, el modelo

muestra una fiabilidad individual aceptable, ya que la relación existente entre cada ítem y su respectiva dimensión es estadísticamente significativa con pesos de regresión estandarizados superiores en su mayoría a 0.7 y con valores del estadístico t también significativos. En cuanto a las medidas de consistencia interna de cada una de las dimensiones, los valores del indicador de fiabilidad compuesta (FC) alcanzan valores por encima de 0.70 y los de la varianza extraída (AVE) superiores a 0.50. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados también indican que el modelo de medida es fiable. Por tanto, puede afirmarse que la escala RRHH es un constructo de naturaleza multidimensional formado por las cuatro dimensiones.

TABLA 5.2.
Análisis Factorial Confirmatorio de la escala RRHH

Relaciones causales		Estimadores estandarizados	t	p	Consistencia interna
Formación	← RRHH	0.751			
Participación	← RRHH	0.885	9.000	0.000	FC = 0.867
Reconocimiento	← RRHH	0.776	6.533	0.000	AVE = 0.621
Comunicación	← RRHH	0.730	8.586	0.000	α =0.845
V102	← Formación	0.823			
V103	← Formación	0.916	17.645	0.000	FC = 0.908
V104	← Formación	0.773	13.854	0.000	AVE = 0.713
V105	← Formación	0.859	16.610	0.000	α =0.908
V108	← Participación	0.759			
V109	← Participación	0.847	13.938	0.000	FC = 0.913
V110	← Participación	0.883	14.629	0.000	AVE = 0.678
V111	← Participación	0.776	12.584	0.000	α =0.915
V112	← Participación	0.844	13.887	0.000	
V113	← Reconocimiento	0.622			FC = 0.786
V114	← Reconocimiento	0.964	8.458	0.000	AVE = 0.658
					α =0.749
V134	← Comunicación	0.832			
V135	← Comunicación	0.830	15.593	0.000	FC = 0.923
V137	← Comunicación	0.891	17.342	0.000	AVE = 0.751
V138	← Comunicación	0.910	17.968	0.000	α =0.922

5.1.2. Calidad del servicio al paciente

El modelo de medida resultante para la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario (CALIDAD) se muestra en la Figura 5.2, en la que se aprecia que CALIDAD es un constructo latente de segundo orden compuesto por seis

dimensiones etiquetadas como “Atención personal”, “Capacidad de respuesta”, “Sala de espera”, “Tangibilidad SMI”, “Experiencia sensorial” y “Comida”. No obstante, y para analizar la validez discriminante de esta escala, se estimó también un nuevo modelo en el que todos los ítems se vinculan a un único factor. Los resultados de este nuevo modelo [$\chi^2(252)=1388.41$, $p=0.000$, CFI=0.47, NFI=0.44, TLI=0.37, RMSEA=0.13] evidencian la idoneidad del modelo de segundo orden [$\chi^2(246)=581.73$, $p=0.000$, CFI=0.85, NFI=0.76, TLI=0.81, RMSEA=0.07], ya que presenta mejores niveles de significación e índices de ajuste que llevan a confirmar que la escala no es unidimensional. De hecho, el análisis de diferencias de chi-cuadrado arroja la existencia de diferencias significativas (Dif. $\chi^2=806.68$, Dif. g.d.l.=6, $p=0.000$). Por tanto, esta escala de CALIDAD ha quedado formada finalmente por 4, 3, 4, 4, 5 y 4 ítems en cada una de las dimensiones anteriormente señaladas y que se muestran en la Tabla 5.3. Al igual que para la escala de RRHH, en dicha tabla también hemos incluido una última columna en la que se recogen los trabajos que han utilizado dichos ítems/dimensiones, lo que imprime la validez de contenido a este modelo de medida.



TABLA 5.3.
Ítems definitivos de la escala de la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario (CALIDAD)

DIMENSIONES	CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
ATENCIÓN PERSONAL	V3	El personal se muestra amable y respetuoso con la familia/paciente
	V4	El personal se muestra dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que quiera plantear
	V5	El personal presta toda su atención cuando le habla la familia/paciente, escuchando todo lo que dicen
	V10	El personal comprende el estado y las necesidades emocionales de la familia/paciente y actúa de forma sensible ante ello
CAPACIDAD DE RESPUESTA	V45	Se adoptan las medidas necesarias para intentar reducir el dolor del paciente
	V46	Se adoptan las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo del paciente
	V48	Se responde de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia
SALA DE ESPERA	V50	La sala de espera del SMI está bien ubicada
	V51	La sala de espera del SMI está limpia
	V52	La sala de espera del SMI es confortable
	V53	La sala de espera del SMI es amplia
TANGIBILIDAD SMI	V54	La limpieza del SMI es buena
	V55	Los boxes del SMI están ordenados
	V56	Las sábanas, mantas, almohadas, etc. son suficientes
	V57	El mobiliario de los boxes es nuevo
EXPERIENCIA SENSORIAL	V60	El nivel de ruido en el SMI es aceptable
	V61	El nivel de iluminación en el SMI es adecuado
	V62	El nivel de comodidad en el SMI es aceptable
	V63	El nivel de intimidad en el SMI es aceptable
	V64	La temperatura del SMI es adecuada
COMIDA	V67	La cantidad de comida es adecuada
	V68	La calidad de la comida es buena
	V69	La temperatura de la comida es adecuada
	V70	La comida es variada

A pesar de que los resultados de este modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [$\chi^2(246)=581.73$, $p=0.000$], es preciso señalar que este estadístico depende del tamaño de la muestra analizada, de ahí la necesidad de analizar otros indicadores de ajuste. A este respecto, los resultados obtenidos muestran como otros indicadores de ajuste global del modelo se encuentran dentro de los valores recomendados por la literatura (CFI=0.85, NFI=0.76, TLI=0.81,

RMSEA=0.07), por lo que se puede concluir que el modelo especificado reproduce adecuadamente la matriz de covarianzas observada. Este modelo de medida muestra un ajuste adecuado, ya que el valor de CFI se sitúa entre 0.85 y 0.90 y el valor de RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08 Mathieu y Taylor, (2006). Siguiendo a Anderson y Gerbing (1988) y como se observa en la Tabla 5.4, el modelo muestra una fiabilidad individual aceptable, ya que la relación existente entre cada ítem y su respectiva dimensión es estadísticamente significativa con pesos de regresión estandarizados superiores o muy cercanos en su mayoría a 0.7 y con valores del estadístico *t* también significativos. A este respecto, hemos de señalar que se ha decidido mantener algunos ítems de la escala a pesar de no alcanzar el valor recomendado de 0.7 por validez del contenido y por la importancia del mismo para completar el significado de la dimensión de la que formaba parte. En cuanto a las medidas de consistencia interna de cada una de las dimensiones, los valores del indicador de fiabilidad compuesta (FC) alcanzan valores por encima de 0.70 y los de la varianza extraída (AVE) superiores o muy próximos a 0.50. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados también indican que el modelo de medida es fiable. Por tanto, puede afirmarse que la escala CALIDAD es un constructo de naturaleza multidimensional formado por las seis dimensiones.

TABLA 5.4.
Análisis Factorial Confirmatorio de la escala CALIDAD

Relacionescausales	Estimadoresest andarizados	<i>t</i>	<i>p</i>	Consistencia interna
Atención personal ← CALIDAD	0.272	3.157	0.002	
Capacidad de respuesta ← CALIDAD	0.670	6.176	0.000	
Sala de espera ← CALIDAD	0.739	5.938	0.000	FC = 0.796
Tangibilidad SMI ← CALIDAD	0.873	6.161	0.000	AVE = 0.418
Experiencia sensorial ← CALIDAD	0.689			α=0.758
Comida ← CALIDAD	0.449	3.087	0.002	
V3 ← Atención personal	0.831	10.442	0.000	
V4 ← Atención personal	0.692			FC = 0.805
V5 ← Atención personal	0.782	10.228	0.000	AVE = 0.515
V10 ← Atención personal	0.527	7.327	0.000	α=0.793
V45 ← Capacidad de respuesta	0.909			FC = 0.808
V46 ← Capacidad de respuesta	0.909	15.543		AVE = 0.607
V48 ← Capacidad de respuesta	0.409	6.437	0.000	α=0.779

	Relacionescausales	Estimadoresest andarizados	t	p	Consistencia interna
V50	← Sala de espera	0.730			
V51	← Sala de espera	0.629	8.598	0.000	FC = 0.766
V52	← Sala de espera	0.798	10.248	0.000	AVE = 0.456
V53	← Sala de espera	0.510	7.051	0.000	$\alpha=0.764$
V54	← Tangibilidad SMI	0.714			
V55	← Tangibilidad SMI	0.765	7.644	0.000	FC = 0.728
V56	← Tangibilidad SMI	0.563	6.496	0.000	AVE = 0.409
V57	← Tangibilidad SMI	0.474	9.781	0.000	$\alpha=0.667$
V60	← Experiencia sensorial	0.596			
V61	← Experiencia sensorial	0.753	8.856	0.000	FC = 0.825
V62	← Experiencia sensorial	0.852	9.433	0.000	AVE = 0.491
V63	← Experiencia sensorial	0.709	8.527	0.000	$\alpha=0.819$
V64	← Experiencia sensorial	0.552	7.111	0.000	
V67	← Comida	0.704			
V68	← Comida	0.828	6.468	0.000	FC = 0.851
V69	← Comida	0.717	5.799	0.000	AVE = 0.590
V70	← Comida	0.816	6.309	0.000	$\alpha=0.842$

5.1.3. Satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario

El modelo de medida resultante para la satisfacción del personal sanitario con la capacidad del servicio (SATISCAP) se recoge en la Figura 5.3, en la que se aprecia que SATISCAP también es un constructo latente de segundo orden compuesto por seis dimensiones etiquetadas como “Satisfacción con la información”, “Satisfacción con la comunicación”, “Satisfacción con instalaciones e infraestructuras”, “Satisfacción con servicios adicionales”, “Satisfacción con personal decisor” y “Satisfacción con personal no decisor”. Como en las dos escalas anteriores, para analizar la validez discriminante de esta escala se estimó un nuevo modelo en el que todos los ítems se vinculan a un único factor. Los resultados de este nuevo modelo [$\chi^2(119)=837.88$, $p=0.000$, CFI=0.60, NFI=0.57, TLI=0.49, RMSEA=0.16] evidencian la idoneidad del modelo de segundo orden [$\chi^2(113)=336.45$, $p=0.000$, CFI=0.88, NFI=0.83, TLI=0.83, RMSEA=0.08], ya que presenta mayores niveles de significación e índices de ajuste mejores que llevan a confirmar que la escala no es unidimensional. De hecho, el análisis de diferencias de chi-cuadrado arroja la existencia de diferencias significativas (Dif. $\chi^2=501.43$, Dif. g.d.l.=6, $p=0.000$). Por tanto, esta escala de SATISCAP ha quedado formada finalmente por 4, 3, 2, 2, 3 y 3 ítems en cada una de las dimensiones anteriormente señaladas y que se muestran en la Tabla 5.5. Al igual que en las dos

escalas anteriores, en esta tabla también se incluye una última columna en la que se recogen los trabajos que han utilizado dichos ítems/dimensiones, lo que imprime validez de contenido al modelo de medida diseñado.



TABLA 5.5.
Ítems definitivos de la escala de la satisfacción del personal sanitario con la capacidad del servicio (SATISCAP)

DIMENSIONES	CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
SATISFACCIÓN INFORMACIÓN	V76	Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el CHUIMI (Drago-AE)
	V77	Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el SMI (Picis)
	V152	La información que incluye la Historia clínica electrónica del CHUIMI (Drago AE) para la correcta realización de mi trabajo es completa
	V156	La información que incluye la Historia clínica electrónica del SMI (Picis) para la correcta realización de mi trabajo es completa

DIMENSIONES	CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
SATISFACCIÓN COMUNICACIÓN	V78	Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el CHUIMI tanto en forma como en contenido (Intranet, tablonas de información, e-Room...)
	V79	Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el SMI tanto en forma como en contenido (tablonas de información, a través de los mandos intermedios)
	V148	La información que ofrece el CHUIMI (intranet, tablonas, carteles, etc.) para la correcta realización de mi trabajo es completa
SATISFACCIÓN INSTALACIONES E INFRAESTRUCTURAS	V86	Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI
	V87	Estoy satisfecho con el equipamiento técnico que se utiliza en el SMI
SATISFACCIÓN SERVICIOS ADICIONALES	V88	Estoy satisfecho con el servicio de comidas
	V89	Estoy satisfecho con el servicio de limpieza
SATIFACCIÓN CON PERSONAL DECISOR	V80	Estoy satisfecho con la Dirección del CHUIMI
	V81	Estoy satisfecho con la jefatura del SMI
	V82	Estoy satisfecho con el equipo médico del SMI
SATIFACCIÓN CON PERSONAL NO DECISOR	V83	Estoy satisfecho con el equipo de enfermeras/os del SMI
	V84	Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI
	V85	Estoy satisfecho con los celadores

También en este caso, a pesar de que los resultados de este modelo de medida indican que es estadísticamente significativo [$\chi^2(113)=336.45$, $p=0.000$], es preciso señalar que este estadístico depende del tamaño de la muestra analizada, de ahí la necesidad de analizar otros indicadores de ajuste. A este respecto, los resultados obtenidos muestran como otros indicadores de ajuste global del modelo se encuentran dentro de los valores recomendados por la literatura (CFI=0.88, NFI=0.83, TLI=0.83, RMSEA=0.08), por lo que se puede concluir que el modelo especificado reproduce adecuadamente la matriz de covarianzas observada. Este modelo de medida muestra un ajuste adecuado, ya que el valor de CFI se sitúa entre 0.85 y 0.90 y el valor de RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08 Mathieu y Taylor, (2006). Siguiendo a Anderson y Gerbing (1988) y como se observa en la Tabla 5.6, el modelo muestra una fiabilidad individual aceptable, ya que la relación existente entre cada ítem y su respectiva dimensión es estadísticamente significativa con pesos de regresión estandarizados superiores o muy cercanos en su mayoría a 0.7 y con valores del estadístico t también significativos. Como en la escala de CALIDAD se ha

decidido mantener algunos ítems de la escala a pesar de no alcanzar este valor recomendado de 0.7 por validez del contenido y por la importancia del mismo para completar el significado de la dimensión de la que formaba parte. En cuanto a las medidas de consistencia interna de cada una de las dimensiones, los valores del indicador de fiabilidad compuesta (FC) alcanzan valores por encima de 0.70 y los de la varianza extraída (AVE) superiores o próximos a 0.50, a excepción de la dimensión relativa a las infraestructuras e instalaciones que no ha sido eliminada por ser, bajo nuestro punto de vista, de relevancia para que el SMI tenga la capacidad de respuesta necesaria para ofrecer un buen servicio al paciente. Los valores del alfa de Cronbach corroboran los obtenidos en la fiabilidad compuesta. Estos resultados también indican que el modelo de medida es fiable. Por tanto, puede afirmarse que la escala SATISCAP es un constructo de naturaleza multidimensional formado por las seis dimensiones.

TABLA 5.6.
Análisis Factorial Confirmatorio de la escala SATISCAP

Relacionescausales	Estimadoresest andarizados	t	p	Consistencia interna
Satisfacción información ← SATISCAP	0.775	8.427	0.000	
Satisfacción comunicación ← SATISCAP	0.898			
Satisfacción inst.einfr. ← SATISCAP	0.686	7.967	0.000	FC = 0.860
Satisfacción serv. adic. ← SATISCAP	0.680	6.074	0.000	AVE = 0.524
Satisfacción decisor ← SATISCAP	0,840	10.472	0.000	α=0.794
Satisfacción no decisor ← SATISCAP	0.314	4.172	0.000	
V76 ← Satisfacción información	0.731		0.000	
V77 ← Satisfacción información	0.770	9.119		FC = 0.752
V152 ← Satisfacción información	0.539	7.113	0.000	AVE = 0.437
V156 ← Satisfacción información	0.574	6.907	0.000	α=0.741
V78 ← Satisfacción comunicación	0.847			FC = 0.807
V79 ← Satisfacción comunicación	0.894	15.709		AVE = 0.594
V148 ← Satisfacción comunicación	0.515	8.078	0.000	α=0.785
V86 ← Satisfacción inst.einfr.	0.803			FC = 0.830
V87 ← Satisfacción inst.einfr.	0.880	10.623		AVE = 0.710
V88 ← Satisfacción serv. adic.	0.509	2.843	0.004	α=0.823
V89 ← Satisfacción serv. adic.	0.615			FC = 0.481
V80 ← Satisfacción decisor	0,866			AVE = 0.319
V81 ← Satisfacción decisor	0.889	16.177		α=0.463
				FC = 0.837
				AVE = 0.637

V82	← Satisfacción decisor	0.608	10.019	$\alpha=0.822$
V83	← Satisfacción no decisor	0.822		FC = 0.843
V84	← Satisfacción no decisor	0.908	12.727	AVE = 0.646
V85	← Satisfacción no decisor	0.662	10.633	$\alpha=0.835$

5.1.4. Satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario

El modelo de medida resultante para la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario (SATISPER) es de naturaleza unidimensional y está compuesto por 4 ítems que se recogen en la Tabla 5.7. También en este caso se incluye una última columna en la que se recogen los trabajos que han utilizado dichos ítems, lo que imprime validez de contenido al modelo de medida propuesto y validado.

TABLA 5.7. Ítems definitivos de la escala de la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario (SATISPER)	
CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
V91	Estoy satisfecho con mi trabajo
V93	Siento que las personas que tienen responsabilidad directiva están satisfechos con mi trabajo
V94	Siento que mis compañeros están satisfechos con mi trabajo
V95	Siento que los familiares/pacientes están satisfechos con mi trabajo

A diferencia de los modelos de medida anteriores, en este caso los resultados indican que el modelo no sólo no es estadísticamente significativo [$\chi^2(2)=4.80$, $p=0.091$] sino que además los otros indicadores de ajuste global presentan valores muy satisfactorios (CFI=0.99, NFI=0.98, TLI=0.95, RMSEA=0.07), por lo que se puede concluir que el modelo especificado reproduce adecuadamente la matriz de covarianzas observada. Este modelo de medida muestra un ajuste muy satisfactorio, ya que el valor de CFI supera el 0.95 y el valor de RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08 Mathieu y Taylor, (2006). Siguiendo a Anderson y Gerbing (1988) y como se observa en la Tabla 5.8, el modelo muestra una fiabilidad individual aceptable, ya que la relación existente entre cada ítem y el constructo es estadísticamente significativa con pesos de regresión estandarizados superiores a 0.7, salvo en uno de los ítems, y con valores del estadístico t también significativos. En cuanto a las medidas de consistencia interna, el valor del indicador de fiabilidad

compuesta (FC) alcanza un valor por encima de 0.70 y el de la varianza extraída (AVE) superior a 0.50. El valor del alfa de Cronbach corrobora el obtenido en la fiabilidad compuesta. Estos resultados también indican que el modelo de medida es fiable. Por tanto, puede afirmarse que la escala SATISPER es un constructo de naturaleza unidimensional.

TABLA 5.8. Análisis Factorial Confirmatorio de la escala SATISPER					
Relacionescausales		Estimadores estandarizados	t	p	Consistencia interna
V91	← SATISPER	0.524			FC = 0.805 AVE = 0.514 α=0.779
V93	← SATISPER	0.733	7.366	0.000	
V94	← SATISPER	0.763	7.493	0.000	
V95	← SATISPER	0.814	7.626	0.000	

5.1.5. Compromiso afectivo del personal sanitario

Al igual que para el constructo anterior, el modelo de medida final para el compromiso afectivo del personal sanitario (COMPROMISO) es de naturaleza unidimensional y está compuesto por 5 ítems que se recogen en la Tabla 5.9. También en este caso se incluye una última columna en la que se recogen los trabajos que han utilizado dichos ítems, lo que imprime validez de contenido al modelo de medida propuesto y validado.

TABLA 5.9. Ítems definitivos de la escala del compromiso afectivo del personal sanitario (COMPROMISO)	
CÓDIGO ÍTEM	ÍTEM
V96	Me gustaría permanecer en el SMI durante toda mi carrera profesional
V97	Me siento orgulloso de trabajar en el SMI
V98	Siento un fuerte sentimiento de pertenencia a el SMI
V99	Disfruto hablando del SMI con gente ajena a esta unidad
V100	Pienso que no podría fácilmente llegar a estar tan comprometido con otra unidad como con esta

Como ha ocurrido en el modelo de medida anterior, en este caso los resultados indican que el modelo no sólo no es estadísticamente significativo [$\chi^2(5)=3.47$, $p=0.628$] sino que además los otros indicadores de ajuste global presentan valores

muy satisfactorios (CFI=1.00, NFI=0.99, TLI=1.00, RMSEA=0.00), por lo que se puede concluir que el modelo especificado reproduce adecuadamente la matriz de covarianzas observada. Este modelo de medida muestra un ajuste muy satisfactorio, ya que el valor de CFI supera el 0.95 y el valor de RMSEA no supera el máximo recomendado de 0.08 Mathieu y Taylor, (2006). Siguiendo a Anderson y Gerbing (1988) y como se observa en la Tabla 5.10, el modelo muestra una fiabilidad individual aceptable, ya que la relación existente entre cada ítem y el constructo es estadísticamente significativa con pesos de regresión estandarizados superiores a 0.7, salvo en uno de los ítems, y con valores del estadístico t también significativos. En cuanto a las medidas de consistencia interna, el valor del indicador de fiabilidad compuesta (FC) alcanza un valor por encima de 0.70 y el de la varianza extraída (AVE) superior a 0.50. El valor del alfa de Cronbach corrobora el obtenido en la fiabilidad compuesta. Estos resultados también indican que el modelo de medida es fiable. Por tanto, puede afirmarse que la escala COMPROMISO es un constructo de naturaleza unidimensional.

TABLA 5.10.
Análisis Factorial Confirmatorio de la escala COMPROMISO

Relacionescausales	Estimadores estandarizados	t	p	Consistencia interna
V96 ← COMPROMISO	0.713			
V97 ← COMPROMISO	0.793	11.318	0.000	FC = 0.865
V98 ← COMPROMISO	0.816	11.604	0.000	AVE = 0.564
V99 ← COMPROMISO	0.803	11.434	0.000	$\alpha=0.855$
V100 ← COMPROMISO	0.612	8.816	0.000	

5.2 CONTRASTE DE HIPÓTESIS

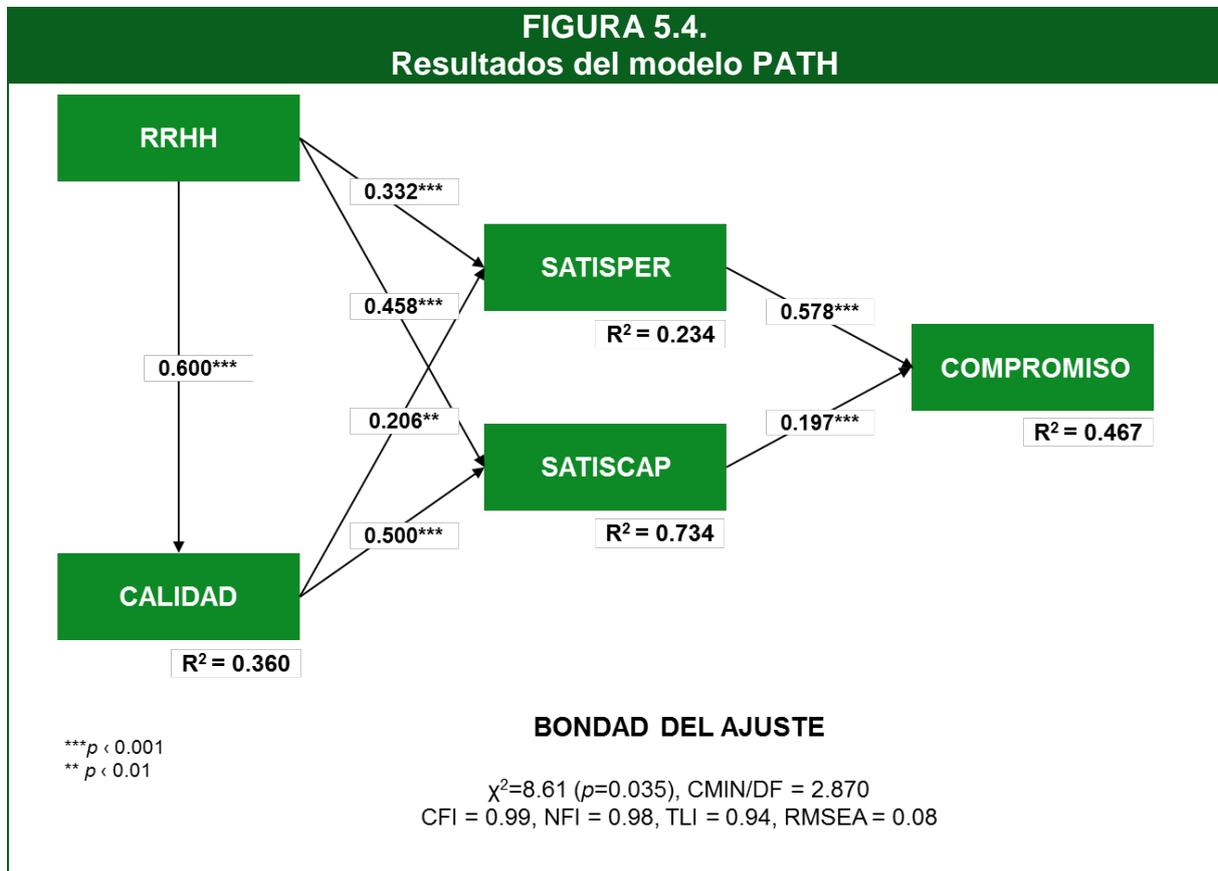
Para proceder a contrastar las hipótesis de trabajo formuladas se han empleado los modelos PATH utilizando como método de estimación el de máxima verosimilitud, en los que se utilizan únicamente variables observadas, ya que el elevado número de parámetros a estimar excedía los valores recomendados en función del tamaño de la muestra disponible para el uso de modelos de ecuaciones estructurales (modelos SEM). Es por ello que se crearon cinco nuevas variables observadas a partir de los resultados de los análisis factoriales confirmatorios recogidos en el subapartado 5.1. Más concretamente, se creó una nueva variable por constructo a través de una media

ponderada de las dimensiones que conforman cada constructo ponderadas por los pesos de regresión de cada una de ellas en dichos AFC, cada una de las cuales a su vez se determinaron con el mismo procedimiento, es decir, como una media ponderada de los ítems que conforman cada dimensión ponderados por los pesos de regresión de cada uno de ellos en tales AFC. Estas variables fueron etiquetadas como “RRHH”, “CALIDAD”, “SATISCAP”, “SATISPER” y “COMPROMISO”.

Los resultados de este modelo PATH, que se recogen en la Figura 5.4, indican que se trata de un modelo excelente [$\chi^2(3)=8.61$, $p=0.035$; CFI=0.99; NFI=0.98; TLI=0.94; RMSEA=0.08], ya que el valor de CFI es superior a 0.95 y el del RMSEA no supera el máximo de 0.08 (Mathieu y Taylor, 2006). Estos resultados nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- La aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio influye positiva y significativamente en la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario ($\beta=0.600$, $p=0.000$), explicándose el 36.0% de la variabilidad de la calidad del servicio al paciente. Por tanto, puede decirse que se acepta la hipótesis H1.
- Tanto la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio como la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario influyen positiva y significativamente en la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario ($\beta=0.458$, $p=0.000$ y $\beta=0.500$, $p=0.000$, respectivamente), explicándose el 73.4% de la variabilidad de la satisfacción con la capacidad del servicio. Por tanto, puede decirse que se aceptan las hipótesis H2 y H3.
- Tanto la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio como la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario influyen positiva y significativamente en la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario ($\beta=0.332$, $p=0.000$ y $\beta=0.206$, $p=0.009$, respectivamente), explicándose el 23.4% de la variabilidad de la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario. Por tanto, puede decirse que se aceptan las hipótesis H4 y H5.
- Finalmente, la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario y la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario influyen positiva

y significativamente en su compromiso afectivo con la organización en la que trabajan ($\beta=0.197$, $p=0.000$ y $\beta=0.578$, $p=0.000$, respectivamente), explicándose el 46.7% de la variabilidad del compromiso afectivo del personal sanitario. Por tanto, se aceptan las hipótesis H6 y H7.



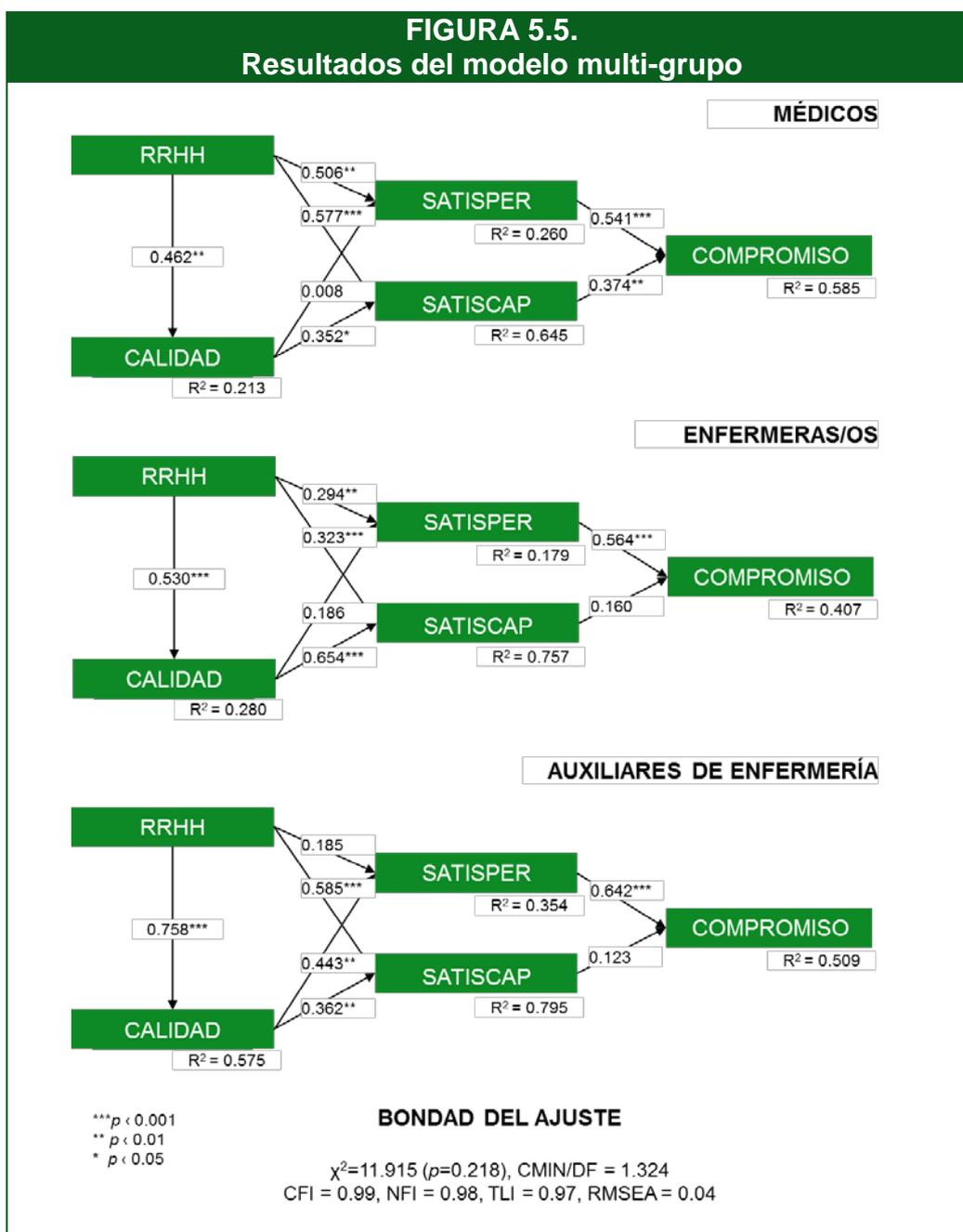
Dado que la muestra utilizada en esta tesis doctoral está formada por tres estamentos de personal sanitario claramente diferenciados (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería) se ha considerado oportuno analizar a través de un modelo multigrupo el papel moderador de esta variable (estamento) en el modelo propuesto y, por consiguiente, en la contrastación de las hipótesis planteadas. Los resultados de este modelo, recogidos en la Figura 5.5, indican que:

- El ajuste de este modelo es excelente [$\chi^2(9)=11.92$, $p=0.218$; CFI=0.99; NFI=0.98; TLI=0.97; RMSEA=0.04].
- El efecto de la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso sobre la calidad del servicio al paciente es positivo y significativo en los tres grupos, siendo mayor a medida que se desciende en la jerarquía del personal sanitario

($\beta=0.462$, $p=0.009$, $\beta=0.530$, $p=0.000$ y $\beta=0.758$, $p=0.000$ para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente). De hecho, el modelo propuesto explica casi el doble de la variabilidad de la calidad del servicio al paciente en el grupo de auxiliares de enfermería en comparación a los otros dos grupos (57.5% frente a 21.3% y 28.0%).

- El tamaño de los efectos de la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso y de la calidad del servicio sobre la satisfacción con la capacidad del servicio en los médicos es muy similar al de los auxiliares de enfermería ($\beta=0.577$, $p=0.000$ y $\beta=0.352$, $p=0.016$ para los médicos y $\beta=0.585$, $p=0.000$ y $\beta=0.362$, $p=0.001$ para los auxiliares de enfermería), produciéndose en el grupo de las enfermeras/os efectos también positivos pero con pesos intercambiados, ya que el efecto de las prácticas de recursos humanos es menor que el de la calidad ($\beta=0.323$, $p=0.000$ y $\beta=0.654$, $p=0.000$). En los tres grupos el porcentaje de la variabilidad de la satisfacción con la capacidad del servicio explicada es bastante elevado (64.5%, 75.7% y 79.5% para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente).
- El efecto de las prácticas de recursos de alto compromiso sobre la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario es positivo y significativo en los médicos y en las enfermeras/os ($\beta=0.506$, $p=0.007$ y $\beta=0.294$, $p=0.005$), pero no en los auxiliares de enfermería ($\beta=0.185$, $p=0.228$); mientras que el efecto de calidad del servicio sobre la satisfacción personal es positivo y significativo sólo para los auxiliares de enfermería ($\beta=0.443$, $p=0.005$), pero no para los médicos y las enfermeras/os ($\beta=0.008$, $p=0.968$ y $\beta=0.186$, $p=0.072$). El porcentaje de variabilidad de la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario no alcanza en ninguno de los grupos la mitad de la misma (26.0%, 17.9% y 35.4% para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente).
- Finalmente, la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario y la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario influyen positiva y significativamente en su compromiso afectivo con la organización en la que trabajan sólo para los médicos ($\beta=0.541$, $p=0.000$ y $\beta=0.374$, $p=0.006$, respectivamente), no ocurriendo lo mismo en los otros dos grupos en los que

el compromiso afectivo está influenciado por la satisfacción personal ($\beta=0.564$, $p=0.000$ y $\beta=0.642$, $p=0.000$ para las enfermeras/os y para los auxiliares de enfermería, respectivamente) y no por la satisfacción con la capacidad del servicio ($\beta=0.160$, $p=0.059$ y $\beta=0.123$, $p=0.203$ para las enfermeras/os y para los auxiliares de enfermería, respectivamente). El porcentaje de variabilidad del compromiso afectivo del personal sanitario está en torno al 50% en los tres grupos (58.5%, 40.7% y 50.9% para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente).



5.3 INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS DIMENSIONES Y CONSTRUCTOS DEL MODELO PROPUESTO

Para llevar a cabo estos análisis se procederá a realizar análisis ANOVA de un factor utilizando como variables dependientes las variables observadas a nivel de constructo y a nivel de dimensión creadas para el apartado anterior y como variables independientes una serie de variables de tipo laboral (categoría laboral, tipo de contrato, años de experiencia en la profesión y años de experiencia en el SMI) y dos variables de tipo sociodemográfico (sexo y edad). No obstante, antes de proceder a realizar estos análisis se ha considerado relevante para esta investigación hacer un análisis descriptivo de los constructos y dimensiones del modelo que se ha diseñado y validado (véase Tabla 5.11).

En cuanto a la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso, los encuestados manifiestan que la organización no está comprometida con tales políticas, ya que tanto a nivel de constructo como a nivel de cada una de las cuatro dimensiones del mismo las puntuaciones no superan el valor neutral de 4. De hecho, de los encuestados que han manifestado de forma espontánea aspectos a mejorar (31.5% de la muestra), el 7.7% ha mencionado la necesidad de aumentar la formación continuada, el 10.3% mejorar la motivación y el 17.9% incrementar la comunicación con los mandos intermedios. A este respecto, en la encuesta se introdujeron una serie de aspectos a valorar en una escala de 1 a 7 relativos a la necesidad de implantar (1) acciones formativas que fuesen obligatorias para el personal sanitario, obteniéndose un nivel de aceptación bastante elevado entre los encuestados ($M=5.79$); (2) mecanismos de recompensa y reconocimiento no retributivos por el trabajo bien hecho, que también obtuvo gran aceptación ($M=5.81$) y (3) evaluaciones individualizadas del trabajo, con un nivel igualmente alto de aceptación ($M=5.69$).

En lo que a la calidad del servicio prestado al paciente percibida por el personal sanitario señalar que, desde un punto de vista global, se considera que el nivel de calidad prestado no es del todo satisfactorio, ya que la media no alcanza el 5 ($M=4.68$). Es más, este aprobado se debe principalmente a las puntuaciones que los encuestados han dado a los ítems relacionados con su implicación directa y que se

corresponden con las dimensiones de atención personal y de capacidad de respuesta (M=6.60 y M=5.55). A pesar de ello, del 31.5% de los encuestados que manifestaron algún aspecto a mejorar, el 14.1% señala que es necesario dar más información a los familiares. Un aspecto a destacar es la baja puntuación otorgada a las condiciones de la sala de espera (M=3.73). A este respecto, el 42.3% de los encuestados que mencionaron espontáneamente algún aspecto a destacar (31.5% de la muestra) se refieren a la necesidad de mejorar la sala de espera, ya que consideran que es poco confortable, fría, pequeña y con sillas incómodas. Así mismo, de este 31.5% de encuestados, el 25.6% ha manifestado la existencia de problemas con la temperatura (cambios bruscos y problemas con el aire acondicionado), el 12.8% problemas de ruidos y el 10.3% problemas de iluminación. También un 28.2% de tales encuestados manifestó que el material estaba deteriorado y era escaso, y un 7.8% la poca intimidad de los pacientes.

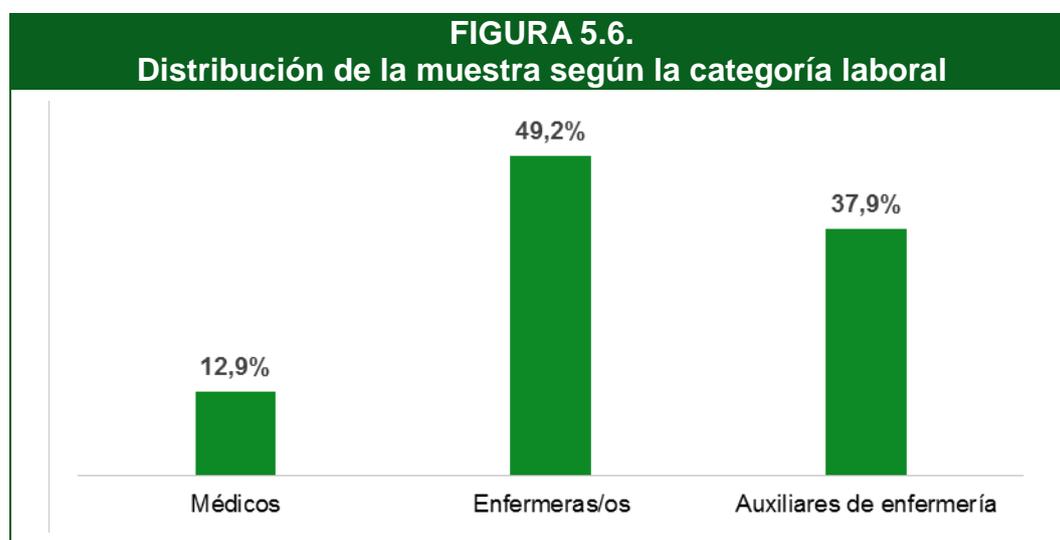
En relación a la satisfacción con la capacidad del servicio prestado señalar que, al igual que con los dos constructos anteriores, los encuestados manifiestan un nivel de satisfacción muy moderado con las condiciones en las que se presta el servicio (M=4.35). Un aspecto a destacar es la baja puntuación otorgada a los servicios adicionales (M=3.83). A este respecto, el 18% de los encuestados que mencionaron espontáneamente algún aspecto a destacar (31.5% de la muestra) manifiesta que la comida es poca variada, no agradable y no adaptada a los gustos; meriendas escasas y no disponibilidad de zumos/leche. En cuanto a la satisfacción con la información, señalar que de este 31.5% de encuestados, el 5.1% ha manifestado problemas con la Historia Clínica Electrónica (HCE), el 12.8% con los programas informáticos y con PICIS, y el 11.5% con el sistema DRAGO.

Finalmente y en lo que a la performance individual se refiere, los encuestados en general manifiestan un nivel de satisfacción personal con su trabajo y un nivel de compromiso afectivo con su organización aceptables (M=5.73 y M=5.28).

TABLA 5.11. Resultados del análisis descriptivo		
CONSTRUCTOS/DIMENSIONES	Media	D.T.
RRHH	3.44	1.32
Formación	3.71	1.56
Participación	3.81	1.59
Reconocimiento	3.10	1.64
Comunicación	3.19	1.55
CALIDAD	4.68	0.96
Atención personal	6.60	0.61
Capacidad de respuesta	5.55	1.26
Sala de espera	3.73	1.47
Tangibilidad SMI	4.89	1.24
Experiencia sensorial	4.00	1.33
Comida	4.25	1.60
SATISCAP	4.35	0.98
Satisfacción con la información	4.34	1.33
Satisfacción con la comunicación	4,47	1.30
Satisfacción con las instalaciones e infraestructuras	4.42	1.52
Satisfacción con los servicios adicionales	3.83	1.24
Satisfacción con personal decisor	4.09	1.59
Satisfacción con personal no decisor	5.70	1.14
SATISPER	5.73	1.05
COMPROMISO	5.28	1.37

5.3.1. Influencia de la categoría laboral

En la Figura 5.6 se observa la distribución de la muestra según la categoría laboral del encuestado conforme a los tres estados que se recogen en el cuestionario, apreciándose un mayor peso del grupo formado por enfermeras/os (49.2%).



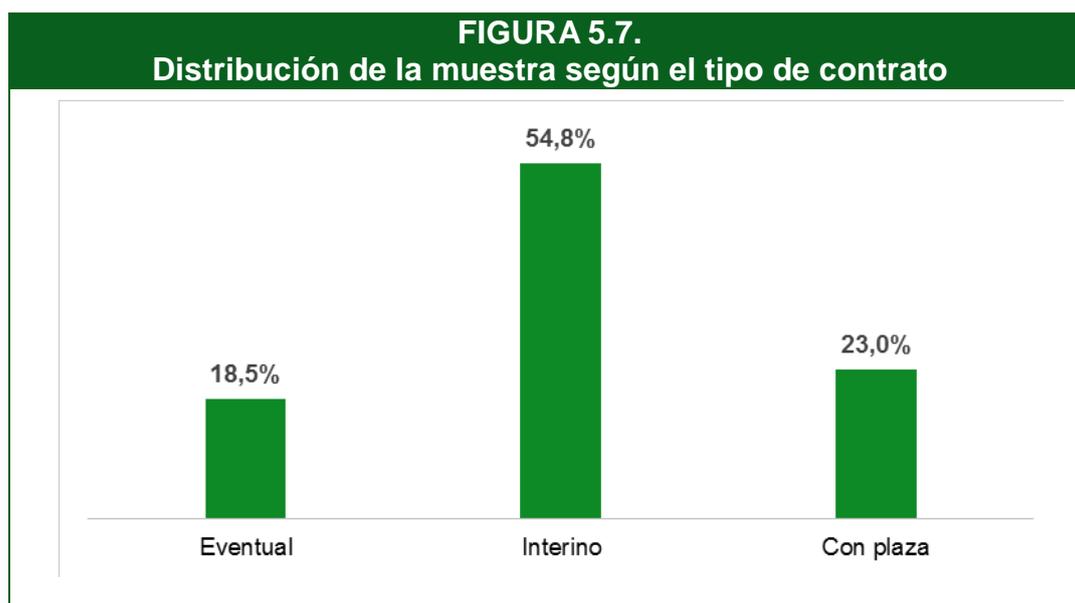
En la Tabla 5.12 se recogen los resultados de los análisis ANOVA realizados según la categoría laboral del encuestado, no pudiéndose realizar el análisis para la dimensión comida, ya que los ítems relativos a la misma sólo fueron valorados por los auxiliares de enfermería. Como se puede observar existen diferencias significativas en dos de los cinco constructos analizados: satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario ($F=2.948$, $p=0.054$) y compromiso afectivo con la organización ($F=7.302$, $p=0.001$), siendo el grupo formado por auxiliares de enfermería los que manifiestan un mayor nivel de satisfacción personal ($M=5.93$), el grupo de médicos un mayor nivel de compromiso afectivo ($M=5.79$) y el grupo de enfermeras/os el más crítico en ambos constructos ($M=5.58$ y $M=4.94$). En lo que a las dimensiones se refiere, se observa la existencia de diferencias de medias estadísticamente significativas en (1) la valoración de la formación ($F=3.026$, $p=0.050$), siendo el grupo de enfermeras/os el más crítico ($M=3.49$) y el de auxiliares de enfermería el que mayor puntuación ($M=4.01$); (2) la valoración de la participación ($F=4.704$, $p=0.010$), distanciándose bastante el grupo de médicos ($M=4.57$) de los otros dos grupos ($M=3.60$ y $M=3.83$ para enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente); (3) el nivel de tangibilidad del SMI ($F=3.230$, $p=0.041$), siendo el grupo de médicos el que asigna mayor puntuación ($M=5.37$), seguido del de auxiliares de enfermería ($M=4.74$) y del de enfermeras/os ($M=4.74$); (4) el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones ($F=3.925$, $p=0.021$), donde se aprecia una mejor valoración a medida que se sube de categoría ($M=5.11$, $M=4.36$ y $M=4.25$ para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente); (5) el nivel de satisfacción con los servicios adicionales ($F=59.904$, $p=0.000$), siendo el grupo formado por los auxiliares de enfermería los más satisfechos ($M=4.86$) a gran distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=3.31$ y $M=3.32$ para médicos y enfermeras/os, respectivamente), y (6) el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones ($F=7.643$, $p=0.001$), siendo el grupo de enfermeras/os el más crítico ($M=3.84$) y el de médicos el que mayor puntuación ($M=5.08$).

TABLA 5.12.
Resultados ANOVA según categoría del personal sanitario

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	Médicos		Enfermeras/os		Auxiliares de enfermería		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.77	1.30	3.28	1.21	3.53	1.44	1.905	0.151
Formación	3.66	1.61	3.49	1.43	4.01	1.67	3.026	0.050
Participación	4.57	1.54	3.60	1.42	3.83	1.65	4.704	0.010
Reconocimiento	3.62	1.63	3.03	1.53	3.01	1.72	1.815	0.165
Comunicación	3.25	1.58	3.02	1.39	3.39	1.72	1.506	0.224
CALIDAD	4.96	1.01	4.61	0.97	4.69	0.93	1.494	0.227
Atención personal	6.60	0.61	6.55	0.71	6.65	0.45	0.666	0.515
Capac. respuesta	5.95	1.10	5.45	1.25	5.53	1.30	1.939	0.146
Sala de espera	4.07	1.28	3.55	1.53	3.86	1.44	2.070	0.128
Tangibilidad SMI	5.37	1.17	4.74	1.23	4.93	1.24	3.230	0.041
Exper. sensorial	3.92	1.56	4.02	1.34	4.00	1.23	0.076	0.926
Comida	---	---	---	---	---	---	---	---
SATISCAP	4.64	0.77	4.23	1.00	4.38	1.04	1.558	0.214
Satisf. información	4.23	1.41	4.45	1.28	4.26	1.37	0.485	0.617
Satisf. comunicación	4.46	1.00	4.37	1.33	4.60	1.34	0.750	0.473
Satisf. inst.einfr.	5.11	1.57	4.36	1.54	4.25	1.42	3.925	0.021
Satisf. serv. adic.	3.31	0.91	3.32	0.78	4.86	1.31	59.904	0.000
Satisf. decisor	5.08	1.38	3.84	1.56	4.07	1.59	7.643	0.001
Satisf. no decisor	5.71	0.98	5.62	1.19	5.81	1.12	0.720	0.488
SATISPER	5.73	1.00	5.58	1.10	5.93	0.97	2.948	0.054
COMPROMISO	5.79	1.18	4.94	1.39	5.51	1.32	7.302	0.001

5.3.2. Influencia del tipo de contrato laboral

En la Figura 5.7 se observa la distribución de la muestra según el tipo de contrato laboral del encuestado conforme a los tres estados que se recogen en el cuestionario (eventual, interino y con plaza), pudiéndose apreciar que más de la mitad de la muestra está formada por personal interino (54.8%).



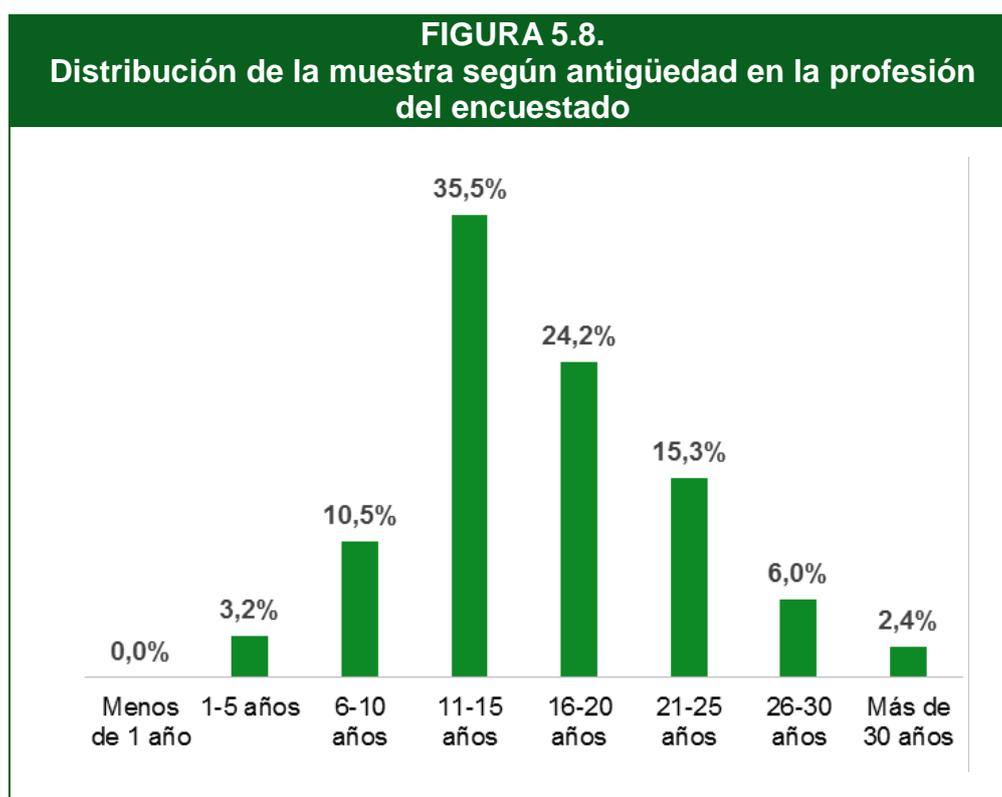
En la Tabla 5.13 se recogen los resultados de los análisis ANOVA realizados según el tipo de contrato laboral del encuestado para conocer la existencia o no de diferencias de medias estadísticamente significativas en los constructos y dimensiones de nuestro modelo. Como se puede observar existen diferencias significativas en todos los constructos a excepción de la satisfacción personal con el trabajo ($F=0.342$, $p=0.711$), siendo el grupo de los eventuales el que mejor puntúa en todos los constructos y el de interinos el más crítico al asignar en la mayoría de los constructos las puntuaciones más bajas. En lo que a las dimensiones se refiere, se observa la existencia de diferencias de medias estadísticamente significativas en (1) la valoración de la participación ($F=4.915$, $p=0.008$), siendo el grupo formado por los interinos los más críticos ($M=3.53$) a gran distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=4.18$ y $M=4.17$ para eventuales y con plaza, respectivamente); (2) la valoración del reconocimiento ($F=3.452$, $p=0.033$), distanciándose bastante el grupo de eventuales ($M=3.60$) de los otros dos grupos ($M=2.88$ y $M=3.17$ para interinos y con plaza, respectivamente); (3) la percepción de la sala de espera ($F=3.909$, $p=0.021$), donde se aprecia una peor valoración conforme disminuye la eventualidad del contrato ($M=4.23$, $M=3.69$ y $M=3.40$ para eventuales, interinos y con plaza, respectivamente); (4) el nivel de tangibilidad del SMI ($F=4.258$, $p=0.015$), siendo el grupo de eventuales el que asigna mayor puntuación ($M=5.34$), seguido del grupo formado por personal con plaza ($M=4.83$) y del de interinos ($M=4.73$); (5) la experiencia sensorial ($F=5.410$, $p=0.005$), siendo el grupo formado

por los eventuales los que mejor puntúan ($M=4.55$) a gran distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=3.88$ y $M=3.82$ para interinos y con plaza, respectivamente); (6) el nivel de satisfacción con la información ($F=7.799$, $p=0.001$), siendo el grupo formado por los eventuales los más satisfechos ($M=5.15$) a gran distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=4.16$ y $M=4.13$ para interinos y con plaza, respectivamente); (7) el nivel de satisfacción con la comunicación ($F=3.612$, $p=0.029$), siendo el grupo de eventuales el más satisfecho ($M=4.89$), seguido del grupo formado por personal con plaza ($M=4.55$) y del de interinos ($M=4.29$); (8) el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones ($F=5.137$, $p=0.007$), siendo el grupo de eventuales el más satisfecho ($M=5.03$), seguido a cierta distancia del grupo formado por personal con plaza ($M=4.45$) y del de interinos ($M=4.22$), y (9) el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones ($F=7.831$, $p=0.001$), volviendo a ser el grupo de eventuales el más satisfecho ($M=4.80$), seguido a cierta distancia del grupo formado por personal con plaza ($M=4.20$) y del de interinos ($M=3.76$).

TABLA 5.13.								
Resultados ANOVA según el tipo de contrato del personal sanitario								
CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	Eventual		Interino		Con plaza		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.83	1.33	3.21	1.27	3.62	1.26	4.281	0.015
Formación	4.03	1.54	3.57	1.54	3.76	1.56	1.549	0.215
Participación	4.18	1.52	3.53	1.51	4.17	1.63	4.915	0.008
Reconocimiento	3.60	1.63	2.88	1.59	3.17	1.64	3.452	0.033
Comunicación	3.33	1.47	3.07	1.52	3.30	1.61	0.707	0.494
CALIDAD	5.19	0.94	4.56	0.90	4.51	0.98	7.645	0.001
Atención personal	6.59	0.47	6.59	0.65	6.56	0.64	0.062	0.940
Capac. respuesta	5.82	1.10	5.41	1.24	5.59	1.39	1.863	0.157
Sala de espera	4.23	1.42	3.69	1.46	3.40	1.45	3.909	0.021
Tangibilidad SMI	5.34	1.00	4.73	1.24	4.83	1.35	4.258	0.015
Exper. sensorial	4.55	1.25	3.88	1.25	3.82	1.38	5.410	0.005
Comida	5.01	1.15	4.16	1.65	4.31	1.54	0.878	0.428
SATISCAP	5.04	0.73	4.08	0.95	4.25	0.96	11.773	0.000
Satisf. información	5.15	1.15	4.16	1.32	4.13	1.26	7.799	0.001
Satisf. comunicación	4.89	1.23	4.29	1.30	4.55	1.28	3.612	0.029
Satisf. inst.einfr.	5.03	1.27	4.22	1.46	4.45	1.62	5.137	0.007
Satisf. serv. adic.	3.86	1.02	3.76	1.19	3.98	1.51	0.587	0.557
Satisf. decisor	4.80	1.46	3.76	1.49	4.20	1.69	7.831	0.001
Satisf. no decisor	5.86	0.94	5.63	1.21	5.66	1.15	0.678	0.509
SATISPER	5.81	0.91	5.67	1.12	5.72	0.97	0.342	0.711
COMPROMISO	5.80	1.15	5.02	1.47	5.33	1.17	5.710	0.004

5.3.3. Influencia de la antigüedad en la profesión del encuestado

La distribución de la muestra según la antigüedad en la profesión del encuestado de acuerdo a los estados que se recogen en el cuestionario se corresponde con la que se muestra en la Figura 5.8, la cual ha sido recodificada en tres nuevas categorías: Menos de 11 años, entre 11 y 15 años y más de 15 años. Un 13.7% se agrupa en la categoría de menos de 11 años, un 35.5 % en la de 11-15 años y un 48.0% en la de mayores de 15 años.



En la Tabla 5.14 se recogen los resultados del análisis ANOVA realizado según la antigüedad del encuestado en la profesión. Como se puede observar existen diferencias significativas en dos de los cinco constructos analizados: la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario ($F=4.849$, $p=0.009$) y la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario ($F=5.310$, $p=0.006$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad en la profesión los que mejor puntúan ambos constructos ($M=5.19$ y $M=4.92$). En cuanto a las dimensiones, se observa la existencia de diferencias de medias estadísticamente significativas en (1) la percepción de la sala de espera ($F=3.348$, $p=0.037$), donde se aprecia una peor

valoración conforme aumenta la antigüedad del encuestado ($M=4.23$, $M=3.84$ y $M=3.52$ para los grupos de 0-10 años, 11-15 años y más de 15 años, respectivamente); (2) la experiencia sensorial ($F=5.161$, $p=0.006$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad en la profesión los que mejor puntúan ($M=4.66$) seguido a gran distancia de los otros dos grupos ($M=4.00$ y $M=3.85$ para los grupos de 11-15 años y más de 15 años, respectivamente); (3) el nivel de satisfacción con la información ($F=5.552$, $p=0.005$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad los más satisfechos ($M=5.06$) seguido a gran distancia de los otros dos grupos ($M=4.05$ y $M=4.35$ para los grupos de 11-15 años y más de 15 años, respectivamente); (4) el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones ($F=3.235$, $p=0.041$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad los que mejor puntúan ($M=5.04$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=4.41$ y $M=4.32$ para los grupos de 11-15 años y más de 15 años, respectivamente); (5) el nivel de satisfacción con los servicios adicionales ($F=4.073$, $p=0.018$), siendo el grupo formado por los de mayor antigüedad los que mejor puntúan ($M=4.07$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=3.64$ y $M=3.58$ para los grupos de 0-10 años y 11-15 años, respectivamente), y (6) el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones ($F=5.999$, $p=0.003$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad los más satisfechos ($M=4.95$) seguido a gran distancia de los otros dos grupos con medias similares ($M=3.88$ y $M=3.99$ para los grupos de 11-15 años y más de 15 años, respectivamente).

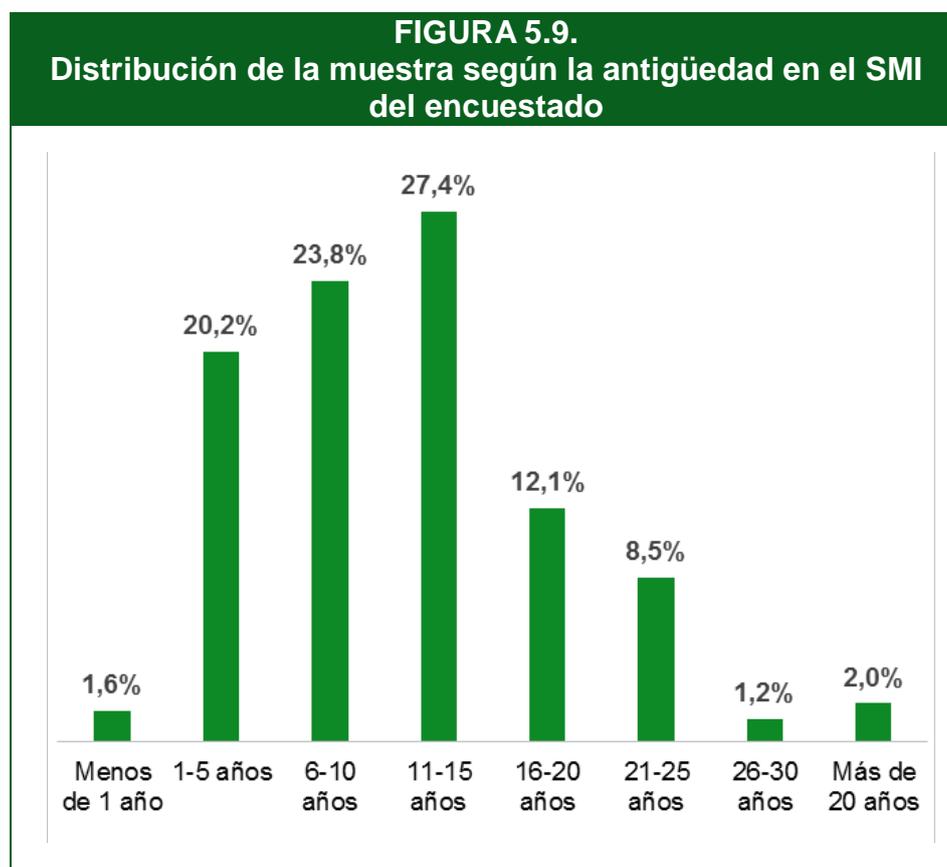
TABLA 5.14.
Resultados ANOVA según la antigüedad del encuestado en la profesión

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	0-10 años		11-15 años		Más de 15 años		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.67	1.10	3.22	1.45	3.51	1.25	1.742	0.178
Formación	3.88	1.27	3.47	1.64	3.80	1.56	1.413	0.246
Participación	4.01	1.41	3.66	1.64	3.84	1.59	0.654	0.521
Reconocimiento	3.48	1.55	2.94	1.75	3.11	1.55	1.364	0.258
Comunicación	3.17	1.15	3.01	1.58	3.32	1.60	0.961	0.384
CALIDAD	5.19	0.67	4.65	1.02	4.56	0.93	4.849	0.009
Atención personal	6.54	0.49	6.63	0.75	6.57	0.53	0.318	0.728
Capac. respuesta	5.79	0.94	5.38	1.35	5.60	1.25	1.496	0.226
Sala de espera	4.23	1.23	3.84	1.51	3.52	1.45	3.348	0.037
Tangibilidad SMI	5.18	0.87	4.80	1.33	4.85	1.26	1.216	0.298
Exper. sensorial	4.66	0.92	4.00	1.33	3.85	1.34	5.161	0.006
Comida	3.72	1.66	4.48	1.68	4.29	1.55	0.510	0.603

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	0-10 años		11-15 años		Más de 15 años		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
SATISCAP	4.92	0.59	4.20	1.16	4.24	0.89	5.310	0.006
Satisf. información	5.06	1.00	4.05	1.53	4.35	1.16	5.552	0.005
Satisf. comunicación	4.77	1.04	4.36	1.45	4.46	1.22	1.174	0.311
Satisf. inst.einfr.	5.04	1.17	4.41	1.46	4.32	1.55	3.235	0.041
Satisf. serv. adic.	3.64	0.81	3.58	1.20	4.07	1.35	4.073	0.018
Satisf. decisor	4.95	1.19	3.88	1.58	3.99	1.62	5.999	0.003
Satisf. no decisor	5.81	0.96	5.55	1.38	5.76	0.98	1.046	0.353
SATISPER	5.80	0.76	5.75	1.15	5.64	1.05	0.425	0.654
COMPROMISO	5.59	1.19	5.13	1.51	5.25	1.31	1.326	0.268

5.3.4. Influencia de la antigüedad en el SMI del encuestado

Al igual que en el caso anterior, la antigüedad en el SMI del encuestado fue recodificada en tres nuevos intervalos (Menos de 6 años, 6-10 años y más de 10 años) a partir de su distribución original (véase Figura 5.9). El primero de ellos formado por el 21.8% de la muestra, el segundo por el 23.8% y el último de ellos por el 51.2%.



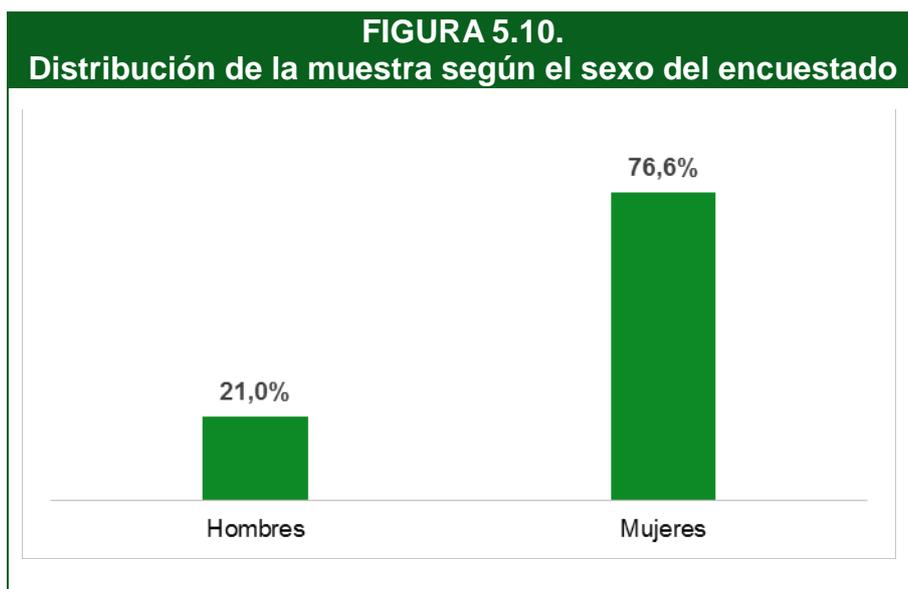
En la Tabla 5.15 se recogen los resultados del análisis ANOVA realizado según la antigüedad del encuestado en el SMI, apreciándose la existencia de diferencias significativas en dos de los cinco constructos analizados: la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario ($F=13.155$, $p=0.000$) y la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario ($F=5.738$, $p=0.004$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad en el SMI los que mejor puntúan ambos constructos ($M=5.16$ y $M=4.69$). En cuanto a las dimensiones, se observa que existen diferencias de medias en (1) la percepción de la capacidad de respuesta ($F=4.423$, $p=0.013$), donde el grupo formado por el personal de menor antigüedad en el SMI es el que mejor puntúa ($M=5.90$) seguido a poca distancia de los otros dos grupos ($M=5.65$ y $M=5.33$ para los grupos de 6-10 años y más de 10 años, respectivamente); (2) la percepción de la sala de espera ($F=3.348$, $p=0.037$), siendo el grupo formado por los de mayor antigüedad los que peor puntúan ($M=3.40$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=4.16$ y $M=4.03$ para los grupos de 0-5 años y 6-10 años, respectivamente); (3) el nivel de tangibilidad del SMI ($F=5.921$, $p=0.003$), donde el grupo formado por el personal de menor antigüedad en el SMI es el que mejor puntúa ($M=5.32$) seguido a poca distancia de los otros dos grupos ($M=4.99$ y $M=4.64$ para los grupos de 6-10 años y más de 10 años, respectivamente); (4) la experiencia sensorial ($F=9.355$, $p=0.000$), donde se aprecia una peor valoración conforme aumenta la antigüedad en el SMI del encuestado ($M=4.61$, $M=4.13$ y $M=3.71$ para los grupos de 0-5 años, de 6-10 años y de más de 10 años, respectivamente); (5) la valoración de la comida ($F=3.215$, $p=0.046$), donde los grupos de los extremos son más críticos ($M=3.31$ y $M=4.28$ para los grupos de 0-5 años y de más de 10 años, respectivamente) que el central ($M=4.76$); (6) el nivel de satisfacción con la información ($F=4.871$, $p=0.009$), siendo el grupo formado por los de mayor antigüedad los que peor puntúan ($M=4.04$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares ($M=4.70$ y $M=4.66$ para los grupos de 0-5 años y 6-10 años, respectivamente); (7) el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones ($F=3.538$, $p=0.031$), siendo el grupo formado por los de menor antigüedad los que mejor puntúan ($M=4.92$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias similares ($M=4.34$ y $M=4.29$ para los grupos de 6-10 años y más de 10 años, respectivamente), y (8) el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones ($F=6.989$, $p=0.001$), donde se aprecia

una peor valoración conforme aumenta la antigüedad en el SMI del encuestado (M=4.68, M=4.27 y M=3.75 para los grupos de 0-5 años, de 6-10 años y de más de 10 años, respectivamente).

TABLA 5.15.								
Resultados ANOVA según la antigüedad del encuestado en el SMI								
CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	0-5 años		6-10 años		Más de 10 años		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.53	1.39	3.39	1.40	3.38	1.25	0.231	0.794
Formación	3.76	1.63	3.70	1.56	3.66	1.53	0.079	0.924
Participación	3.91	1.55	3.78	1.66	3.74	1.58	0.197	0.821
Reconocimiento	3.31	1.62	3.06	1.73	3.00	1.60	0.689	0.503
Comunicación	3.10	1.52	3.40	1.56	3.11	1.53	0.752	0.473
CALIDAD	5.16	0.77	4.90	0.86	4.39	0.97	13.155	0.000
Atención personal	6.64	0.43	6.58	0.53	6.57	0.71	0.238	0.788
Capac. respuesta	5.90	0.94	5.65	1.06	5.33	1.41	4.423	0.013
Sala de espera	4.16	1.19	4.03	1.49	3.40	1.50	6.665	0.002
Tangibilidad SMI	5.32	1.18	4.99	1.09	4.64	1.29	5.921	0.003
Exper. sensorial	4.61	1.10	4.13	1.24	3.71	1.35	9.355	0.000
Comida	3.31	1.28	4.76	1.39	4.28	1.70	3.215	0.046
SATISCAP	4.69	1.02	4.55	0.95	4.09	0.91	5.738	0.004
Satisf. información	4.70	1.35	4.66	1.25	4.04	1.29	4.871	0.009
Satisf. comunicación	4.61	1.20	4.67	1.25	4.29	1.34	2.099	0.125
Satisf. inst.einfr.	4.92	1.49	4.34	1.36	4.29	1.53	3.538	0.031
Satisf. serv. adic.	3.80	0.91	3.90	1.34	3.82	1.34	0.084	0.919
Satisf. decisor	4.68	1.47	4.27	1.51	3.75	1.59	6.989	0.001
Satisf. no decisor	5.67	1.37	5.72	1.10	5.68	1.06	0.034	0.966
SATISPER	5.66	1.08	5.82	0.95	5.68	1.09	0.418	0.664
COMPROMISO	5.28	1.64	5.26	1.41	5.06	1.23	0.004	0.996

5.3.5. Influencia del sexo del encuestado

En la Figura 5.10 se presenta la distribución muestral conforme al sexo del encuestado, donde es el sexo femenino el que predomina en la muestra (76.6%).



En la Tabla 5.16 se recogen los resultados del análisis ANOVA realizado según el sexo del encuestado, pudiéndose observar que sólo existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para el constructo de la satisfacción personal con el trabajo aunque a un nivel de significación del 5.4% ($F=1.938$, $p=0.054$), siendo las mujeres las que muestran un mayor nivel de satisfacción personal con su trabajo. En relación a las dimensiones, sólo existen diferencias en las percepciones entre los hombres y las mujeres en dos de ellas: (1) el nivel de satisfacción con la comunicación ($F=1.937$, $p=0.054$), mostrando las mujeres un mayor nivel de satisfacción ($M=4.55$ y $M=4.14$ para mujeres y hombres, respectivamente) y (2) el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones ($F=2.821$, $p=0.005$), siendo el grupo formado por los hombres los que mejor puntúan ($M=4.97$ y $M= 4.31$ para hombres y mujeres, respectivamente).

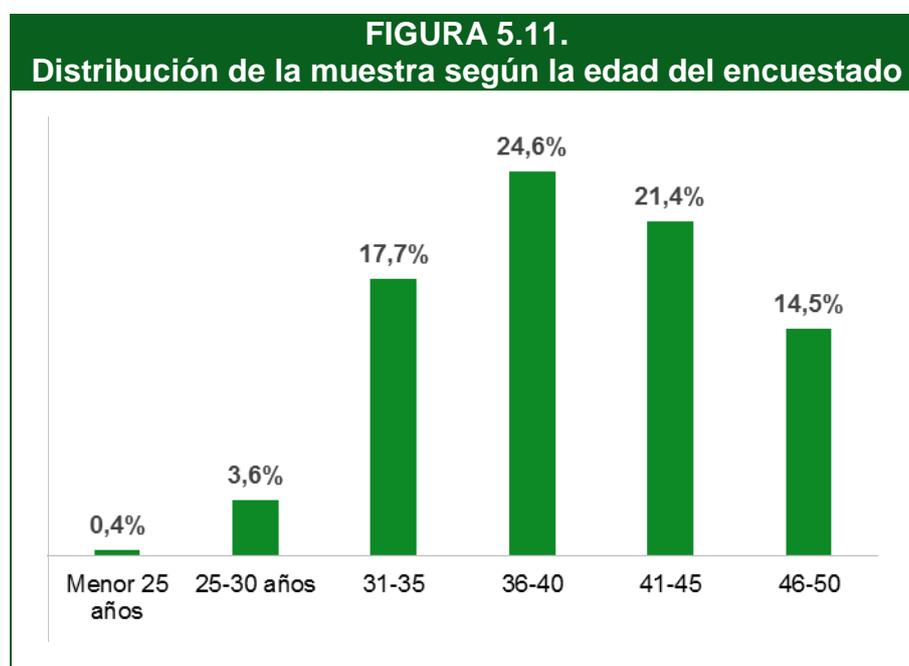
TABLA 5.16.
Resultados ANOVA según el sexo del encuestado

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	Hombre		Mujer		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.41	1.36	3.43	1.30	0.113	0.910
Formación	3.51	1.54	3.75	1.56	0.995	0.321
Participación	3.76	1.67	3.80	1.56	0.149	0.881
Reconocimiento	3.22	1.69	3.06	1.61	0.625	0.533
Comunicación	3.11	1.59	3.20	1.53	0.343	0.732
CALIDAD	4.61	0.97	4.70	0.95	0.539	0.590
Atención personal	6.46	0.66	6.62	0.60	1.745	0.082
Capac. respuesta	5.40	1.26	5.57	1.25	0.893	0.373

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	Hombre		Mujer		t	p
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Sala de espera	3.74	1.42	3.72	1.48	0.096	0.923
Tangibilidad SMI	4.87	1.21	4.88	1.25	0.046	0.963
Exper. sensorial	4.05	1.32	4.00	1.31	0.219	0.827
Comida	4.03	1.25	4.30	1.69	0.565	0.574
SATISCAP	4.34	1.04	4.35	0.97	0.013	0.989
Satisf. información	4.34	1.36	4.34	1.33	0.021	0.983
Satisf. comunicación	4.14	1.38	4.55	1.26	1.937	0.054
Satisf. inst.einfr.	4.97	1.32	4.31	1.51	2.821	0.005
Satisf. serv. adic.	3.71	1.12	3.87	1.28	0.795	0.428
Satisf. decisor	4.00	1.65	4.11	1.57	0.419	0.676
Satisf. no decisor	5.45	1.36	5.75	1.07	1.656	0.099
SATISPER	5.46	1.03	5.78	1.04	1.938	0.054
COMPROMISO	5.26	1.26	5.25	1.40	0.020	0.984

5.3.6 Influencia de la edad del encuestado

Antes de proceder a la realización de los análisis ANOVA se decidió agrupar a los encuestados en tres grupos de edad dado el escaso tamaño muestral de algunos de los estados de la variable original (véase Figura 5.11). Los nuevos estados se corresponden con los siguientes: menos de 36 años, 36-50 años y más de 50 años, que suponen un 21.8%, 60.5% y 14.9%, respectivamente.



En la Tabla 5.17 se recogen los resultados del análisis ANOVA realizado según la edad del encuestado. Como se puede observar existen diferencias significativas en tres de los cinco constructos analizados: la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso ($F=6.164$, $p=0.002$), la satisfacción personal con el trabajo ($F=3.883$, $p=0.022$) y el compromiso afectivo con la organización ($F=4.043$, $p=0.019$), siendo el grupo de mayor edad el que ha puntuado más alto en estos tres constructos. En cuanto a las dimensiones, se aprecian diferencias significativas en (1) la valoración de la formación ($F=5.164$, $p=0.006$), donde se aprecia una mejor valoración a medida que aumenta la edad del encuestado ($M=3.29$, $M=3.69$ y $M=4.34$ para los grupos de menos de 36 años, de 36-50 años y de más de 50 años, respectivamente); (2) la valoración de la participación ($F=10.248$, $p=0.000$), donde se aprecia el mismo patrón de comportamiento que en la formación ($M=3.55$, $M=3.64$ y $M=4.87$ para los grupos de menos de 36 años, de 36-50 años y de más de 50 años, respectivamente); (3) la valoración de la comunicación ($F=5.057$, $p=0.007$), donde se aprecia el mismo patrón de comportamiento que en las dos variables anteriores ($M=2.98$, $M=3.07$ y $M=3.91$ para los grupos de menos de 36 años, de 36-50 años y de más de 50 años, respectivamente); (4) la percepción de la capacidad de respuesta ($F=4.802$, $p=0.009$), siendo el grupo de mayor edad los que mejor puntúan ($M=6.11$) seguido a cierta distancia de los otros dos grupos que muestran medias similares ($M=5.55$ y $M=5.39$ para los grupos de menos de 36 años y de 36-50 años, respectivamente); (5) el nivel de tangibilidad del SMI ($F=5.482$, $p=0.005$), siendo el grupo de mayor edad los que mejor puntúan ($M=5.49$) seguido de los otros dos grupos ($M=4.95$ y $M=4.71$ para los grupos de menos de 36 años y de 36-50 años, respectivamente); (6) el nivel de satisfacción con la comunicación ($F=3.122$, $p=0.046$), donde se aprecia una mayor satisfacción a medida que aumenta la edad del encuestado ($M=4.29$, $M=4.41$ y $M=5.00$ para los grupos de menos de 36 años, de 36-50 años y de más de 50 años, respectivamente), y (7) el nivel de satisfacción con los servicios adicionales ($F=16.265$, $p=0.000$), donde también se aprecia una mayor satisfacción a medida que aumenta la edad del encuestado ($M=3.34$, $M=3.79$ y $M=4.82$ para los grupos de menos de 36 años, de 36-50 años y de más de 50 años, respectivamente).

TABLA 5.17.
Resultados ANOVA según la edad del encuestado

CONSTRUCTOS/ DIMENSIONES	Menos de 36 años		36-50 años		Más de 50 años		F	p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
RRHH	3.13	1.18	3.35	1.31	4.11	1.27	6.164	0.002
Formación	3.29	1.39	3.69	1.56	4.34	1.59	5.164	0.006
Participación	3.55	1.53	3.64	1.54	4.87	1.39	10.248	0.000
Reconocimiento	2.99	1.38	3.00	1.60	3.66	1.99	2.478	0.086
Comunicación	2.98	1.29	3.07	1.55	3.91	1.68	5.057	0.007
CALIDAD	4.82	0.90	4.57	0.97	4.98	0.96	2.278	0.105
Atención personal	6.66	0.46	6.53	0.68	6.71	0.52	1.940	0.146
Capac. respuesta	5.55	1.07	5.39	1.32	6.11	1.05	4.802	0.009
Sala de espera	3.72	1.40	3.70	1.46	3.84	1.64	0.112	0.894
Tangibilidad SMI	4.95	1.16	4.71	1.25	5.49	1.16	5.482	0.005
Exper. sensorial	4.19	1.22	3.89	1.36	4.25	1.23	1.721	0.181
Comida	---	---	4.24	1.58	4.47	1.57	0.252	0.617
SATISCAP	4.46	1.06	4.23	0.99	4.69	0.76	1.799	0.169
Satisf. información	4.56	1.42	4.26	1.33	4.40	1.24	0.676	0.510
Satisf. comunicación	4.29	1.16	4.41	1.35	5.00	1.14	3.122	0.046
Satisf. inst.einfr.	4.57	1.52	4.30	1.45	4.86	1.57	2.215	0.111
Satisf. serv. adic.	3.34	0.76	3.79	1.25	4.82	1.35	16.265	0.000
Satisf. decisor	4.15	1.53	3.95	1.61	4.53	1.52	1.920	0.149
Satisf. no decisor	5.48	1.32	5.74	1.12	5.79	0.95	1.153	0.317
SATISPER	5.59	1.13	5.64	1.06	6.17	0.75	3.883	0.022
COMPROMISO	5.18	1.56	5.13	1.34	5.85	1.05	4.043	0.019



Discusión

La gestión de la calidad de los sistemas sanitarios constituye un área de indudable interés, tanto académico como profesional, en el ámbito sanitario, donde se suma el deber organizativo, social y ético, no sólo por parte de las instituciones sino, sobre todo, del personal sanitario que lleva a cabo la práctica clínica. Al respecto, el sistema sanitario no sólo está formado por los servicios sanitarios, sino que también incluye a los profesionales, la planificación y ejecución de políticas sanitarias, los sistemas de financiación sanitarios, la medicina preventiva, la investigación y educación médica, y educación sanitaria de la población. En palabras de Bice y White (1971), el sistema sanitario se puede entender como el personal y equipamiento organizado de tal forma que el conocimiento y técnicas especializadas puedan ser aplicados a individuos, colectividades de individuos, o su entorno, con el propósito de promover, proteger, o restaurar su salud.

De forma destacada, la filosofía de calidad aplicada a los centros sanitarios contribuirá no sólo a una gestión eficiente de los recursos, sino también a una prestación ética, segura y de calidad a la comunidad de usuarios actuales y potenciales de servicios de salud. A partir de aquí, se pueden describir dos líneas de actuación simultáneas: en primer lugar, el análisis de las necesidades y expectativas que influyen en la calidad percibida de los servicios prestados y la satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares) y, en segundo lugar, la organización de los recursos organizativos que permitan aumentar dicha calidad percibida y grado de satisfacción. Ambas medidas determinan la excelencia de los centros sanitarios y, como prueba de ello, muchos de los esfuerzos, tanto científicos como profesionales, dirigen la atención a tales tareas.

De todas formas, tal como afirma Fortuny (2009), gestionar un centro sanitario no es fácil, y menos, si se pretende hacer de una forma excelente, como estima el derecho a la salud de las personas. Para llevar a cabo la gestión sanitaria hay que tener en cuenta que el objetivo debe ser mejorar la salud de los ciudadanos a los que atiende. Para ello se requiere de una gestión que sea eficaz, eficiente y equitativa, que ayude a la sostenibilidad del sistema sanitario. Porque si bien es verdad que todos los centros sanitarios quieren ser excelentes, para conseguirlo deben realizar, en primer lugar, una exhaustiva planificación estratégica, para que, posteriormente, equipos interdisciplinarios trabajen para intentar mejorar los resultados que se obtengan por la gestión de todos los procesos. Para cumplir estos requisitos es fundamental impulsar



nuevas formas organizativas que permitan que los profesionales participen en la toma de decisiones.

Desde esta reflexión, este trabajo de investigación pretende aportar evidencias empíricas sobre la relación entre los recursos organizativos y su impacto en la performance de calidad. Para la definición del tema de estudio se ha considerado dos cuestiones fundamentales que determinan la prestación de servicios sanitarios. En primer lugar, *los servicios sanitarios se caracterizan por ser encuentros de servicio de alto contacto humano*, ya que se producen numerosas interacciones de los pacientes y sus familiares con el personal sanitario, sobre todo, personal médico y enfermería. Ello concede a dicho personal un rol de indudable valor estratégico y operativo en el logro de la misión y visión organizativa. Ahora bien, para que el personal sanitario pueda ejercer dicho rol es básico que disponga, a su vez, de los recursos necesarios para el desempeño eficaz de su labor, tanto desde una perspectiva técnica como humana. Con relación a ello, una gestión de recursos humanos orientada a la calidad, que potencie el compromiso y la satisfacción del personal se vuelve una tarea prioritaria, ya que la literatura muestra amplias evidencias del impacto positivo de la implantación de prácticas de recursos humanos orientadas a la calidad, tanto en la performance de los empleados como en la performance organizativa. En este sentido, Bustinza *et al.* (2013) afirman que el compromiso de la empresa hacia la gestión de la calidad, el enfoque hacia el cliente, y la confianza de los trabajadores repercute positivamente en los resultados de tipo operativo, directivo y estratégico derivados de la implantación de un sistema de gestión de recursos. Vermeeren *et al.* (2014) resaltan en un estudio la importancia de la gestión de los recursos humanos en el sector sanitario, especialmente para los recursos humanos y la performance. Para ellos el principal objetivo de las prácticas de recursos humanos es incrementar la performance de las organizaciones a tres niveles: a) performance financiera, medida por el margen neto, b) performance organizativa medida por la satisfacción del cliente y c) performance relativa a los recursos humanos, medida por las bajas por enfermedad. En este estudio empírico, que se realizó en el sector sanitario holandés, la escala de prácticas de recursos humanos recogía cinco dimensiones: formación y desarrollo, remuneración según rendimiento, trabajo en equipo, diseño del puesto de trabajo y autonomía. Por otra parte, decir que conjuntamente con dichas prácticas, el personal sanitario necesita una capacidad óptima de servicio, disponiendo de un entorno de

trabajo donde disponga de los medios necesarios (infraestructura, equipamiento,...) para poder ejercer lo que se espera de ellos. La premisa de partida es que la suma de prácticas de recursos humanos orientadas a la calidad y disponer de una capacidad de servicio adecuada favorecen la satisfacción del empleado con su trabajo y su grado de compromiso. Asimismo, como afirma Caminal (2001) la forma con que el personal desempeña su trabajo es determinante en la calidad de la atención, pues no es factible que una persona realice su trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante la realización del mismo. En tal sentido, la incapacidad para poder realizarse en el trabajo la definen Maslach y Jackson (1981) como la percepción de que las posibilidades de logro personal han desaparecido, lo que implica que disminuyan sus expectativas personales, lo que le lleva a un rechazo de sí mismo y hacia los logros personales, así como a sentimientos de fracaso y baja autoestima.

En segundo lugar, al estar en continuo contacto con las necesidades y expectativas de los usuarios, el personal sanitario se erige como un interlocutor y evaluador idóneo para emitir juicios de la calidad de los servicios prestados. A ello se suma que en la evaluación de la calidad del servicio sanitario existe un componente de resultado médico difícil de medir por los usuarios, debido a su complejidad técnica, lo que también demanda el juicio de los expertos sanitarios. En este sentido, en el mismo entorno en el cual se llevó a cabo esta investigación, Santana Cabrera (2007) llevó a cabo un estudio donde valoró el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en el SMI respecto del entorno asistencial y la información recibida para, posteriormente, comparar este grado de satisfacción con la percepción desde el punto de vista del profesional, llegando a la conclusión que se cumplían las expectativas y necesidades de los propios familiares. No obstante, el estudio también reconoce que existían aún una serie de oportunidades de mejora, ya que el incremento en la calidad y la cantidad de la comunicación médico-paciente y la introducción de ciertos cambios, como flexibilizar el horario de visitas, en algunos pacientes, podría conducir a una mayor satisfacción de los familiares. Otros autores, como Novaes *et al.* (1999) y Bijttebier *et al.* (2001), han trabajado también en esta línea en el entorno de cuidados intensivos, por lo que sería interesante, en estudios futuros englobados dentro de este trabajo de investigación, poder comparar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes con la percepción del profesional sobre sus necesidades. Al respecto, el uso de indicadores de calidad, tal como afirma Cabré (2005), presidente

de la SEMICYUC, que valoren la satisfacción de los pacientes y familiares es una herramienta básica en la mejora de la calidad asistencial, que no deben ser interpretados como herramientas de control de nuestro trabajo, sino como un sistema de autoevaluación que permita analizar y cuantificar cómo hacemos nuestra asistencia y los aspectos a mejorar.

Esta casuística justifica que el personal sanitario, como cliente interno de su organización, valore en qué medida la organización satisface sus necesidades y, también, en qué medida también se consigue mejorar la calidad del servicio. Todo ello ha generado, con el apoyo de la revisión y reflexión de la literatura relevante y de debates profundos con expertos en la materia, llegar a concretar, en este trabajo de investigación, una serie de objetivos e hipótesis en cuanto al impacto de los recursos humanos en la excelencia organizativa. A tal fin, se han diseñado una serie de instrumentos de medida que han sido validados y que pretenden servir de referencia y aplicación en el sector.

Dimensionalidad y propiedades psicométricas del cuestionario

En todos aquellos trabajos en los que se persiga el desarrollo y validación de un modelo es un requisito necesario e indispensable analizar previamente la dimensionalidad y las propiedades psicométricas de las escalas de medida utilizadas para evaluar los diferentes constructos que integran el modelo como forma de garantizar su validez y fiabilidad. La validez nos indicará que el resultado de la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo y para denotar esta característica hay autores, como Argibay (2006) y Sánchez y Echeverry (2004), que también usan el término de exactitud. Por otro lado, la precisión y la consistencia tienen que ver con la fiabilidad, dicho de otra manera, si la prueba se repite tendría que dar los mismos resultados, tal como describió Cronbach (1951).

Es por ello que en el primer epígrafe del capítulo de resultados se analiza la dimensionalidad y las propiedades psicométricas de los cinco constructos analizados:

- *la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio desde la óptica del personal sanitario,*
- *la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario,*
- *la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario,*

- *la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y*
- *el compromiso afectivo del personal sanitario.*

Los resultados de los modelos de análisis factoriales confirmatorios realizados han puesto de manifiesto que los tres primeros constructos son de naturaleza multidimensional y los dos últimos unidimensional. Así, el primero de ellos, la *aplicación de prácticas de Recursos Humanos de alto compromiso orientadas a la calidad*, es un constructo latente de segundo orden compuesto por cuatro dimensiones: “Formación”, “Participación”, “Reconocimiento” y “Comunicación”, que se corresponden con las dimensiones recogidas en la amplia literatura existente sobre sistemas y prácticas de recursos humanos de alto compromiso. Así, autores como Gutiérrez Broncano, Rubio Andrés y Montoya Monsalve (2011), que consideran que las empresas que desarrollan en mayor medida estas prácticas son las que presentan una estrategia de gestión de recursos humanos más progresista o proactiva, reconocen, entre otras, la importancia de la formación, la evaluación del desempeño y el trabajo en equipo. También, Macky y Bexall (2007) reconocen como práctica de alto rendimiento la *formación de equipos como unidad fundamental de la estructura organizativa*, que enfatiza la necesidad de que el trabajo individual esté estrechamente relacionado con otros miembros del equipo para alcanzar un objetivo o resultados comunes.

En segundo lugar, *la Calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario*, también es un constructo latente de segundo orden, compuesto por seis dimensiones: “Atención personal”, “Capacidad de respuesta”, “Sala de espera”, “Tangibilidad SMI”, “Experiencia sensorial” y “Comida”. En cuanto al reconocimiento de tales dimensiones en la literatura existe una amplia evidencia como, por ejemplo, Mira *et al.* (1988), reconocen como aspectos importantes de la calidad de servicios la amabilidad del personal, la información del médico y la comodidad de las habitaciones. Padma Rajendran y Lockachari (2010) también destacan la atención y capacidad de respuesta de las enfermeras, la puntualidad en los servicios de comida y la limpieza y confort como cuestiones a considerar en la calidad del servicio al paciente, entre otras cuestiones.

En tercer lugar, la *Satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario*, también se pudo comprobar que es una escala de medida de segundo orden

compuesta por seis dimensiones: “Satisfacción con la información”, “Satisfacción con la comunicación”, “Satisfacción con instalaciones e infraestructuras”, “Satisfacción con servicios adicionales”, “Satisfacción con personal decisor” y “Satisfacción con personal no decisor”. Sobre ello, destacar, por ejemplo, que Gutiérrez Broncano, Rubio Andrés y Montoya Monsalve (2011) sostienen que la información compartida, consistente en la definición de sistemas de información compartidos y abiertos a todos los miembros de la organización, contribuye a una mayor coordinación del trabajo. También, Newman, Mayor y Chandsarkar (2001) destacan la importancia de la capacidad del servicio donde introducen, entre otras variables, que el personal disponga de los recursos que necesita para hacer su trabajo tales como, entre otros, la infraestructura.

En cuarto lugar, *la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario* es un constructo de naturaleza unidimensional y está compuesto por 4 ítems que miden no sólo la satisfacción personal, sino también la satisfacción de los jefes, de los compañeros y de los familiares con el trabajo que desempeña el sanitario. En este sentido, Weisman *et al.* (1980), partiendo de la base de que la satisfacción depende tanto de las características personales del trabajador, como las del trabajo y la organización, la variable que más influye en la satisfacción laboral de las enfermeras era la percepción sobre el trabajo y la unidad, lo que incluía la autonomía, la responsabilidad de la supervisora, la frecuencia de delegación de tareas inapropiadas por parte de los médicos, la frecuencia de la comunicación con la supervisora, la adecuación del tiempo asignado al desarrollo profesional y la frecuencia de contacto social entre enfermeras fuera del horario de trabajo. En cuanto a Leggart, Bartham y Stanton (2011) también estudian la satisfacción con el trabajo con cuestiones como si está satisfecho con su trabajo o le gusta trabajar en él.

En quinto y último lugar, *el compromiso afectivo del personal sanitario*, cuyo modelo de medida también es válido y fiable, es un constructo de naturaleza unidimensional. El compromiso, que es la adhesión emocional del empleado hacia la empresa, interesa tanto a los trabajadores como a los directivos, puesto que influye directamente en la eficiencia, la productividad, la seguridad y la satisfacción. Está demostrado un incremento significativamente mayor del bienestar entre los empleados con mayor grado de compromiso, lo que puede dar lugar a un ambiente de trabajo más feliz y saludable, reduciendo el absentismo y el *Burnout*. Al respecto, autores como Ang *et al.* (2013) que analizan el compromiso afectivo incluyen atributos

que pretenden medir, entre otros, el bienestar o sentimientos positivos que genera pertenecer a la organización o si recomendaría el servicio a su familia.

En resumen, los diferentes estadísticos e indicadores utilizados para evaluar la validez y fiabilidad de las diferentes escalas han dado resultados satisfactorios, y con apoyo de la literatura. Se trata, por tanto, de escalas de medida susceptibles de utilización en otras investigaciones con objetivos iguales o similares al de este estudio, ya que se ha demostrado que estas escalas de medida son capaces de medir aquello para lo que fueron creadas, es decir, que poseen una adecuada fiabilidad y validez.

Validación del modelo de relaciones propuesto

A través de un modelo PATH de relaciones causales, con el que se ha analizado la bondad del ajuste del modelo propuesto y contrastado todas las hipótesis planteadas implícitas en dicho modelo, se ha evaluado, de manera excelente, la influencia de la dirección de recursos humanos orientada a la gestión de la calidad y a la excelencia organizativa en los resultados organizativos de los servicios de medicina intensiva, desde la visión del personal sanitario, en términos de satisfacción y compromiso, ya que la evidencia empírica ha permitido aceptar todas las hipótesis formuladas. El análisis PATH es una técnica similar a la regresión, pero con poder explicativo, que estudia los efectos directos e indirectos en el conjunto de variables observadas, asumiendo la existencia de relaciones lineales entre ellas, y que se ha utilizado en el marco del sector sanitario. Por otra parte, el análisis de la influencia del perfil profesional (médico, enfermería y auxiliar de enfermería) en el modelo, a través de modelos multigrupo, ha puesto en evidencia el papel moderador del estamento del trabajador en las relaciones que se dibujan en el propio modelo.

Centrándonos en los resultados, con este trabajo de investigación se ha podido comprobar que, en primer lugar, la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio, tales como “Formación”, “Participación”, “Reconocimiento” y “Comunicación”, que se corresponden con las dimensiones recogidas ampliamente en la literatura de sistemas y prácticas de recursos humanos de alto compromiso, influye positiva y significativamente en la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario. Este resultado es, además, positivo en los tres estamentos de personal sanitario analizados, siendo mayor a medida que se desciende en la jerarquía del personal sanitario. De hecho, el

modelo propuesto explica casi el doble de la variabilidad de la calidad del servicio al paciente en el grupo de auxiliares de enfermería en comparación a los otros dos grupos (57.5% frente a 21.3% y 28.0%). Con relación a ello, Gutiérrez Broncano y Rubio Andrés (2009) consideran que el factor humano constituye una pieza clave que forma parte del producto y que realiza directamente el servicio prestado por las empresas, siendo los valores intangibles que conforman la experiencia del cliente. Además, advierten que la diferenciación basada en atributos tangibles cada vez se hace más complicada, provocando la necesidad de contar con trabajadores cualificados y profesionales. Más aún, como señalan Moriones, Merino y Cerio (2002), las prácticas de recursos humanos llamadas de alto rendimiento, alto compromiso o alta implicación facilitan la efectividad organizativa. En tal sentido, Bassett Jones (2005) señala que los niveles de calidad y rendimiento alcanzados son consecuencia de las habilidades y conocimientos de sus miembros más que producto de un alto nivel de supervisión. También Scott *et al.* (2007) encuentran que los sistemas de trabajo de alto rendimiento influyen en las percepciones que tienen los empleados respecto al nivel de calidad que se ofrece al paciente. Ello coincide con la reflexión de Jiménez Jiménez y Martínez Costa (2009) que apuestan por prácticas como, entre otras, la formación, la evaluación del desempeño, la participación y la comunicación como una influencia positiva en la gestión de la calidad y la performance.

En segundo lugar, se ha demostrado que tanto la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio, como la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario, influyen positiva y significativamente en la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario. Carrillo García *et al.* (2015) plantean que la satisfacción laboral constituye un factor clave en la calidad asistencial. Más aún, destacan la importancia de la satisfacción laboral en los servicios sanitarios y las consecuencias que de ello se derivan en cuestiones como el aumento de la calidad asistencial de los servicios que se prestan y en la satisfacción de los usuarios. A raíz de aquí se plantean analizar la satisfacción laboral en una muestra de 546 profesionales sanitarios pertenecientes a un hospital universitario público. Emplean una escala de satisfacción que recoge, más que medidas globales, cuestiones que generan mayor o menor satisfacción y que se pueden vincular a elementos del entorno de trabajo, capacidad del servicio, clima laboral o prácticas de recursos humanos propiamente dichas. En el cuerpo médico, el

tamaño de estos efectos es muy similar al de los auxiliares de enfermería, siendo mayor el de las prácticas de recursos humanos sobre la satisfacción de la capacidad del servicio. Ahora bien, en el grupo de las enfermeras/os estos efectos también son positivos, pero con pesos intercambiados, ya que el efecto de las prácticas de recursos humanos es menor que el de la calidad.

En tercer lugar, se ha constatado que la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio y la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario influyen positiva y significativamente en la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario. Sobre esta cuestión retomamos el trabajo de Scotti *et al.* (2007) cuando analizan la problemática de las prácticas de alta implicación en el contexto de los servicios sanitarios ofrecidos a los veteranos de guerra en EEUU *Veterans Health Administration* (VHA). De forma específica tratan de estudiar las relaciones entre un entorno de trabajo de alto rendimiento, la calidad del servicio y la satisfacción del paciente. De esta manera, pretenden determinar cómo las prácticas de alto rendimiento en el entorno de trabajo contribuyen a una mejor calidad del servicio, a la satisfacción de los pacientes y, en último lugar, a la lealtad de los pacientes. Ahora bien, el tamaño y la presencia de estos efectos difieren en función del estamento profesional. Así, el efecto de las prácticas de recursos de alto compromiso sobre la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario es positivo y significativo sólo en los médicos y en las enfermeras/os; mientras que el efecto de calidad del servicio sobre la satisfacción personal es positivo y significativo sólo para los auxiliares de enfermería. De todas formas, también hay que señalar que el porcentaje de variabilidad de la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario no alcanza en ninguno de los grupos la mitad de la misma (26.0%, 17.9% y 35.4% para médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, respectivamente), lo que pone de manifiesto la existencia, como es lógico, de otros factores, ya sean de índole personal o profesional, que explican la satisfacción del personal sanitario. También autores como Dorenbosch, Van Engen y Verhagen (2005) encontraron evidencias de una relación positiva entre las prácticas de recursos humanos orientadas al compromiso y el sentimiento de propiedad del trabajo. Esto avala la idea de que el comportamiento del empleado es, efectivamente, recíproco a su percepción sobre el comportamiento de la organización con él.

Por último, comprobamos que la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario y la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario influyen positiva y significativamente en su compromiso afectivo con la organización en la que trabajan. Ahora bien, a nivel de estamentos, hemos de señalar que ambos influyen positivamente en los médicos, no ocurriendo lo mismo en los otros dos grupos en los que el compromiso afectivo sólo está influenciado por la satisfacción personal y no por la satisfacción con la capacidad del servicio. En cuanto a los antecedentes del compromiso afectivo, la literatura aporta evidencias tal como Tesluk, Farr, Mathieu y Vance (1995) cuando relacionaron una mayor cantidad de formación recibida por los empleados con un mayor grado de su compromiso con la organización. También, Whitener (2001), los empleados interpretan las acciones y prácticas de gestión de recursos humanos como señales del compromiso de la organización con los empleados, los cuales corresponden a ello mejorando la percepción sobre su propio compromiso con la organización. Zhang *et al.* (2013) realizan un estudio de los efectos de las prácticas de alto rendimiento sobre el bienestar del empleado, medido a través del agotamiento emocional, la satisfacción con el trabajo y su grado de compromiso. Para ello, toman como referencia los datos obtenidos de un total de 207 profesionales sanitarios, entre médicos y enfermeras, pertenecientes a un total de seis hospitales chinos. También, de forma explícita, Budihardjo (2013) demuestran empíricamente la relación entre la satisfacción del trabajo y el compromiso afectivo.

Valoración de los constructos y sus dimensiones por los encuestados

En cuanto a la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso, los encuestados ponen de manifiesto áreas a mejorar. Así, un 31.5% de los encuestados ha declarado la necesidad de mejorar cuestiones como la formación continuada, el sistema de motivación y el nivel de comunicación con los mandos intermedios. A este respecto, los encuestados valoran muy positivamente el que se implanten acciones formativas obligatorias para el personal sanitario, mecanismos de recompensa y reconocimiento no retributivos por el trabajo bien hecho y evaluaciones individualizadas del trabajo.

En relación a la calidad del servicio prestado al paciente percibida por el personal sanitario señalar que, desde un punto de vista global, se considera que el nivel de calidad prestado no es del todo satisfactorio, más aún, si tenemos en cuenta



que las puntuaciones están sobrevaloradas por las elevadas puntuaciones que los encuestados han dado a los ítems relacionados con su implicación directa y que se corresponden con las dimensiones de atención personal y de capacidad de respuesta. Como áreas de mejora, un 31.5% de los encuestados se pronunciaron en aspectos como dar más información a los familiares, mejorar la sala de espera, evitar cambios bruscos de temperatura, reducir el nivel de ruidos, solucionar problemas de iluminación, renovar el material y procurar mayor intimidad de los pacientes. De todos estos aspectos de mejora merece especial atención, por la baja puntuación otorgada, las condiciones de la sala de espera, que definen como poco confortable, fría, pequeña y con sillas incómodas. Este último aspecto ya está recogido en la literatura en entornos similares al de este estudio de investigación, descrito por Santana Cabrera (2007) y Pérez Cárdenes (2004) donde la mayoría de los familiares también expresan cierto desacuerdo con la sala de espera.

Los encuestados también manifiestan un nivel de satisfacción muy moderado con las condiciones en las que se presta el servicio, es decir, con lo que se ha denominado en esta tesis doctoral como satisfacción con la capacidad del servicio prestado. Dentro de las dimensiones que conforman este constructo, un aspecto a destacar es la baja puntuación otorgada a los servicios adicionales. De hecho, entre los aspectos de mejora citados sugeridos por los encuestados se encuentran la necesidad de mejorar la comida, ya que consideran que es poco variada, no agradable, no adaptada a los gustos y escasas. Por otra parte, y respecto a la dimensión satisfacción con la información, señalar también que los encuestados han manifestado espontáneamente problemas con la Historia Clínica Electrónica (HCE), con los programas informáticos, PICIS, y con el sistema DRAGO. Debemos resaltar que la informatización de la Historia Clínica es un proceso que se ha llevado a cabo de forma escalonada por lo que hemos pasado de la historia tradicional en papel a un grado máximo de informatización, en el cual toda la información disponible en la historia en papel se encontraría codificada y estructurada, de manera que sería procesable y recuperable automáticamente con la máxima especificidad. Es necesario resaltar la importancia de lograr un alto grado de consenso con los usuarios de estos sistemas clínicos para que se perciba como una ayuda y no como una imposición. Por otro lado, es muy importante que se dote a los servicios sanitarios del soporte tecnológico necesario, tales como número de ordenadores suficientes, velocidad de

la red informática adecuada, etc., para que no entorpezca el manejo en el diagnóstico y tratamiento del paciente. No cabe la menor duda, tal como afirman González Cocina y Pérez Torres (2007), que los efectos beneficiosos más importantes de la HCE están en relación con la mayor adhesión a las guías de práctica clínica y la disminución de errores en la medicación. Todo ello lleva a que distintos autores hayan resaltado el papel de la HCE en la calidad de la atención sanitaria. Así, por ejemplo, en una revisión de 26 estudios, liderado por Delpierre (2004), se observa un efecto positivo en la satisfacción de usuarios y pacientes. Lo que está demostrado es que una vez se ha comenzado a utilizar y trabajar con estos sistemas informáticos, el personal desea seguir haciéndolo. Incluso, algunos autores, como Gadd y Penrod (2001), estudiaron si su uso había tenido algún efecto en la percepción de los pacientes y parece que éstos también están satisfechos con estos sistemas, ya que afirman que su relación con el médico no ha cambiado. No obstante, es preciso señalar que se trata de estudios ajenos al marco de los cuidados intensivos, de ahí que una posible línea de investigación sea replicar estos estudios en el contexto de las unidades de cuidados intensivos.

Además, en lo que también están de acuerdo la mayoría de los autores, tales como el grupo de Chaudhry (2006) y el de Garg (2005), es que el personal sanitario se adhiere mejor a las prácticas basadas en las guías clínicas con la utilización de estos sistemas. Es más, Chaudhry *et al.* (2006) han demostrado que el uso de estos recursos electrónicos implica una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios. Por tanto, no cabe la menor duda del efecto positivo que tienen estos sistemas en la mejora de la calidad de la atención al paciente, lo que conlleva indudablemente a conseguir que el personal sanitario esté satisfecho con los sistemas para alcanzar la eficacia y eficiencia deseadas. Este trabajo de investigación puede ser un punto de partida para que los gestores se propongan implementar programas de mejora en este campo.

Finalmente, y en lo que a la performance individual se refiere, los encuestados, en general, manifiestan un nivel de satisfacción personal con su trabajo y un nivel de compromiso afectivo con su organización aceptables. Carrillo *et al.* (2015), en su trabajo de investigación, destacan que los médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería son los que ofrecen niveles de satisfacción más reducidos de todos los estamentos estudiados, debido, en el caso de las enfermeras/os, por ocupar un puesto

estratégico entre los médicos y los pacientes, y ser el profesional que más tiempo pasa en contacto con el usuario, es por lo que puede recaer en ellos la responsabilidad de filtrar, canalizar y solucionar numerosos dilemas que pueden surgir durante la actividad asistencial en el hospital.

En tal sentido, la falta de satisfacción personal con su trabajo es un aspecto que debe ser investigado y que Maslach *et al.* (1996) etiquetaron como sobrecarga emocional o Síndrome del Burnout, al que definieron como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas, en este caso personal sanitario. Incluyen tres aspectos como son el agotamiento emocional, que se refiere a la disminución o la pérdida de recursos emocionales; la despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado, en este caso pacientes y familiares y, por último, la falta de realización personal, que se determina al evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. El Burnout es un problema que afecta al personal sanitario del SMI, ampliamente descrito en la literatura por muchos autores como Raggio y Malacarne (2007), Casado Moragón *et al.* (2005), Stechmiller *et al.* (1993), Buhler y Land (2003) o Meltzer y Huckabay (2004). Por ello hay que intentar identificar los factores antecedentes del mismo, buscando soluciones y estrategias preventivas como prevención de conflictos, participación en grupos de investigación, etc.

Por otra parte, Ruiz Moruno *et al.* (2009) consideran que se debe partir de la premisa de que todo lo que afecte negativamente a los trabajadores afectará al resultado final en cuanto a la evaluación de la calidad se refiere. Al respecto, la necesidad de analizar las causas por las que los trabajadores de nuestros centros no se encuentran motivados determina la necesidad de medir, sobre todo, su grado de satisfacción. Los trabajadores han pasado a ser un objetivo de las políticas empresariales tendentes a propiciar la satisfacción profesional de los mismos. Las políticas de las organizaciones destinadas a satisfacer las demandas de sus clientes se han duplicado con acciones destinadas a colmar las necesidades de los propios trabajadores.



Así pues, el eslabón de unión entre la calidad de vida en el trabajo y el control de calidad se apoya en la siguiente premisa: cada uno de los enfoques refuerza positivamente al otro. Si en los centros sanitarios no se reconoce la secuencia: satisfacción en el trabajo > motivación > mejora de la calidad > aumento de la satisfacción en el trabajo > aumento de la motivación, el control de la calidad, como refiere la Dra. Joan Kahn, se transformará, una vez más, en una organización destinada a no mejorar y ser más ineficientes e ineficaces. Por tanto, para que triunfe un control de calidad, es necesario prestar la misma atención a la motivación que a la metodología.

Sobre esta cuestión es interesante las reflexiones de Robles García *et al.* (2015) cuando realizan un estudio transversal sobre la satisfacción laboral a partir del modelo EFQM y obtienen una valoración media de la satisfacción global de 5.95, situándose el percentil 75 de la distribución en 7 puntos. Al analizar este aspecto por grupos profesionales, la mejor valoración la realizaron los médicos y el personal administrativo, aumentando casi un punto la media global. Por el contrario, el personal de enfermería y los celadores son los colectivos que peor puntúan su satisfacción general en relación con su trabajo. Con relación a la valoración de la asistencia que se da a los usuarios, el 74.8% la valoraron como satisfactoria o muy satisfactoria. De nuevo, en esta valoración se observan diferencias significativas al estratificar por grupo profesional oscilando la proporción de encuestados que consideran la calidad del servicio como satisfactoria o muy satisfactoria entre el 93.6% de los médicos y el 56.7% de los celadores. Globalmente, los aspectos mejor considerados fueron: la relación jerárquica (el trato personal que mantiene el superior directo se consideró adecuado o muy adecuado por parte del 83.2% de los encuestados), la promoción y el desarrollo profesional (el 76.5% consideró el trabajo realizado como satisfactorio o muy satisfactorio), el clima laboral (el 74.5% consideró la relación entre compañeros y el clima de trabajo como satisfactoria o muy satisfactoria) y las condiciones de trabajo (el 73.7% valoró su horario laboral como adecuado o muy adecuado). En cuanto a los aspectos peor valorados, éstos fueron los siguientes: la retribución (el 9.1% consideró su salario igual o superior al de categorías profesionales equiparables, el 16.8% valoró su retribución en relación con el trabajo realizado como muy adecuada o adecuada y el 17.4% consideró su retribución en relación con la del resto de categorías adecuada o muy adecuada), el conocimiento y la identificación con los

objetivos (el 20.5% de los profesionales consideran su nivel de conocimiento de los objetivos como alto o muy alto), la formación (el 25.1% considera como satisfactoria y muy satisfactoria la respuesta a las peticiones de formación de los trabajadores, y el 27.8% valora como adecuada y muy adecuadas las posibilidades formativas que brinda el hospital), el reconocimiento (el 25.3% considera que en el hospital se valora a las personas en función de la calidad que ofrecen en el cumplimiento de sus responsabilidades siempre o en la mayoría de los casos) y la comunicación interna (el 28.2% considera que siempre o casi siempre recibe información sobre las decisiones que toma la dirección que le afectan directamente).

Influencia de las características laborales y sociodemográficas del encuestado en las puntuaciones de los constructos y sus dimensiones

Categoría profesional

En lo que a la categoría profesional se refiere, los resultados indican que existen diferencias significativas en dos de los cinco constructos analizados, que fueron la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario y el compromiso afectivo con la organización, siendo el grupo formado por auxiliares de enfermería los que manifiestan un mayor nivel de satisfacción personal, el grupo de médicos un mayor nivel de compromiso afectivo y el grupo de enfermeras/os el más crítico en ambos constructos. En lo que a las dimensiones se refiere, se observa que la enfermería es el grupo más crítico con la valoración de la formación y el de auxiliares de enfermería el que mayor puntúa. Sobre ello, Ruzafa Martínez *et al.* (2008), en su trabajo sobre la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses, observaron que las enfermeras que trabajan en hospitales ingleses tienen un nivel medio de satisfacción global. Las dimensiones asociadas a una satisfacción laboral más alta fueron las relaciones con los compañeros y las relaciones con los jefes; mientras que las dimensiones con una satisfacción laboral más baja fueron la satisfacción por el trabajo y la competencia profesional.

En cuanto a la valoración de la participación es mucho mayor en el grupo de médicos que en el de los otros dos grupos. En relación al nivel de tangibilidad del SMI es el grupo de médicos el que asigna mayor puntuación, coincidente con Santana

Cabrera *et al.* (2007), cuyo estudio destaca la alta satisfacción de los familiares en cuanto a esta dimensión, lo que contrasta con la opinión de los profesionales.

En el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones se aprecia una mejor valoración a medida que se sube de categoría. En el nivel de satisfacción con los servicios adicionales es el grupo formado por los auxiliares de enfermería los más satisfechos. Por último, los médicos son los que mayor puntúan el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones, siendo el grupo de enfermeras/os el más crítico. Carrillo *et al.* (2015) demuestran que, a pesar de la situación de crisis que se está viviendo, los profesionales pertenecientes a las profesiones relacionadas con el ámbito sanitario están mayoritariamente satisfechos con el ejercicio de su profesión. Con esto, la calidad asistencial, el trato dispensado y las buenas prácticas profesionales están respaldadas, tal y como manifiestan Saturno, Quintana y Varo (1997).

Contrato laboral

En relación al contrato laboral, es el grupo de trabajadores eventuales el que mejor puntúa en todos los constructos y el de interinos el más crítico al asignar en la mayoría de los constructos las puntuaciones más bajas. En lo que a la valoración de la participación se refiere es el grupo formado por los interinos los más críticos, a gran distancia de los otros dos grupos que muestran medias muy similares. Los eventuales son los que más valoran el reconocimiento, seguidos muy de lejos por los otros dos grupos.

También, encontramos en nuestros resultados que, en relación a la percepción de la sala de espera, se aprecia una peor valoración conforme disminuye la eventualidad del mismo. El grupo de eventuales es el que asigna mejor puntuación al nivel de tangibilidad del SMI, seguido del grupo formado por personal con plaza y del de interinos. La experiencia sensorial la puntúa mejor el grupo formado por los eventuales a gran distancia de los otros dos grupos. También, el grupo de los eventuales exhiben un mayor nivel de satisfacción con la información. En cuanto al nivel de satisfacción con la comunicación coincide que es el grupo de eventuales el más satisfecho, seguido del grupo formado por personal con plaza y del de interinos. Al igual que el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones es el grupo de eventuales el más satisfecho, seguido a cierta distancia del grupo formado por

personal con plaza y del de interinos. Por último, también los eventuales son los más satisfechos con el nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones.

Un resultado de este estudio que merece especial atención es la alta satisfacción del personal eventual respecto al personal con plaza e interino, puesto que lo que se esperaba eran resultados parecidos al estudio de Robaina Ramírez (2002), donde el personal más satisfecho correspondía al laboral, mientras que los grupos de funcionarios alcanzan unas diferencias negativas superiores al 20%, manifestando así las aspiraciones no satisfechas por la Administración, traducidos en la insatisfacción que experimentan sus empleados en la ejecución del trabajo. En esta misma línea, Loitegui (1999) también encontró que los trabajadores con contratos fijos estaban más insatisfechos que los temporales, eran más críticos, estaban significativamente por debajo de los niveles medios de satisfacción en condiciones ambientales, tipo de trabajo que realizan, libertad e iniciativa en el trabajo y posibilidades de formación, y solamente puntúan satisfactoriamente el salario. Por su parte, también con relación a la influencia del tipo de contrato, Gamero Burón (2007) identifica los factores explicativos de la satisfacción laboral de los asalariados en España, con especial atención a los diferenciales por tipo de contrato. Señala que los asalariados son indiferentes entre un contrato permanente en el sector privado y otro funcional y que los contratos temporales tienen efecto negativo sobre el bienestar de los trabajadores y, en particular, sobre los hombres. Además, mantener un contrato fijo discontinuo deteriora la satisfacción del colectivo masculino, pero no del femenino. Estas diferencias por género se explican por el mayor grado de involuntariedad al aceptar estas modalidades de contrato por parte de los hombres.

Antigüedad en la profesión

En lo que a la antigüedad en la profesión se refiere, se observa que el grupo de menor antigüedad es el que mejor puntúa la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario y la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario. En cuanto a las dimensiones, se observa una peor valoración en la percepción de la sala de espera conforme aumenta la antigüedad del encuestado. En relación a la experiencia sensorial fue el grupo formado por los de menor antigüedad en la profesión los que mejor la puntúan. El nivel de satisfacción con la información es

para el grupo formado por los de menor antigüedad los más satisfechos, seguido a gran distancia de los otros dos grupos. Al respecto, Santana Cabrera *et al.* (2007) y Carrillo García *et al.* (2015) coinciden en el alto porcentaje de familiares que opinan que la información ofrecida por los profesionales era adecuada, así como su comprensión. De forma específica, en el estudio de Santana Cabrera *et al.* (2007) se expone que el 100% de los familiares consideró que la información fue clara, donde el 54% de los profesionales opinaba de igual manera.

De la misma forma, es el grupo de los de menor antigüedad los que más valoran el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones. El nivel de satisfacción con los servicios adicionales lo puntúan más los trabajadores de mayor antigüedad. Por último, los más satisfechos con el personal responsable de toma de decisiones son el grupo formado por los de menor antigüedad.

Antigüedad en el SMI

En cuanto a la antigüedad en el SMI, se observa que en dos de los cinco constructos analizados, la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario y la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario, es el grupo formado por los de menor antigüedad en el SMI los que mejor puntúan ambos constructos. En cuanto a las dimensiones, se observa que en la percepción de la capacidad de respuesta el grupo formado por el personal de menor antigüedad en el SMI es el que mejor puntúa. En relación a la percepción de la sala de espera, es el grupo formado por los de mayor antigüedad los que peor la puntúan. El nivel de tangibilidad del SMI lo puntúa mejor el personal con menor antigüedad en el SMI, mientras que la mayor antigüedad en el servicio supone una peor valoración de la experiencia sensorial. Asimismo, es en la valoración de la comida donde los grupos de los extremos son más críticos que el central. Por otra parte, el nivel de satisfacción con la información es peor valorado por el grupo formado por los de mayor antigüedad, siendo el nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones mejor valorado por el grupo formado por los de menor antigüedad. Por último, cuanto más antiguo en el puesto de trabajo peor es la valoración del nivel de satisfacción con el personal responsable de toma de decisiones.

Género

En este estudio son las mujeres las que muestran un mayor nivel de satisfacción personal con su trabajo. En relación a las dimensiones, sólo existen diferencias en las percepciones entre los hombres y las mujeres en dos de ellas, una el nivel de satisfacción con la comunicación que es mayor para las mujeres y, por otro lado, del nivel de satisfacción con las infraestructuras e instalaciones que es, en este caso, mejor valorado por los hombres. Está recogido en la literatura que, en ocasiones, el personal sanitario masculino y el femenino abordan su trabajo e interaccionan con los pacientes de distinta forma, afirmando que las mujeres dedican más tiempo a los pacientes, aunque no son datos recogidos en el entorno del paciente crítico Adam *et al.*, (2005). En conjunto, estos resultados indican que, en determinadas circunstancias, ciertos aspectos de la atención prestada por los profesionales sanitarios pueden ser más sensibles a las necesidades de los pacientes que la atención dispensada por médicos varones. Estas diferencias podrían ser importantes para el desarrollo del personal sanitario, pero es preciso conocerlas mejor.

Edad

En cuanto a la edad, se aprecian diferencias significativas en tres de los cinco constructos analizados (la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso, la satisfacción personal con el trabajo y el compromiso afectivo con la organización), siendo el grupo de mayor edad el que ha puntuado más alto. En cuanto a las dimensiones, se aprecian diferencias significativas en las valoraciones de la formación, de la participación y de la comunicación, donde se aprecia una mejor valoración a medida que aumenta la edad del encuestado. Además, se observa que es el grupo de mayor edad el que mejor valora la percepción de la capacidad de respuesta, así como el nivel de tangibilidad del SMI, el nivel de satisfacción con la comunicación y el nivel de satisfacción con los servicios adicionales.

Estos hallazgos se encuentran también, por ejemplo, en el estudio de Robaina Ramírez (2002), en el cual se concluye que a medida que aumenta la edad los trabajadores están más motivados para implicarse en los empleos que desarrollan, valorando en mayor medida los factores internos de la relación laboral. De igual forma, los resultados encontrados por Lucas Marín (1981), donde se aprecia que la relación entre edad y satisfacción es positiva a partir de los 35 años, se alcanza el máximo de

satisfacción en el intervalo previo a la jubilación. Por el contrario, autores como Gamero Burón (2007) encuentran que la posibilidad de promocionar en la empresa sólo encuentra valoración positiva entre los jóvenes, ya que la oportunidad de progresar en la empresa resulta más relevante al inicio de la trayectoria profesional que cuando se ha alcanzado un nivel determinado. Esto puede explicarse por el aumento en el sueldo que llevaría aparejado el nuevo puesto, a la vez que la reafirmación personal que representa.

Con relación a los resultados obtenidos, una posible explicación es que los trabajadores más jóvenes muestran un nivel de satisfacción menor que el de sus compañeros más antiguos por estar al comienzo de su carrera profesional ocupando puestos menos agradables, hallazgos descritos ya por Quinn *et al.* (1974).

De todas formas, hay que decir que según autores clásicos, como Herzberg *et al.* (1959), los factores que causan satisfacción en el trabajo son los factores intrínsecos al puesto de trabajo o factores motivantes, tales como poder llevar a cabo iniciativas propias en el trabajo, asumir responsabilidades o poder participar en las decisiones. Por el contrario, los elementos que pueden provocar insatisfacción son los factores extrínsecos al puesto de trabajo o factores higiénicos, tales como el salario, compañeros, supervisión, identificación y posibilidad de compaginar el trabajo con otras actividades.

A partir de todo lo anterior, y como reflexión final de cierre a la presente tesis doctoral, del análisis y evaluación de los resultados obtenidos se puede afirmar que se ha logrado cumplir con los objetivos de la misma y, por tanto, destacar la necesidad e interés de un enfoque de gestión de recursos humanos orientado a la gestión de la calidad en los SMI, por su influencia en la satisfacción y el compromiso de su capital humano, factores clave para la excelencia organizativa y altamente demandados en los actuales modelos de gestión de la calidad.

Para finalizar con este apartado, es preciso señalar que, como todas las investigaciones, ésta no está exenta de limitaciones. Así, la principal limitación es que sus resultados se refieren a un tipo de servicio muy específico (SMI), con unas características muy peculiares, que hace inviable su extrapolación a otros servicios hospitalarios. Por otra parte, los resultados no pueden ser directamente contrastados con otros estudios similares, ya que no se dispone de ellos. Por último, su

extrapolación a otras poblaciones diferentes no será factible mientras los estudios no incluyan personal procedente de otros centros de trabajo de similares características. No obstante, estas observaciones justifican y abren nuevas líneas de investigación futuras que contribuirán asimismo a incrementar el conocimiento de la gestión de recursos humanos en contextos de calidad asistencial.



Conclusiones

1. La aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso sobre la calidad del servicio al paciente tiene efecto positivo y significativo en las tres categorías profesionales, siendo mayor a medida que se desciende en la jerarquía del personal sanitario.
2. Los efectos de la aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso y de la calidad del servicio sobre la satisfacción con la capacidad del servicio son menos valorados en el personal de enfermería. A este respecto se sugiere realizar estudios más específicos encaminados a dar respuesta a esta cuestión.
3. La satisfacción con la capacidad del servicio es bastante elevada lo que indica una competencia profesional muy alta en todas las categorías profesionales.
4. La satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario es positivo y significativo en los médicos y en las enfermeras/os, pero no en los auxiliares de enfermería. Probablemente se deba a la mayor competencia profesional de los médicos y de las enfermeras/os que los auxiliares de enfermería.
5. El efecto de la calidad del servicio sobre la satisfacción personal es positivo y significativo sólo para los auxiliares de enfermería, pero no para los médicos y las enfermeras/os.
6. La satisfacción con la capacidad del servicio y la satisfacción personal con el trabajo del personal sanitario influyen positiva y significativamente en su compromiso afectivo con la organización en la que trabajan sólo para los médicos.
7. Todo el personal sanitario manifiesta que la organización debe mejorar las acciones formativas, y que éstas fuesen obligatorias. Se sugiere que la organización aumente la oferta en programas de formación y facilite mecanismos para la asistencia del personal a los mismos.
8. El nivel de calidad del servicio prestado al paciente, percibida por el personal sanitario, no es del todo satisfactorio. Se aconseja mejorar la información a los familiares y que el personal disponga de las herramientas necesarias para poder implementar esta acción.

9. Se valora negativamente las condiciones de la sala de espera, considerando que es poco confortable, fría, pequeña y con sillas incómodas. Se debe reconsiderar la ubicación de la sala de espera, si bien, los espacios disponibles en el Complejo Hospitalario son escasos, se deberá realizar un estudio de viabilidad.
10. Baja puntuación otorgada al servicio de cocina, consideran que la comida es poco variada, no agradable y escasa. Se sugiere reuniones con el servicio de Dietética y Cocina para plantear los problemas y encontrar consensos y mejoras conjuntas.
11. Los encuestados, en general, manifiestan un nivel de satisfacción personal con su trabajo y un nivel de compromiso afectivo con su organización aceptables. Si bien son los auxiliares de enfermería los que manifiestan un mayor nivel de satisfacción personal, el grupo de médicos es el que muestra un mayor nivel de compromiso afectivo y el grupo de enfermeras/os el más crítico en ambos constructos. Nuevamente la enfermería es la categoría profesional con menor valoración, por lo que hay que analizar, en estudios futuros, las causas que provocan esta situación.
12. El personal eventual es el grupo que mejor valoración realiza en la mayoría de las dimensiones y constructos, siendo el grupo de los interinos los más críticos. Probablemente se deba a que los eventuales, al poseer un contrato más precario en relación a la estabilidad laboral, son los que valoran más esa condición y se refleja en la satisfacción global. En cambio los interinos, con un mayor tiempo en esta situación laboral, consideran injusto que para acceder a una plaza fija se deba esperar tantos años, lo cual queda reflejado en su descontento.
13. Los trabajadores con menos de 11 años en la profesión son los que mejor puntúan en los constructos: calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario y la satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario. En cambio el grupo de más antigüedad son los que peor valoración realizan en la mayoría de los constructos. La bisoñez en el tiempo trabajado hace que el trabajador esté más ilusionado, con mayores expectativas, y a medida que pasan los años, ese optimismo decaiga.

14. Las mujeres muestran un mayor nivel de satisfacción personal con su trabajo. En cambio los hombres obtienen un mayor nivel de satisfacción relacionado con las infraestructuras e instalaciones.

15. El grupo de edad mayor de 50 años es el que mejor valora los constructos referidos a la aplicación de prácticas de recursos humanos de alto compromiso, la satisfacción personal con el trabajo y el compromiso afectivo con la organización. La experiencia es una característica a tener en cuenta en la satisfacción global, probablemente porque las personas con mayor edad, han tenido menos recursos y valoran mucho las mejoras obtenidas a lo largo de los años.



Bibliografía

- Acevedo Barberá, A., Lorenzo Martínez, S. y Pinedo Moraleda, F. (2009). *Sistemas de gestión de la calidad, en SEAP (2009): Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España 2009*. Sociedad Española de Anatomía Patológica.
- Adam T. *et al.* (2005). Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the Integrated Management of Childhood Illness in Brazil. *Health Policy and Planning*; 20 (Suppl. 1): i49–i57.
- Agra Varela y *et al.* Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care) (2015). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional. *Revista de Calidad Asistencial*; 30 (2), 95-102.
- Alcázar Casanova, F. y Iglesias Alonso, F. (2009). Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. En: SESCAM (eds.) *Manual de calidad asistencial*. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 559-581.
- Amudha Kumar P. (2014). High performance work system and organisational success. *Research Journal's Journal of Human Resource*; 2(6), 1-14.
- Anderson, J.C. y Gerbing, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*; 103 (3), 411-423.
- Ang, S.H., Bartram, T., McNeil, N., Leggat, S.G. y Stanton, P. (2013). The effects of high-performance work systems on hospital employees' work attitudes and intention to leave: a multi-level and occupational group analysis. *The International Journal of Human Resource Management*; 24 (16), 3086-3114.
- Anosike, A.P. y Eid, R. (2011). Integrating internal customer orientation, internal service quality, and customer orientation in the banking sector: an empirical study. *The Service Industries Journal*; 31 (14), 2487-2505.
- Aranaz Andrés J.M. (2014). La seguridad en la práctica clínica, una dimensión de la calidad asistencial. En: Cabo Salvador, J. (eds.). *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*. Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1285-1309.

- Argybay, J.C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33
- Asenjo Sebastián, M.A. (2014). Características de los modelos sanitarios. En Cabo Salvador, J. (eds.). *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*. Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 127-131.
- Babaku, S.E. y Boller, G.W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*; 24, 253-268.
- Babakus, E. y Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*; 26 (6), 767-786.
- Barrasa Villar, J.L. (2008). La evaluación de la calidad asistencial. En Aranaz *et al.* (eds.) *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 133-140.
- Bassett Jones, N. (2005). The Paradox of Diversity Management, Creativity and Innovation. *Diversity Management, Creativity and Innovation*, 14, 169-175.
- Bayo Moriones, A. y Merino Díaz de Cerio, J. (2001). Quality management and high performance work practices: Do they coexist? *International Journal of Production Economics*; 73, 251-259.
- Benson, G.S., Young, S.M. y Lawler III, E.E. (2006). High-involvement work practices and analysts forecasts of corporate earnings. *Human Resource Management*; 45 (4), 519-537.
- Bice, T.W. y White, K.L. (1971). Cross-national comparative research on the utilization of medical services, *Medical Care*; 9 (3), 253-271.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P. y Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med*; 27,160-165.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses, *Journal of Marketing*; 54 (2), 69-82.
- Bohigas Santasusagna, L.I. (2003). Semejanzas y diferencias entre las estrategias de mejora de la calidad en la industria y en la sanidad. En: Aranaz Andrés J.M,

- Vitaller y Burillo J. (eds.) *Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria*. Valencia: Conselleria de Sanidad Subsecretaria per a l'Agència Valenciana de la Salut; 35-48.
- Boon, O.K., Arumugam, Safa M.S. y Bakar, N.A. (2007). HRM and TQM: association with job involvement. *Personnel Review*; 36 (6), 939-962.
- Bouranta, N., Chitiris, L. y Paravantis, J. (2009). The relationship between internal and external service quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*; 21 (3), 275-293.
- Brown, T.M., Churchill, G.A. Jr. y Peter, J.P. (1993). Research note: improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*; 69 (1), 127-139.
- Budihardjo, A. (2013). The relationship between job satisfaction, affective commitment, organizational learning and corporate performance. *Journal of Business Review (GBR)*; 2 (4), 58-64
- Buhler, K.E. y Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hosp Top*; 81,5-12.9.
- Bustanza, O., Pérez Arostegui, M. y Ruiz Moreno, A. (2013). Influencia de una cultura organizativa orientada hacia la calidad en los beneficios de la implantación de un sistema de gestión de recursos ERP. *Intangible Capital*; 9 (1), 126-52.
- Cabré, L. (2005). *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. 1ª edición; Madrid.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*; 13 (3), 236-49
- Carrillo García, C., Martínez Roche, M., Gómez García, C.I. y Meseguer de Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*; 31 (2), 645-650.
- Casado Moragón, A., Muñoz Durán, G., Ortega González, N. y Castellanos Asenjo, A. Burnout in professionals belonging to palliative, intensive care and emergency services in a general hospital. *Medicina Clínica*; 124 (14), 42-43.

- Chahal, H. y Kumari, N. (2010). Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. *Journal of Indian Business Research*; 2 (4), 230-255.
- Chandler, G.N. y McEvoy, G.M. (2000). Human resource management, TQM, and firm performance in small and medium-size enterprises. *Entrepreneurship: Theory & Practice*; 25 (1), 43-57.
- Chaudhry, B., Wang, J. y Wu, S. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care. *Ann Intern Med*; 144,12-22.
- Conduit, J. y Mavondo, F.T. (2001). How critical is internal customer orientation to market orientation? *Journal of Business Research*; 51, 11-24.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrical*; 16, 297-334.
- Cronin, J.J. y Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*; 56 (July), 55-68.
- Crosby, P.B. (1988). *La organización permanece exitosa*. México: McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V.
- Cuatrecasas, L.I. (2010). *Gestión integral de la calidad. Implantación, control y certificación*. Barcelona: Profit Editorial.
- Cubillos Rodríguez, M.C. y Roza Rodríguez, D. (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad de La Salle*; 48, 80-99.
- Delpierre, C., Cuzin, L. y Fillaux, J. (2004). A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broker approach. *International Journal for Quality Health Care*; 16, 407-16.
- Deming, W.E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos.

- Dermibag, M., Koh, S.C.T., Tatoglu, E. y Zaim, S. (2006). TQM and market orientation's impact on SME's performance. *Industrial Management and Data Systems*; 106 (8), 1206-1228.
- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*; 16, S11-S27.
- Dorenbosch, L., Van Engen, M., y Verhagen, M. (2005). Onthe-job Innovation: The Impact of Job Design and Human Resource Management through Production Ownership. *Creativity and Innovation Management*, 14, 129-141.
- Duque Oliva, E.J. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNVOVAR. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*; 15 (25), 64-80.
- EFQM. *Modelo EFQM de Excelencia 2013*. EFQM Publications; 2012.
- EFQM. *Model 2010. Determining Excellence*. Bruselas: EFQM; 2010.
- Eiglier, P. y Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de servicios*. Madrid: S.A. McGraw-Hill.
- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*; 21 (7), 692-705.
- Fening, F.A., Pesakovic, G. y Amaria, P. (2008). Relationship between quality management practices and the performance of small and medium size enterprises. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 25 (7), 694-708.
- Fortuny i Organs B. (2009). *La gestión de la excelencia en los centros sanitarios*. Madrid: PFIZER.
- Fotopoulos, C. y Psomas, E. (2009). The impact of "soft" and "hard" TQM elements on quality management results. *International Journal of Quality & Reliability Management*; 26 (2), 150-163.
- Gadd, C. y Penrod, L. (2001). Dichotomy between physician and patient attitudes regarding EMR use during outpatient encounters. *Proc AMIA Symp*; 275-279.

- Gamero Burón, C. (2007). Satisfacción laboral y tipo de contrato en España. *Revista Investigaciones Económicas*; XXXI (3), 415-444.
- Garg, A.X. (2005). Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. *JAMA*; 293, 1223-38.
- Garvin, D.A. (1988). *Managing quality: the strategy and competitive edge*. New York: Free Press.
- González Cocinas, E. y Pérez Torres, F. (2007). La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. *Rev Esp Cardiología Supl*; 7(C), 37-46.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Guerrero, S. y Barraud Didier, V. (2004). High-involvement practices and performance of French firms. *The International Journal of Human Resource Management*, 15 (8), 1408-1423.
- Guest, D., Conway, N. y Dewe, P. (2004). Using sequential tree analysis to search for “bundles” of HR Practices. *Human Resource Management Journal*; 14 (1), 79-96.
- Guthrie, J.P. (2001). High Involvement Work Practices, Turnover and Productivity: Evidence from New Zealand. *Academy of Management Journal*; 44,180-190.
- Guthrie, J.P., Flood, P.C., Liu, W. y Mac Curtain, S. (2009). High performance work systems in Ireland: human resource and organizational outcomes. *The International Journal of Human Resource Management*; 20 (1), 112-125.
- Gutiérrez Broncano, S. y Rubio Andrés, M. (2009). El factor humano en los sistemas de gestión de calidad del servicio: un cambio de cultura en las empresas turísticas. *Cuadernos de Turismo*; 23,129-147.
- Gutiérrez Broncano, S., Rubio Andrés, M. y Montoya Monsalve, J.N. (2001). La organización flexible y su influencia en la implantación de prácticas de alto rendimiento: un estudio empírico. *Cuadernos de Estudios Empresariales*; 21, 67-95.

- Hayes, B.E. (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 S.A.
- He, P., Murrmann, S.K. y Perdue, R.R. (2010). An Investigation of the Relationships among Employee Empowerment, Employee Perceived Service Quality, and Employee Job Satisfaction in a U.S. Hospitality Organization. *Journal of Foodservice Business Research*; 13 (1), 36-50.
- Hallowell, R., Schlesinger, LA. y Zornitsky, J. (1996). Internal service quality, customer and job satisfaction: Linkages and implications for management. *Human Resource Planning*; 19 (2), 20-31.
- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & sons.
- Heskett, J.L., Jones, T.O., Loveman, G.W., Sasser, Jr. W.E. y Schlesinger, L. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*; 72 (2), 164-174.
- Ichniowski, C. y Shaw, K. (1999). The Effects of Human Resource Management on Economic Performance: An International Comparison of US and Japanese Plants. *Management Science*; 45 (5), 704-723.
- Ignacio García, E. (2007). *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.
- Izvercian, M., Radu, A., Ivascu, L. y Ardelean, B.O. (2014). The Impact of Human Resources and Total Quality Management on the Enterprise. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*; 12 (4), 27-33.
- Jiménez Jiménez, D. y Martínez Costa, M. (2009). The performance effect of HRM and TQM: a study in Spanish organizations. *International Journal of Operations&Production Management*; 29 (12), 1266-1289.
- Juran, J.M. (1990). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Kahn, J. (1986). *Gestión de calidad en los centros sanitarios*, S.G. Editores, Barcelona.

- Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of Operations Management*, 21(4), 405-435.
- Keeble Ramsay, D. y Armitage, A. (2010). Total Quality Management meets human resource management. *The TQM Journal*; 22 (1), 5.25.
- Kufidu, S. y Vouzas, F. (1998). Human resource aspects of quality management: evidence from MNEs operating in Greece. *The International Journal of Human Resource Management*; 9 (5), 818-830.
- Lam, S.S.K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8 (4), 145-152.
- Laosirihongthong, T., Teh, P.L. y Adebajo, D. (2013). Revisiting quality management and performance. *Industrial Management & Data Systems*; 113 (7), 990-1006.
- Lee, S.M., Lee, D. y Kang, C.Y. (2012). The impact of high performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *The Service Industries Journal*; 32 (1), 17-36.
- Leggat, S.G., Bartram, T. y Stanton, P. (2011). High performance work systems: the gap between policy and practice in health care reform. *Journal of Health Organization and Management*; 25 (3), 281-297.
- Loitegui Aldaz, J. (1990). *Determinantes de la satisfacción laboral en empleados de la Administración foral de Navarra*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense.
- Lucas Imbernón J., García Fernández C. y Alarcón Gascuña P. (2009). El modelo de calidad de la Joint Commission International. Normas ISO. En *SESCAM: Manual de calidad asistencial*, 559-581. SESCAM Servicio de Salud de Castilla - La Mancha; http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/23.pdf. (último acceso 18 de octubre de 2015).
- Lucas Marín, L. (1981). Una aproximación sociológica al estudio de la satisfacción en el trabajo en la provincia de Santander. *REIS*; 13, 99-100.
- Macky, K. y Boxall, P. (2007). The relationship between 'high-performance work practices' and employee attitudes: an investigation of additive and interaction

- effects. *The International Journal of Human Resource Management*, 18 (4), 537-567.
- Mahillo Durán, R. (2011). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el área clínica de podología de la Universidad de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Marchington, M. y Grugulis, I. (2000). Best practice human resource management: perfect opportunity or dangerous illusion? *The International Journal of Human Resource Management*, 11 (6), 1104-1124.
- Maslach C., Jackson S.E. y Leiter M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mathieu, J.E. y Taylor, S.R. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27 (8), 1031-1056.
- McClellan, E. y Collins, C.J. (2011). High-commitment HR Practices, employee effort, and firm performance: investigating the effects of HR practices across employee groups within professional services firms. *Human Resource Management*, 50 (3), 341-363.
- Melián Alzola, L. y Padrón Robaina, V. (2013). Dirección de la Calidad. España. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Profesorado y Planificación Académica.
- Melián González, S. y Verano Tacoronte, D. (2008). Estilos de dirección de RRHH dentro de las empresas: una cuestión de intensidad en la DRRHH. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*; 36 (septiembre), 151-192.
- Meltzer, L.S. Y Huckbay, L.M (2004). Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*; 13, 2002-2008.
- Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez Marín, J., Buil, J.A., Castell, M. y Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*; 4, 12-18.
- Mira Solves, J.J., Aranaz Andrés, J.M. y Álvarez Ortiz, N.J. (2008). La calidad asistencial. Componentes. Evolución del concepto de calidad asistencial. En

- Aranaz JM *et al.* (eds.) *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes.* Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 127-131.
- Miranda, F., Chamorro, A. y Rubio, S. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad.* Madrid: Delta Publicaciones.
- Moriones, A., Merino, J., y Cerio, D. (2002). Las prácticas de recursos humanos de alto compromiso: un estudio de los factores que inciden en su adopción en la industria española. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*; 12, 227-246.
- Nair, A. (2006). Meta-analysis of the relationship between quality management theory development. *Journal of Operations Management*, 24, 948-975.
- Nava Carbellido, V. (2015). *Qué es la calidad: concepto, gurús y modelos Fundamentales.* México: Editorial Limusa.
- Navarro Arnedo, J.M. (2012). Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de España. *Enfermería global*; 26, 267-289.
- Novaes, M.A., Knobel, E., Bork, A.M., Pavao, O.F., Nogueir Martins, L.A. y Ferraz, M. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med*; 25, 1421-6.
- Newman, K., Maylor, U. y Chansarkar, B. (2002). The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*; 16 (4/5), 271-291.
- Padma, P., Rajendran, C. y Lokachari, P.S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *Benchmarking: An International Journal*; 17 (6), 807-841.
- Palo, S. y Padhi, N. (2005). How HR professionals drive TQM: a case study in an Indian organization, *The TQM Magazine*; 17 (5), 467-485.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V.A. y Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*; 49, 41-50.

- Parasuraman, A., Zeithmal, V.A. y Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*; 64 (1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V.A. y Berry, L.L. (1994). Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*; 70 (3), 201-230.
- Paauwe, J. y Boselie, P. (2005). HRM and performance: What next? *Human Resource Management Journal*; 15 (4), 68-83.
- Perello Marin, MR. y Ribes Giner, G. (2012). Identifying a guiding list of high involvement practices in human resource management. *Working Papers on Operations Management*; 5 (1), 31-47.
- Pérez Cárdenas, M.D., Rodríguez Gómez, M., Fernández Herranz, A.I., Catalán González, M. y Montejo González, J.C. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*; 28, 237-49.
- Prajogo, D.I. y Cooper, B.K. (2010). The effect of people-related TQM practices on job satisfaction: a hierarchical model. *Production Planning & Control*; 21, 1, 26-35.
- Pramuka, B.A. y Adawiyah, W.R. (2012). The human related dimensions of TQM practice in service settings. *American International Journal of Contemporary Research*; 2 (1), 124-131.
- Psychogios, G.A., Wilkinson, A. y Szamosi, L. (2009). Getting to the Heart of the Debate: 'Hard' Versus 'Soft' Side Effects of TQM on Middle Manager Autonomy. *TQM & Business Excellence*; 20 (4), 445-466.
- Purcărea, V.L., Gheorghe, L.R. y Petrescu, C.M. (2013). The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance*; 6, 573-585.
- Quinn, R.P., Staines, G.L. y McCullough, M.R. (1974). Job satisfaction: is there a Trend? Washington: U.S. department of labor.
- Raggio, B. y Malacarne, P. (2007). *Burnout in intensive care unit*. *Minerva Anestesiol.* 73, 195-200.

- Rahman, S. y Bullock, P. (2002). Relationships between soft TQM, hard TQM, and organisational performance. *Workingpaper* ITS-WP-02-10.
- Repullo Labrador, J.R. (2014). Sistemas sanitarios y reformas: dimensiones, escenarios y patrones. En Cabo Salvador, J. (Coord.): *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*. Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 49-72.
- Robaina Ramírez, R. (2002). Condicionantes sociolaborales de los empleados públicos: motivación y satisfacción laboral en la Administración regional de Extremadura. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Robles García, M., Dierssen Sotos, T., Martínez Ochoa, E., Herrera Carral, P., Díaz Mendi, R. y Llorca Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*; 19 (2), 127-134.
- Rodríguez Pérez, P. (2001). Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. *Arbor CLXX*; 670, 371-381.
- Ruiz Moruno, A., Cantalapiedra Santiago, J., Sanz García, F y Fernández Martín, J. (2009). El usuario en el centro de la organización. El cliente interno. Manual de Calidad Asistencial SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Ruzafa Martínez, M., Madrigal Torres, M., Velandrino Nicolás A. y López Iborra, K. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gaceta Sanitaria*; 22 (5), 434-442.
- Sánchez, R. y Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Rev. Salud Pública*; 6, 302-18.
- Sangüesa Sánchez M., Mateo Dueñas R. y Ilzarbe Izquierdo L. (2006). *Teoría y práctica de la calidad*. Madrid: S.A. Ediciones Paraninfo.
- Santana Cabrera, L., Sánchez Palacios, M., Hernández Medina, M., García Martul, P., Eugenio Robaina, P. y Villanueva Ortiz A. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*; 31 (6), 273-80.

- Santos Vijande, M.L. y Álvarez González, L.I. (2009). TQM's contribution to marketing implementation and firm's competitiveness. *Total Quality Management & Business Excellence*; 20 (2), 171-196.
- Saturno, P.J., Quintana, O. y Varo, J. (1997). ¿Qué es la calidad? Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont Pharma.
- Scotti, D.J., Harmon, J., Behson, S.J. y Messina, D.J. (2007). Links among high-performance work environment service quality and customer satisfaction: an extension to the healthcare sector. *Journal of Healthcare Management*, 52 (2), 109-125.
- Shahin, A. y Dabestan, R. (2011). A feasibility study of the implementation of total quality management based on soft factor. *Journal of Industrial Engineering and Management*; 4 (2), 258-280.
- Sila, I. (2007). Examining the effects of contextual factors on TQM and performance through the lens of organizational theories: an empirical study. *Journal of Operations Management*; 25, 83-109.
- Stechmiller, J.K. y Yarandi, H.N. (1993). Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung*; 22 (6), 534-541.
- Sureshchandar, G.S., Rajendran, C. y Anantharaman, R.N. (2002). The relationships between management's perception of total quality service and customer perceptions of service quality. *Total Quality Management*; 13 (1), 69-88.
- Tarí, J.J., Molina, J.F. y Castejón, J.L. (2007). The relationship between quality management practices and their effects on quality outcomes. *European Journal of Operational Research*; 183 (2), 483-501.
- Tesluk, P.E., Farr, J.L., Mathieu, J.E., y Vance, R.J. (1995). Generalization of employee involvement training to the job setting: individual and situational effects. *Personnel Psychology*; 48, 607-632.
- Vermeeren, B., Steijn, B., Tummers, L., Lankhaar, M., Poerstamper, R.J. y Van Beek, S. (2014). HRM and its effect on employee, organizational and financial outcomes in health care organizations. *Human Resources for Health*; 12 (35), 1-9.

- Vitaller Burillo, J. y Aranaz Andrés, J.M. (2008). Acreditación sanitaria. En: Aranaz *et al.* (eds.). *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Fundación Mapfre. Madrid: EdicionesDíaz de Santos; 147-153.
- Vouzaz, F. (2004). HR Utilization and quality improvement: the reality and the rhetoric the case of Greek industry. *The TQM Magazine*; 16 (2),125-135.
- Way, S.A. (2002). High Performance Work Systems and Intermediate Indicators of Firm Performance within the US Small Business Sector. *Journal of Management*; 28 (6), 765-785.
- Weisman, C.S., Alexander, C.S. Y Chase, G.A. (1980). Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study. *Health Serv. Res*; 15 (4), 341-364.
- Whitener, E.M. (2001). Do high commitment human resource practices affect employee commitment? *Journal of Management*, 27, 515-535.
- Wickramasinghe, V. (2012). Influence of total quality management on human resource management practices. *International Journal of Quality & Reliability Management*; 29 (8), 836-850.
- Wilkinson, A. (1992). The other side of quality: 'soft' issues and the human resource dimension. *Total Quality Management*; 3, 323-330.
- Wood, S., Croon, M. y de Menezes, L.M. (2012). Enriched job design, high involvement management and organizational performance: The mediating roles of job satisfaction and well-being. *Human Relations*; 65 (4), 419-446.
- Yunis, M., Jung, J. y Chen, S. (2013). TQM, strategy, and performance: a firm-level analysis. *International Journal of Quality & Reliability Management*; 30 (6), 690-714.
- Zacharatos, A., Barling, J. y Iverson, R.D. (2005). High-performance work systems and occupational systems. *Journal of Applied Psychology*; 90 (1), 77-93.
- Zatzick, C.D. y Iverson, R.D. (2006). High-involvement management and workforce reduction: Competitive advantage or disadvantage? *Academy of management Journal*; 49 (5), 999-1015.

Zhang, M., Zhu, C.J., Dowling, P.J. y Bartram, T. (2013). Exploring the effects of high-performance work systems (HPWS) on the work-related well-being of Chinese hospital employees. *The International Journal of Human Resource Management*; 24 (16), 3196-3212.

Zhang, B. y Morris, L. (2014). High-performance work systems and organizational performance: testing the mediation role of employee outcomes using evidence from PR China. *The International Journal of Human Resource Management*; 25 (1), 68-90.

DOCUMENTOS LEGALES Y OFICIALES

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

<http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

<http://www.gobcan.es/boc/1994/096/boc-1994-096-001.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios público

<http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13011-consolidado.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)



Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

<http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

(último acceso 18 de octubre de 2015)

PÁGINAS WEB:

www.msssi.gob.es ((último acceso 18 de octubre de 2015)

www.aeval.es (último acceso 18 de octubre de 2015)

www.calidadasistencial.es (último acceso 18 de octubre de 2015)



Acrónimos

- ACS:** *American College of Surgeons.* El Colegio Americano de Cirujanos fundado en 1913 y con sede en Chicago, Illinois, se dedica al establecimiento de normas y estándares para la práctica quirúrgica y la educación especializada; está consolidado como una de las sociedades médicas más antiguas en los EE.UU..
- AFC:** *Análisis factoriales confirmatorios.* Se usa para tratar de descubrir la estructura interna de un número relativamente grande de variables. La hipótesis *a priori* del investigador es que pueden existir una serie de factores asociados a grupos de variables. Las *cargas* de los distintos factores se utilizan para intuir la relación de éstos con las distintas variables. Es el tipo de análisis factorial más común.
- ANOVA:** *Analysis of Variance.* Es una colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados, en el cual la varianza está particionada en ciertos componentes debidos a diferentes variables explicativas.
- CHUIMI:** *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.* Se encuentra entre los grandes hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud como hospital de tercer nivel, dotado de una cartera de servicios de alta complejidad y equipamiento de última generación en las áreas de diagnóstico y tratamiento. Consta de dos edificios principales para la atención sanitaria: el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, además de los Centros de Atención Especializada y las Unidades de Salud Mental.
- CQI:** *Chartered Quality Institute.* El Instituto Colegiado de Calidad es la organización profesional líder para el avance de las prácticas de calidad en el Reino Unido.

- EFQM:** *European Foundation for Quality Model.* Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total. Es una fundación sin ánimo de lucro y con sede en Bruselas que cuenta con más de 500 socios repartidos en más de 55 países. Esta fundación define el modelo de Calidad y Excelencia como vía para la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua en entornos empresariales tanto privados como públicos. El modelo EFQM que surge en la década de los 80 es un referente en el ámbito de la Unión Europea, y el Premio Europeo a la Calidad se ha convertido en una referencia para muchas empresas públicas de los diferentes países miembros de la Unión.
- GCT:** *Gestión de la Calidad Total.* Es una filosofía de gestión que busca el logro de la satisfacción y el valor del cliente en todos los procesos, productos y servicios que desarrolla y ofrece la organización.
- FAD:** *Fundación Avedis Donabedian.* Se gestó en 1989 y es el órgano gestor del Instituto Universitario. Su misión es colaborar con los profesionales, centros, Administraciones Públicas, organizaciones de ciudadanos y profesionales y otras instituciones públicas y privadas con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sociales que reciben los ciudadanos
- HCE:** *Historia Clínica Electrónica.* La historia clínica electrónica, también denominada historia clínica informatizada, es el registro mecanizado de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos de forma directa o indirecta y constantemente puestos al día.
- HCSQ:** *Escala multidimensional para medir la calidad del servicio de atención médica.* La escala HCSQ quedó conformada por tres dimensiones: calidad del entorno, calidad de la interacción y calidad del resultado, a su vez integradas por sub-dimensiones.

- ISI:** *Institute for Scientific Information.* Es un servicio en línea de información científica, suministrado por Institute for Scientific Information, grupo integrado en Thomson Reuters. Facilita el acceso a un conjunto de bases de datos bibliográficas y otros recursos que abarcan todos los campos del conocimiento académico.
- ISO:** *International Organization for Standardization.* Es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.
- JCAH/JCAHO:** *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.* La *Joint Commission* es a día de hoy la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo. Lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial. La información y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios. JCAHO, más comúnmente conocida como la Comisión Conjunta, es una organización independiente, no lucrativa que fija estándares para organizaciones de cuidado de la salud y que las acredita en los Estados Unidos.
- JCI:** *Joint Commission International.* Tiene la misión de mejorar continuamente la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional, por medio de la prestación de servicios educativos, de publicación y de asesoría, además de los servicios de evaluación.

- MEDLINE:** Es la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. En realidad es una versión automatizada de tres índices impresos: Index Medicus, Index to Dental Literature e International Nursing Index, recoge referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 5.500 revistas médicas desde 1966.
- MSSSI:** *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*
- NHS:** *Servicio Nacional de Salud.* Es la entidad de prestaciones sanitarias públicas del Reino Unido. Creado el 5 de julio de 1948, el NHS se basa en la premisa de que la atención médica nace de la necesidad de ésta y no de la capacidad de pago de cada individuo, por lo que su financiación proviene del pago de impuestos y el presupuesto nacional.
- OMS:** *Organización Mundial de la Salud.* Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra en 1948.
- ONU:** *Organización de Naciones Unidas.* Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos. Fundada el 24 de octubre de 1945 en la ciudad estadounidense de San Francisco.
- PaSQ:** *Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial.* Es un proyecto cofinanciado por la Comisión Europea dentro del Programa de Salud Pública, cuyo objetivo general es contribuir a la seguridad del paciente y a una buena calidad asistencial.

- PATH:** Es un método multivariante que permite verificar el ajuste de modelos causales así como identificar la contribución directa e indirecta que realizan un conjunto de variables independientes para explicar la variabilidad de las variables dependientes.
- PCS:** *Prácticas clínicas seguras.* Son aquellas sobre las que hay evidencia firme, prometedora o intuitiva de que disminuyen el riesgo de aparición de eventos adversos.
- PDCA:** *Plan, do, check, action.* El ciclo de Deming (Edwards Deming), también conocido como círculo PDCA (del inglés *plan-do-check-act*, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar), es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. Es muy utilizado por los sistemas de gestión de la calidad y los sistemas de gestión de la seguridad de la información.
- PFC:** *Patient focused care.* Atención centrada en el paciente que apoya la participación activa de los pacientes y sus familias en el diseño de nuevos modelos de atención y en la toma de decisiones sobre las opciones individuales para el tratamiento.
- PICIS:** Programa informático de los servicios de medicina intensiva.
- PO:** *Prácticas Organizacionales.* Se definen como el despliegue constante de actividades destinadas a que la organización logre sus objetivos. Esto significa que las organizaciones ponen en marcha diferentes acciones para mejorar su eficiencia y efectividad, las cuales pueden tener impacto en los trabajadores reflejándose en su salud psicosocial.
- PUBMED:** Es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. MEDLINE tiene alrededor de 4800 revistas publicadas en Estados Unidos y en más de 70 países de todo el mundo desde 1966 hasta la actualidad.

- RECAS:** *Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria.* Es una base de datos que acoge sistemáticamente los centros y servicios sanitarios que han conseguido alguna certificación o acreditación. Su principal finalidad es difundir ante la sociedad el trabajo que nuestras organizaciones realizan para mejorar el sistema sanitario español.
- REDER:** *El esquema lógico REDER.* Establece lo que una organización necesita realizar sistemáticamente en su proceso de mejora continua. La matriz REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación, Revisión) es una variante del PDCA. La diferencia más importante es que el modelo REDER sugiere que antes de planificar lo que vamos a hacer, lo que se denomina adoptar un “enfoque”, es necesario determinar los resultados que se quieren mejorar, los objetivos. Esto refuerza la importancia de la relación causa-efecto entre proceso (lo que hacemos) y resultados (lo que conseguimos).
- RR.HH.:** *Recursos Humanos.*
- SATISCAP:** *Satisfacción con la capacidad del servicio del personal sanitario.*
- SATISPER:** *Satisfacción personal con el trabajo.*
- SEM:** *Modelos de ecuaciones estructurales.* Es una técnica estadística multivariante para probar y estimar relaciones causales a partir de datos estadísticos y asunciones cualitativas sobre la causalidad.
- SCOPUS:** Es la mayor base de resúmenes y referencias bibliográficas de literatura científica revisada por pares, con más de 18.000 títulos de 5.000 editoriales internacionales. Scopus permite una visión multidisciplinaria de la ciencia e integra todas las fuentes relevantes para la investigación básica, aplicada e innovación tecnológica a través de patentes, fuentes de Internet de contenido científico, revistas científicas de acceso abierto, memorias de congresos y conferencias.

- SCS:** *Servicio Canario de la Salud.* Es un organismo autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad del Gobierno de Canarias, creado por la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y cuya organización y funcionamiento vienen regulados en el Decreto 32/1995. Forma parte del Sistema Nacional de Salud español y se encarga, en Canarias, de la provisión pública del servicio sanitario, tanto asistencial como preventivo y rehabilitador.
- SECA:** *Sociedad Española de Calidad Asistencial.* Es una sociedad científica de carácter multidisciplinar cuya misión es fomentar e impulsar la mejora continua de la Calidad Asistencial en el ámbito sanitario. La SECA nació en el año 1984, de la mano de un grupo de profesionales pioneros en esta disciplina. Desde entonces, ha organizado un congreso anual de calidad asistencial, que se fue convirtiendo en una referencia nacional e internacional en los países hispanos hablantes.
- SERVQHOS:** Es un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria.
- SERVQUAL:** Es un cuestionario con preguntas estandarizadas para la Medición de la Calidad del Servicio.
- SMI:** *Servicio de Medicina Intensiva.* Es aquel servicio que se dedica al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, y requieren supervisión y monitorización intensiva.
- SMIA:** *Servicio de Medicina Intensiva de Adultos.*
- SMIP:** *Servicio de Medicina Intensiva Pediátrico.*
- SMIN:** *Servicio de Medicina Intensiva Neonatológico.*

- SNS:** *Sistema Nacional de Salud.* Es el conjunto de las prestaciones y servicios sanitarios de España que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. En España, conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución, la competencia en materia sanitaria está coordinada conjuntamente por el Estado Central, a través del Ministerio de Sanidad, y los servicios de salud de cada una de las comunidades autónomas.
- TQM:** *Total Quality Management.* La Gestión de la Calidad Total es una estrategia de gestión desarrollada en las décadas de 1950 y 1960 por las industrias japonesas, a partir de las prácticas promovidas por el experto en materia de control de calidad W. Edwards Deming, impulsor en Japón de los círculos de calidad, también conocidos, en ese país, como círculos de Deming. La TQM está orientada a crear conciencia de calidad en todos los procesos de organización y ha sido ampliamente utilizada en todos los sectores, desde la manufactura a la educación, el gobierno y las industrias de servicios. Se le denomina total porque concierne a la organización de la empresa globalmente considerada y a las personas que trabajan en ella.
- VPSM:** *Monitor de Satisfacción del Paciente Victoriana.* Diseñado para reunir información periódica de pacientes adultos en los hospitales de Victoria.
- ULPGC:** *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.* Creada el 26 de abril de 1989 a partir de la Universidad Politécnica de Canarias y de varios centros hasta ese momento adscritos a la Universidad de La Laguna. La Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, cuenta, en el curso 2013/2014, con casi 26.000 alumnos. Se trata de una universidad moderna, con estudios innovadores dentro del panorama educativo superior español y una oferta creciente de titulaciones en línea en su campus virtual.





Anexos

ANEXO 1. CUESTIONARIO 1: Cuestionario para el personal médico del SMI.



CUESTIONARIO 1 Encuesta MÉDICOS



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado compañero/a:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de nuestros pacientes y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 1

UCI (00): 1 Insular 2 Neonatos 3 Pedátrica

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su comunicación con los pacientes ingresados en el SMI o, en su caso, con los familiares de los mismos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Me presento a la familia/paciente cuando me comunico por primera vez con ellos, explicando cuál es mi responsabilidad con el paciente	1	2	3	4	5	6	7	(2)
Me muestro amable y respetuoso con la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(3)
Me muestro dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que me quiera plantear la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(4)
Presto toda mi atención cuando me hablan, escuchando todo lo que me dicen	1	2	3	4	5	6	7	(5)
Me expreso de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que pueda entender la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(6)
Procuro que haya privacidad en mi comunicación con la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(7)
No facilito al paciente la totalidad de la información sobre su estado si los familiares me lo solicitan razonadamente	1	2	3	4	5	6	7	(8)
Soy honesto y sincero cuando respondo a las preguntas de la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(9)
Comprendo el estado y las necesidades emocionales de la familia/paciente y actúo de forma sensible ante ello	1	2	3	4	5	6	7	(10)
En caso que la familia quiera contactar conmigo fuera de las horas de visita, establezco los medios adecuados para que se sientan atendidos	1	2	3	4	5	6	7	(11)
Doy las malas noticias de forma clara, pero con tacto y delicadeza	1	2	3	4	5	6	7	(12)
Acuerdo con la familia/paciente quién será la persona que actuará como representante y portavoz	1	2	3	4	5	6	7	(13)
Explico a la familia sus derechos o dónde pueden consultarlos	1	2	3	4	5	6	7	(14)
Presento a la familia/paciente quién es el personal sanitario que atenderá al paciente durante su estancia en el SMI, sus responsabilidades, obligaciones y limitaciones	1	2	3	4	5	6	7	(15)
Explico a la familia/paciente a quién y dónde deben dirigirse (médico, enfermera/o, administración, recepción, etc.) según el tipo de información o cuestión que quieran plantear.	1	2	3	4	5	6	7	(16)
Explico a la familia/paciente la enfermedad al ingresar el paciente en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(17)
Al ingresar el paciente en el SMI explico a la familia las normas de la unidad, el horario, etc.	1	2	3	4	5	6	7	(18)
Explico diariamente a la familia/paciente la evolución de la enfermedad y del estado del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(19)
Informo a la familia/paciente de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que se van a realizar al paciente	1	2	3	4	5	6	7	(20)
Solicito a la familia/paciente el consentimiento informado por escrito para realizar aquellos procedimientos que lo requieran	1	2	3	4	5	6	7	(21)
Explico a la familia/paciente las distintas opciones de tratamiento cuando las haya	1	2	3	4	5	6	7	(22)
Explico a la familia/paciente el tratamiento a aplicar al paciente y qué se espera conseguir	1	2	3	4	5	6	7	(23)
Respondo a las preguntas de la familia/paciente acerca de la enfermedad del paciente y su tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	(24)
Respondo a los temores de la familia sobre la posibilidad de que el paciente empeore	1	2	3	4	5	6	7	(25)
Hablo cuando es necesario a la familia de la posibilidad de que el paciente empeore	1	2	3	4	5	6	7	(26)
Pregunto y llevo a cabo acciones para satisfacer las necesidades religiosas o culturales de la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(27)
Consulto con la familia lo que el paciente querría si fuese capaz de tomar la decisión sobre su tratamiento	1	2	3	4	5	6	7	(28)
Explico a la familia/paciente los resultados previsibles en la salud del paciente, tanto el corto plazo como en el largo plazo, tras la atención médica recibida	1	2	3	4	5	6	7	(29)
Ante situaciones críticas del estado del paciente, inclusive en el momento de su fallecimiento aporto a la familia/paciente cualquier tipo de orientación y apoyo (psicológico, administrativo, dónde pueden dirigirse, etc.) que necesiten, más allá de los aspectos técnico-sanitarios	1	2	3	4	5	6	7	(30)
Por lo general, considero que mi comunicación con los familiares/pacientes es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(31)
Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es frecuente	1	2	3	4	5	6	7	(32)

Q1/1



Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es sincera	1	2	3	4	5	6	7	(33)
Por lo general, dedico el tiempo que sea necesario para comunicarme con los familiares/pacientes	1	2	3	4	5	6	7	(34)
Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es cercana	1	2	3	4	5	6	7	(35)
En términos generales, mi comunicación con la familia/paciente me resulta satisfactoria	1	2	3	4	5	6	7	(36)
En términos generales, la forma en que me comunico y lo que comunico se ajusta a las necesidades de la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(37)
En términos generales, percibo que mi comunicación con la familia/paciente se adapta a lo que esperaban	1	2	3	4	5	6	7	(38)
Por lo general, la información que doy a los familiares/pacientes es completa	1	2	3	4	5	6	7	(39)
Por lo general, la información que doy a los familiares/pacientes es entendible	1	2	3	4	5	6	7	(40)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (CHUIMI). (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI prestado al paciente. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Se adoptan las medidas necesarias para intentar reducir el dolor del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptan las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procura respetar la intimidad del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se responde de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
Los puntos de información y la señalización dentro del Hospital facilitan la localización del servicio buscado	1	2	3	4	5	6	7	(49)
La sala de espera del SMI está bien ubicada	1	2	3	4	5	6	7	(50)
La sala de espera del SMI está limpia	1	2	3	4	5	6	7	(51)
La sala de espera del SMI es confortable	1	2	3	4	5	6	7	(52)
La sala de espera del SMI es amplia	1	2	3	4	5	6	7	(53)
La limpieza del SMI es buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
Los boxes del SMI están ordenados	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. son suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario de los boxes es nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
El personal sanitario tiene una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
El personal sanitario está claramente identificado	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI es adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas son adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
Se intenta adaptar la comida, en la medida de lo posible, a los gustos y preferencias de cada paciente	1	2	3	4	5	6	7	(71)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los recursos asignados al SMI	1	2	3	4	5	6	7	(74)
Estoy satisfecho con la gestión de recursos humanos que afecta al personal sanitario que trabaja en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(75)
Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6	7	(76)
Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el SMI (Picis)	1	2	3	4	5	6	7	(77)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el CHUIMI tanto en forma como en contenido (Intranet, tabloneros de información, e-Room...)	1	2	3	4	5	6	7	(78)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el SMI tanto en forma como en contenido (tabloneros de información, a través de los mandos intermedios)	1	2	3	4	5	6	7	(79)
Estoy satisfecho con la Dirección del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(80)
Estoy satisfecho con la jefatura del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(81)
Estoy satisfecho con el equipo médico del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con el equipo de enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el equipamiento técnico que se utiliza en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(87)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención prestados al paciente en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)
Estoy satisfecho con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(91)
Disfruto en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(92)
Siento que las personas que tienen responsabilidad directiva están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(93)
Siento que mis compañeros están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(94)
Siento que los familiares/pacientes están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(95)
Me gustaría permanecer en el SMI durante toda mi carrera profesional	1	2	3	4	5	6	7	(96)
Me siento orgulloso de trabajar en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(97)
Siento un fuerte sentimiento de pertenencia a el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(98)
Disfruto hablando del SMI con gente ajena a esta unidad	1	2	3	4	5	6	7	(99)
Pienso que no podría fácilmente llegar a estar tan comprometido con otra unidad como con esta	1	2	3	4	5	6	7	(100)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P4 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la gestión de recursos humanos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El personal participa en el diseño y la planificación de las actividades de formación	1	2	3	4	5	6	7	(101)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario a afrontar situaciones críticas (formación psicológica, manejo de situaciones de estrés, resolución de conflictos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(102)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario en la atención y gestión de relaciones con el paciente	1	2	3	4	5	6	7	(103)
El plan de formación contempla acciones formativas que mejoren las competencias técnicas del personal sanitario para el desempeño óptimo de su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	(104)
El plan de formación contempla acciones formativas en materia de gestión de calidad (conocimiento de las normas ISO, funcionamiento de herramientas de mejora de la calidad, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(105)

Se aplican criterios de igualdad y equidad para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de formación	1	2	3	4	5	6	7	(106)
Deberían existir acciones formativas que fuesen obligatorias para el personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(107)
Se fomenta el trabajo en equipo, la colaboración y el sentimiento de grupo	1	2	3	4	5	6	7	(108)
Se facilitan los encuentros y las reuniones para debatir e intercambiar experiencias y propuestas para resolver problemas y para mejorar el servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(109)
Se fomenta que el personal sanitario participe en el diseño y mejora de los procedimientos y procesos que afectan a la correcta realización de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(110)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario realice propuestas y sugerencias de mejoras del SMI (buzón de sugerencias, directamente a los jefes superiores, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(111)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario participe en actividades y proyectos de mejora del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(112)
El reconocimiento económico/el salario responde al esfuerzo y trabajo realizado del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(113)
El reconocimiento que hacen las personas que tienen responsabilidad directiva en el SMI del trabajo individual motiva a un mayor esfuerzo e implicación	1	2	3	4	5	6	7	(114)
Es necesario que se implanten mecanismos de recompensa y reconocimiento no retributivos por el trabajo bien hecho	1	2	3	4	5	6	7	(115)
Es necesario que se evalúe de forma individualizada el trabajo del personal sanitario en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(116)
Se informa al personal sanitario implicado de las quejas, reclamaciones y/o agradecimientos de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	(117)
El personal sanitario dispone de un plan de desarrollo profesional y de promoción interna que se ajusta a sus expectativas	1	2	3	4	5	6	7	(118)
Existe igualdad de condiciones para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de desarrollo profesional y de promoción interna	1	2	3	4	5	6	7	(119)
Se fomenta la autonomía y la responsabilidad en la toma de decisiones del personal sanitario en su puesto de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(120)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal con responsabilidad directiva	1	2	3	4	5	6	7	(121)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los médicos	1	2	3	4	5	6	7	(122)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(123)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los auxiliares de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(124)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(125)
El CHUIMI es una organización ágil capaz de adaptarse a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(126)
El CHUIMI tiene la capacidad de predecir e identificar los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(127)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con rapidez a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(128)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con flexibilidad a las nuevas demandas de servicios que surjan, adaptándose con los recursos y medios disponibles.	1	2	3	4	5	6	7	(129)
El CHUIMI dispone de las competencias necesarias para hacer frente a los cambios que surjan (estilo de dirección, tecnología adecuada, personal formado, coordinación interna, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(130)
El equipo directivo del CHUIMI está implicado y comprometido con la calidad del servicio	1	2	3	4	5	6	7	(131)
El equipo directivo del CHUIMI fomenta la mejora continua y la innovación	1	2	3	4	5	6	7	(132)
El equipo directivo del CHUIMI fomenta la participación de los miembros de la organización en el diseño de los planes y fijación de objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(133)
El equipo directivo del CHUIMI ha hecho un esfuerzo por comunicar la misión, la visión y los valores del Hospital	1	2	3	4	5	6	7	(134)
Tengo un conocimiento amplio de la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(135)
Comparto la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(136)
El equipo directivo del CHUIMI comunica los planes y objetivos para el CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(137)
Conozco los planes y objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(138)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P5 Por favor, indique, en una escala de 1 a 5, el nivel de frecuencia con el que usted utiliza los siguientes canales de comunicación para obtener la información necesaria para la realización de su trabajo.

Canales de comunicación	Nunca	Para vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Drago AE	1	2	3	4	5	(139)
Picis	1	2	3	4	5	(140)
Intranet	1	2	3	4	5	(141)
e-Room	1	2	3	4	5	(142)
Tablones de información	1	2	3	4	5	(143)
Carteles	1	2	3	4	5	(144)
Mandos intermedios	1	2	3	4	5	(147)

P6 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con la que se pretende que usted valore la calidad de la información de que dispone para la realización de su trabajo en una escala de 1 a 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

La información que ofrece el CHUIMI (intranet, tablones, carteles, etc.) para la correcta realización de mi trabajo:						
Es completa	1	2	3	4	5	6 7 (148)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6 7 (149)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6 7 (150)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6 7 (151)
La información que incluye la Historia Clínica electrónica del CHUIMI (Drago AE) para la correcta realización de mi trabajo:						
Es completa	1	2	3	4	5	6 7 (152)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6 7 (153)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6 7 (154)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6 7 (155)
La información que incluye la Historia Clínica electrónica del SMI (Picis) para la correcta realización de mi trabajo:						
Es completa	1	2	3	4	5	6 7 (156)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6 7 (157)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6 7 (158)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6 7 (159)
<input type="checkbox"/> CHUIMI forma al personal sanitario en el uso adecuado del sistema de información del CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6 7 (160)
<input type="checkbox"/> CHUIMI forma al personal del SMI en el uso adecuado del sistema de información utilizado en el SMI (Picis)	1	2	3	4	5	6 7 (161)
<input type="checkbox"/> CHUIMI incentiva la participación del personal sanitario en el diseño y mejora de los sistemas de información	1	2	3	4	5	6 7 (162)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P7 Género: (163)

Hombre.....1
Mujer.....2

P8 Edad: (164)

Menor 25 años.....1
25-30 años.....2
31-35 años.....3
36-40 años.....4
41-45 años.....5
46-50 años.....6
51-55 años.....7
56-60 años.....8
Más de 60 años.....9

P9 Categoría: (165)

Médico especialista.....1
Médico no especialista.....2
Enfermera/o.....3
Auxiliar de enfermería.....4

P10 Tipo de contrato: (166)

Eventual.....1
Interino.....2
Con plaza.....3

P11 Años de experiencia en la profesión: (167)

Menos de 1 año1
1-5 años.....2
6-10 años.....3
11-15 años.....4
16-20 años.....5
21-25 años.....6
26-30 años.....7
Mas de 30 años.....8

P12 Años de experiencia en el SMI: (168)

Menos de 1 año1
1-5 años.....2
6-10 años.....3
11-15 años.....4
16-20 años.....5
21-25 años.....6
26-30 años.....7
Más de 30 años.....8

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS:



ANEXO 2. CUESTIONARIO 2: Cuestionario para las enfermeras/os del SMI.



CUESTIONARIO 2 Encuesta ENFERMERAS/OS



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado compañero/a:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de nuestros pacientes y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 2

UCI (00): 1 Insular 2 Neonatos 3 Pedátrica

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su comunicación con los pacientes ingresados en el SMI o, en su caso, con los familiares de los mismos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Me presento a la familia/paciente cuando me comunico por primera vez con ellos, explicando cuál es mi responsabilidad con el paciente	1 2 3 4 5 6 7	(2)
Me muestro amable y respetuoso con la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(3)
Me muestro dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que me quiera plantear la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(4)
Presto toda mi atención cuando me hablan, escuchando todo lo que me dicen	1 2 3 4 5 6 7	(5)
Me expreso de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que pueda entender la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(6)
Procuro que haya privacidad en mi comunicación con la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(7)
No facilito al paciente la totalidad de la información sobre su estado si los familiares me lo solicitan razonadamente	1 2 3 4 5 6 7	(8)
Soy honesto y sincero cuando respondo a las preguntas de la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(9)
Comprendo el estado y las necesidades emocionales de la familia/paciente y actúo de forma sensible ante ello	1 2 3 4 5 6 7	(10)
Acuerdo con la familia/paciente quién será la persona que actuará como representante y portavoz	1 2 3 4 5 6 7	(13)
Explico a la familia sus derechos o dónde pueden consultarlos	1 2 3 4 5 6 7	(14)
Presento a la familia/paciente quién es el personal sanitario que atenderá al paciente durante su estancia en el SMI, sus responsabilidades, obligaciones y limitaciones	1 2 3 4 5 6 7	(15)
Explico a la familia/paciente a quién y dónde deben dirigirse (médico, enfermera/o, administración, recepción, etc.) según el tipo de información o cuestión que quieran plantear.	1 2 3 4 5 6 7	(16)
Al ingresar el paciente en el SMI explico a la familia las normas de la unidad, el horario, etc.	1 2 3 4 5 6 7	(18)
Explico diariamente a la familia/paciente la evolución de la enfermedad y del estado del paciente	1 2 3 4 5 6 7	(19)
Informo a la familia/paciente de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que se van a realizar al paciente	1 2 3 4 5 6 7	(20)
Respondo a los temores de la familia sobre la posibilidad de que el paciente empeore	1 2 3 4 5 6 7	(25)
Pregunto y llevo a cabo acciones para satisfacer las necesidades religiosas o culturales de la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(27)
Ante situaciones críticas del estado del paciente, inclusive en el momento de su fallecimiento aporto a la familia/paciente cualquier tipo de orientación y apoyo (psicológico, administrativo, dónde pueden dirigirse, etc.) que necesiten, más allá de los aspectos técnico-sanitarios	1 2 3 4 5 6 7	(30)
Por lo general, considero que mi comunicación con los familiares/pacientes es adecuada	1 2 3 4 5 6 7	(31)
Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es frecuente	1 2 3 4 5 6 7	(32)
Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es sincera	1 2 3 4 5 6 7	(33)
Por lo general, dedico el tiempo que sea necesario para comunicarme con los familiares/pacientes	1 2 3 4 5 6 7	(34)
Por lo general, mi comunicación con los familiares/pacientes es cercana	1 2 3 4 5 6 7	(35)
En términos generales, mi comunicación con la familia/paciente me resulta satisfactoria	1 2 3 4 5 6 7	(36)
En términos generales, la forma en que me comunico y lo que comunico se ajusta a las necesidades de la familia/paciente	1 2 3 4 5 6 7	(37)
En términos generales, percibo que mi comunicación con la familia/paciente se adapta a lo que esperaban	1 2 3 4 5 6 7	(38)
Por lo general, la información que doy a los familiares/pacientes es completa	1 2 3 4 5 6 7	(39)
Por lo general, la información que doy a los familiares/pacientes es entendible	1 2 3 4 5 6 7	(40)

Q2/1

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (CHUIMI). (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI prestado al paciente. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Se adoptan las medidas necesarias para intentar reducir el dolor del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptan las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procura respetar la intimidad del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se responde de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
Los puntos de información y la señalización dentro del Hospital facilitan la localización del servicio buscado	1	2	3	4	5	6	7	(49)
La sala de espera del SMI está bien ubicada	1	2	3	4	5	6	7	(50)
La sala de espera del SMI está limpia	1	2	3	4	5	6	7	(51)
La sala de espera del SMI es confortable	1	2	3	4	5	6	7	(52)
La sala de espera del SMI es amplia	1	2	3	4	5	6	7	(53)
La limpieza del SMI es buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
Los boxes del SMI están ordenados	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. son suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario de los boxes es nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
El personal sanitario tiene una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
El personal sanitario está claramente identificado	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI es adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas son adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
Se intenta adaptar la comida, en la medida de lo posible, a los gustos y preferencias de cada paciente	1	2	3	4	5	6	7	(71)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los recursos asignados al SMI	1	2	3	4	5	6	7	(74)
Estoy satisfecho con la gestión de recursos humanos que afecta al personal sanitario que trabaja en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(75)
Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6	7	(76)

Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el SMI (Picis)	1	2	3	4	5	6	7	(77)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el CHUIMI tanto en forma como en contenido (Intranet, tableros de información, e-Room...)	1	2	3	4	5	6	7	(78)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el SMI tanto en forma como en contenido (tableros de información, a través de los mandos intermedios)	1	2	3	4	5	6	7	(79)
Estoy satisfecho con la Dirección del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(80)
Estoy satisfecho con la jefatura del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(81)
Estoy satisfecho con el equipo médico del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con el equipo de enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el equipamiento técnico que se utiliza en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(87)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención prestados al paciente en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)
Estoy satisfecho con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(91)
Disfruto en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(92)
Siento que las personas que tienen responsabilidad directiva están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(93)
Siento que mis compañeros están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(94)
Siento que los familiares/pacientes están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(95)
Me gustaría permanecer en el SMI durante toda mi carrera profesional	1	2	3	4	5	6	7	(96)
Me siento orgulloso de trabajar en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(97)
Siento un fuerte sentimiento de pertenencia a el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(98)
Disfruto hablando del SMI con gente ajena a esta unidad	1	2	3	4	5	6	7	(99)
Pienso que no podría fácilmente llegar a estar tan comprometido con otra unidad como con esta	1	2	3	4	5	6	7	(100)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P4 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la gestión de recursos humanos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El personal participa en el diseño y la planificación de las actividades de formación	1	2	3	4	5	6	7	(101)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario a afrontar situaciones críticas (formación psicológica, manejo de situaciones de estrés, resolución de conflictos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(102)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario en la atención y gestión de relaciones con el paciente	1	2	3	4	5	6	7	(103)
El plan de formación contempla acciones formativas que mejoren las competencias técnicas del personal sanitario para el desempeño óptimo de su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	(104)
El plan de formación contempla acciones formativas en materia de gestión de calidad (conocimiento de las normas ISO, funcionamiento de herramientas de mejora de la calidad, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(105)
Se aplican criterios de igualdad y equidad para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de formación	1	2	3	4	5	6	7	(106)
Deberían existir acciones formativas que fuesen obligatorias para el personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(107)
Se fomenta el trabajo en equipo, la colaboración y el sentimiento de grupo	1	2	3	4	5	6	7	(108)
Se facilitan los encuentros y las reuniones para debatir e intercambiar experiencias y propuestas para resolver problemas y para mejorar el servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(109)
Se fomenta que el personal sanitario participe en el diseño y mejora de los procedimientos y procesos que afectan a la correcta realización de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(110)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario realice propuestas y sugerencias de mejoras del SMI (buzón de sugerencias, directamente a los jefes superiores, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(111)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario participe en actividades y proyectos de mejora del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(112)

El reconocimiento económico/el salario responde al esfuerzo y trabajo realizado del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(113)
El reconocimiento que hacen las personas que tienen responsabilidad directiva en el SMI del trabajo individual motiva a un mayor esfuerzo e implicación	1	2	3	4	5	6	7	(114)
Es necesario que se implanten mecanismos de recompensa y reconocimiento no retributivos por el trabajo bien hecho	1	2	3	4	5	6	7	(115)
Es necesario que se evalúe de forma individualizada el trabajo del personal sanitario en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(116)
Se informa al personal sanitario implicado de las quejas, reclamaciones y/o agradecimientos de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	(117)
El personal sanitario dispone de un plan de desarrollo profesional y de promoción interna que se ajusta a sus expectativas	1	2	3	4	5	6	7	(118)
Existe igualdad de condiciones para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de desarrollo profesional y de promoción interna	1	2	3	4	5	6	7	(119)
Se fomenta la autonomía y la responsabilidad en la toma de decisiones del personal sanitario en su puesto de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(120)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal con responsabilidad directiva	1	2	3	4	5	6	7	(121)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los médicos	1	2	3	4	5	6	7	(122)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(123)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los auxiliares de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(124)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(125)
El CHUIMI es una organización ágil capaz de adaptarse a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(126)
El CHUIMI tiene la capacidad de predecir e identificar los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(127)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con rapidez a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(128)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con flexibilidad a las nuevas demandas de servicios que surjan, adaptándose con los recursos y medios disponibles.	1	2	3	4	5	6	7	(129)
El CHUIMI dispone de las competencias necesarias para hacer frente a los cambios que surjan (estilo de dirección, tecnología adecuada, personal formado, coordinación interna, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(130)
El equipo directivo del CHUIMI está implicado y comprometido con la calidad del servicio	1	2	3	4	5	6	7	(131)
El equipo directivo del CHUIMI fomenta la mejora continua y la innovación	1	2	3	4	5	6	7	(132)
El equipo directivo del CHUIMI fomenta la participación de los miembros de la organización en el diseño de los planes y fijación de objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(133)
El equipo directivo del CHUIMI ha hecho un esfuerzo por comunicar la misión, la visión y los valores del Hospital	1	2	3	4	5	6	7	(134)
Tengo un conocimiento amplio de la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(135)
Comparto la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(136)
El equipo directivo del CHUIMI comunica los planes y objetivos para el CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(137)
Conozco los planes y objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(138)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P5 Por favor, indique, en una escala de 1 a 5, el nivel de frecuencia con el que usted utiliza los siguientes canales de comunicación para obtener la información necesaria para la realización de su trabajo.

Canales de comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Drago AE	1	2	3	4	5	(139)
Picis	1	2	3	4	5	(140)
Intranet	1	2	3	4	5	(141)
e-Room	1	2	3	4	5	(142)
Tablones de información	1	2	3	4	5	(143)
Carteles	1	2	3	4	5	(144)
Mandos intermedios	1	2	3	4	5	(147)



P6 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con la que se pretende que usted valore la calidad de la información de que dispone para la realización de su trabajo en una escala de 1 a 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

La información que ofrece el CHUIMI (intranet, tableros, carteles, etc.) para la correcta realización de mi trabajo:							
Es completa	1	2	3	4	5	6	7 (148)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7 (149)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7 (150)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7 (151)
La información que incluye la Historia clínica electrónica del CHUIMI (Drago AE) para la correcta realización de mi trabajo:							
Es completa	1	2	3	4	5	6	7 (152)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7 (153)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7 (154)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7 (155)
La información que incluye la Historia clínica electrónica del SMI (Piscis) para la correcta realización de mi trabajo:							
Es completa	1	2	3	4	5	6	7 (156)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7 (157)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7 (158)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7 (159)
<input type="checkbox"/> CHUIMI forma al personal sanitario en el uso adecuado del sistema de información del CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6	7 (160)
<input type="checkbox"/> CHUIMI forma al personal del SMI en el uso adecuado del sistema de información utilizado en el SMI (Piscis)	1	2	3	4	5	6	7 (161)
<input type="checkbox"/> CHUIMI incentiva la participación del personal sanitario en el diseño y mejora de los sistemas de información	1	2	3	4	5	6	7 (162)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P7 Género: (163)

Hombre.....1
Mujer.....2

P8 Edad: (164)

Menor 25 años.....1
25-30 años.....2
31-35 años.....3
36-40 años.....4
41-45 años.....5
46-50 años.....6
51-55 años.....7
56-60 años.....8
Más de 60 años.....9

P9 Categoría: (165)

Médico especialista.....1
Médico no especialista.....2
Enfermera/o.....3
Auxiliar de enfermería.....4

P10 Tipo de contrato: (166)

Eventual.....1
Interino.....2
Con plaza.....3

P11 Años de experiencia en la profesión: (167)

Menos de 1 año.....1
1-5 años.....2
6-10 años.....3
11-15 años.....4
16-20 años.....5
21-25 años.....6
26-30 años.....7
Más de 30 años.....8

P12 Años de experiencia en el SMI: (168)

Menos de 1 año.....1
1-5 años.....2
6-10 años.....3
11-15 años.....4
16-20 años.....5
21-25 años.....6
26-30 años.....7
Más de 30 años.....8

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS:



ANEXO 3. CUESTIONARIO 3: Cuestionario para los auxiliares de enfermería del SMI.



CUESTIONARIO 3 Encuesta AUXILIARES DE ENFERMERÍA



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado compañero/a:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de nuestros pacientes y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 3

UCI (00): 1 Insular 2 Neonatos 3 Pediatría

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su comunicación con los pacientes ingresados en el SMI o, en su caso, con los familiares de los mismos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Me muestro amable y respetuoso con la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(3)
Me muestro dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que me quiera plantear la familia/paciente	1	2	3	4	5	6	7	(4)
Presto toda mi atención cuando me hablan, escuchando todo lo que me dicen	1	2	3	4	5	6	7	(5)
Comprendo el estado y las necesidades emocionales de la familia/paciente y actúo de forma sensible ante ello	1	2	3	4	5	6	7	(10)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (CHUIMI). (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI prestado al paciente. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Se adoptan las medidas necesarias para intentar reducir el dolor del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptan las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procura respetar la intimidad del paciente	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se responde de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
Los puntos de información y la señalización dentro del Hospital facilitan la localización del servicio buscado	1	2	3	4	5	6	7	(49)
La sala de espera del SMI está bien ubicada	1	2	3	4	5	6	7	(50)
La sala de espera del SMI está limpia	1	2	3	4	5	6	7	(51)
La sala de espera del SMI es confortable	1	2	3	4	5	6	7	(52)
La sala de espera del SMI es amplia	1	2	3	4	5	6	7	(53)
La limpieza del SMI es buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
Los boxes del SMI están ordenados	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. son suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario de los boxes es nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
El personal sanitario tiene una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
El personal sanitario está claramente identificado	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI es adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)

Q3/1

El nivel de intimidad en el SMI es aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas son adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
La cantidad de comida es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(67)
La calidad de la comida es buena	1	2	3	4	5	6	7	(68)
La temperatura de la comida es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(69)
La comida es variada	1	2	3	4	5	6	7	(70)
Se intenta adaptar la comida, en la medida de lo posible, a los gustos y preferencias de cada paciente	1	2	3	4	5	6	7	(71)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. *(Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)*

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los recursos asignados al SMI	1	2	3	4	5	6	7	(74)
Estoy satisfecho con la gestión de recursos humanos que afecta al personal sanitario que trabaja en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(75)
Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6	7	(76)
Estoy satisfecho con el sistema de historia clínica electrónica que se utiliza en el SMI (Picis)	1	2	3	4	5	6	7	(77)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el CHUIMI tanto en forma como en contenido (Intranet, tableros de información, e-Room...)	1	2	3	4	5	6	7	(78)
Estoy satisfecho con la comunicación que me proporciona el SMI tanto en forma como en contenido (tableros de información, a través de los mandos intermedios)	1	2	3	4	5	6	7	(79)
Estoy satisfecho con la Dirección del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(80)
Estoy satisfecho con la jefatura del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(81)
Estoy satisfecho con el equipo médico del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con el equipo de enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el equipamiento técnico que se utiliza en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(87)
Estoy satisfecho con el servicio de comidas	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención prestados al paciente en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)
Estoy satisfecho con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(91)
Disfruto en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(92)
Siento que las personas que tienen responsabilidad directiva están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(93)
Siento que mis compañeros están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(94)
Siento que los familiares/pacientes están satisfechos con mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(95)
Me gustaría permanecer en el SMI durante toda mi carrera profesional	1	2	3	4	5	6	7	(96)
Me siento orgulloso de trabajar en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(97)
Siento un fuerte sentimiento de pertenencia a el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(98)
Disfruto hablando del SMI con gente ajena a esta unidad	1	2	3	4	5	6	7	(99)
Pienso que no podría fácilmente llegar a estar tan comprometido con otra unidad como con esta	1	2	3	4	5	6	7	(100)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

P4 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la gestión de recursos humanos. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El personal participa en el diseño y la planificación de las actividades de formación	1	2	3	4	5	6	7	(101)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario a afrontar situaciones críticas (formación psicológica, manejo de situaciones de estrés, resolución de conflictos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(102)
El plan de formación contempla acciones formativas que preparan al personal sanitario en la atención y gestión de relaciones con el paciente	1	2	3	4	5	6	7	(103)
El plan de formación contempla acciones formativas que mejoren las competencias técnicas del personal sanitario para el desempeño óptimo de su trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	(104)
El plan de formación contempla acciones formativas en materia de gestión de calidad (conocimiento de las normas ISO, funcionamiento de herramientas de mejora de la calidad, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(105)
Se aplican criterios de igualdad y equidad para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de formación	1	2	3	4	5	6	7	(106)
Deberían existir acciones formativas que fuesen obligatorias para el personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(107)
Se fomenta el trabajo en equipo, la colaboración y el sentimiento de grupo	1	2	3	4	5	6	7	(108)
Se facilitan los encuentros y las reuniones para debatir e intercambiar experiencias y propuestas para resolver problemas y para mejorar el servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(109)
Se fomenta que el personal sanitario participe en el diseño y mejora de los procedimientos y procesos que afectan a la correcta realización de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(110)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario realice propuestas y sugerencias de mejoras del SMI (buzón de sugerencias, directamente a los jefes superiores, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(111)
Se fomenta y favorece que el personal sanitario participe en actividades y proyectos de mejora del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(112)
El reconocimiento económico/el salario responde al esfuerzo y trabajo realizado del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	(113)
El reconocimiento que hacen las personas que tienen responsabilidad directiva en el SMI del trabajo individual motiva a un mayor esfuerzo e implicación	1	2	3	4	5	6	7	(114)
Es necesario que se implanten mecanismos de recompensa y reconocimiento no retributivos por el trabajo bien hecho	1	2	3	4	5	6	7	(115)
Es necesario que se evalúe de forma individualizada el trabajo del personal sanitario en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(116)
Se informa al personal sanitario implicado de las quejas, reclamaciones y/o agradecimientos de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	(117)
El personal sanitario dispone de un plan de desarrollo profesional y de promoción interna que se ajusta a sus expectativas	1	2	3	4	5	6	7	(118)
Existe igualdad de condiciones para todos los miembros del personal sanitario para el acceso al plan de desarrollo profesional y de promoción interna	1	2	3	4	5	6	7	(119)
Se fomenta la autonomía y la responsabilidad en la toma de decisiones del personal sanitario en su puesto de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(120)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal con responsabilidad directiva	1	2	3	4	5	6	7	(121)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los médicos	1	2	3	4	5	6	7	(122)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con el personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(123)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los auxiliares de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	(124)
Existe buen clima laboral y relaciones satisfactorias con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(125)
El CHUIMI es una organización ágil capaz de adaptarse a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(126)
El CHUIMI tiene la capacidad de predecir e identificar los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(127)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con rapidez a los cambios	1	2	3	4	5	6	7	(128)
El CHUIMI tiene la capacidad de responder con flexibilidad a las nuevas demandas de servicios que surjan, adaptándose con los recursos y medios disponibles.	1	2	3	4	5	6	7	(129)
El CHUIMI dispone de las competencias necesarias para hacer frente a los cambios que surjan (estilo de dirección, tecnología adecuada, personal formado, coordinación interna, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(130)
El equipo directivo del CHUIMI está implicado y comprometido con la calidad del servicio	1	2	3	4	5	6	7	(131)
El equipo directivo del CHUIMI fomenta la mejora continua y la innovación	1	2	3	4	5	6	7	(132)

Q3/3

El equipo directivo del CHUIMI fomenta la participación de los miembros de la organización en el diseño de los planes y fijación de objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(133)
El equipo directivo del CHUIMI ha hecho un esfuerzo por comunicar la misión, la visión y los valores del Hospital	1	2	3	4	5	6	7	(134)
Tengo un conocimiento amplio de la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(135)
Comparto la misión, visión y valores del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(136)
El equipo directivo del CHUIMI comunica los planes y objetivos para el CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(137)
Conozco los planes y objetivos del CHUIMI	1	2	3	4	5	6	7	(138)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. *(Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)*

P5 Por favor, indique, en una escala de 1 a 5, el nivel de frecuencia con el que usted utiliza los siguientes canales de comunicación para obtener la información necesaria para la realización de su trabajo.

Canales de comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Drago AE	1	2	3	4	5	(139)
Picis	1	2	3	4	5	(140)
Intranet	1	2	3	4	5	(141)
e-Room	1	2	3	4	5	(142)
Tablones de información	1	2	3	4	5	(143)
Carteles	1	2	3	4	5	(144)
Mandos intermedios	1	2	3	4	5	(147)

P6 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con la que se pretende que usted valore la calidad de la información de que dispone para la realización de su trabajo en una escala de 1 a 7, donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

La información que ofrece el CHUIMI (intranet, tablones, carteles, etc.) para la correcta realización de mi trabajo:								
Es completa	1	2	3	4	5	6	7	(148)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7	(149)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7	(150)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(151)
La información que incluye la Historia clínica electrónica del CHUIMI (Drago AE) para la correcta realización de mi trabajo:								
Es completa	1	2	3	4	5	6	7	(152)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7	(153)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7	(154)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(155)
La información que incluye la Historia clínica electrónica del SMI (Picis) para la correcta realización de mi trabajo:								
Es completa	1	2	3	4	5	6	7	(156)
Está actualizada	1	2	3	4	5	6	7	(157)
La forma en la que se estructura, distribuye y clasifica facilita su localización, acceso y manejo	1	2	3	4	5	6	7	(158)
Se apoya en una infraestructura informática adecuada (equipos y redes modernos, operativos, rápidos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	(159)
El CHUIMI forma al personal sanitario en el uso adecuado del sistema de información del CHUIMI (Drago-AE)	1	2	3	4	5	6	7	(160)
El CHUIMI forma al personal del SMI en el uso adecuado del sistema de información utilizado en el SMI (Picis)	1	2	3	4	5	6	7	(161)
El CHUIMI incentiva la participación del personal sanitario en el diseño y mejora de los sistemas de información	1	2	3	4	5	6	7	(162)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del CHUIMI. (Puede utilizar la última hoja de este cuestionario si necesita espacio adicional)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P7 Género: (163)

- Hombre.....1
- Mujer.....2

P8 Edad: (164)

- Menor 25 años.....1
- 25-30 años.....2
- 31-35 años.....3
- 36-40 años.....4
- 41-45 años.....5
- 46-50 años.....6
- 51-55 años.....7
- 56-60 años.....8
- Más de 60 años.....9

P9 Categoría: (165)

- Médico especialista.....1
- Médico no especialista.....2
- Enfermera/o.....3
- Auxiliar de enfermería.....4

P10 Tipo de contrato: (166)

- Eventual.....1
- Interino.....2
- Con plaza.....3

P11 Años de experiencia en la profesión: (167)

- Menos de 1 año1
- 1-5 años.....2
- 6-10 años.....3
- 11-15 años.....4
- 16-20 años.....5
- 21-25 años.....6
- 26-30 años.....7
- Más de 30 años.....8

P12 Años de experiencia en el SMI: (168)

- Menos de 1 año1
- 1-5 años.....2
- 6-10 años.....3
- 11-15 años.....4
- 16-20 años.....5
- 21-25 años.....6
- 26-30 años.....7
- Más de 30 años.....8

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS:



ANEXO 4. CUESTIONARIO 4: Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico.



CUESTIONARIO 4 Encuesta PACIENTES sobre MÉDICOS



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado paciente:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de los pacientes, de sus familiares y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 4

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la comunicación entre usted como paciente y el médico que le ha atendido en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

EL MÉDICO....	1	2	3	4	5	6	7	
Se presentó la primera vez que se comunicó conmigo y me explicó su responsabilidad								(2)
Se mostraba amable y respetuoso conmigo								(3)
Se mostraba dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que quisiera plantearle								(4)
Me prestaba toda su atención cuando le hablaba, escuchando todo lo que le decía								(5)
Se expresaba de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que podía entender								(6)
Procuraba que hubiera privacidad cuando se comunicaba conmigo								(7)
Era honesto y sincero cuando respondía a mis preguntas								(9)
Comprendía mi estado y necesidades emocionales y actuaba de forma sensible ante ello								(10)
Me daba las malas noticias de forma clara, pero con tacto y delicadeza								(12)
Me explicó mis derechos o dónde podía consultarlos								(14)
Me presentó al personal sanitario que me atendería y cuáles eran las responsabilidades, obligaciones y limitaciones de este personal								(15)
Me explicó mi enfermedad al ingresar en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva)								(17)
Me explicó las normas de la unidad, el horario, etc. del SMI cuando ingresé								(18)
Me explicaba diariamente la evolución de mi enfermedad								(19)
Me informaba de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que me iban a realizar								(20)
Me solicitaba el consentimiento informado por escrito para realizarme los procedimientos (pruebas, operaciones, etc.) que así lo requerían								(21)
Me explicaba las distintas opciones de tratamiento que se me podían aplicar								(22)
Me explicaba el tratamiento a aplicar y lo que se esperaba conseguir								(23)
Respondía a mis preguntas sobre la enfermedad y su tratamiento								(24)
Respondía a mis temores sobre la posibilidad de que empeorase								(25)
Me preguntó y llevó a cabo acciones para satisfacer mis necesidades religiosas o culturales								(27)
Me consultó lo que quería cuando era capaz de tomar la decisión sobre mi tratamiento								(28)
Me explicó cómo podía afectar el tratamiento aplicado a mi salud a corto y largo plazo								(29)
En situaciones críticas me aportó orientación y apoyo psicológico más allá de los aspectos técnico-sanitarios								(30)
Por lo general, su comunicación conmigo era adecuada								(31)
Por lo general, su comunicación conmigo era frecuente								(32)
Por lo general, su comunicación conmigo era sincera								(33)
Por lo general, dedicaba el tiempo necesario para comunicarse conmigo								(34)
Por lo general, su comunicación conmigo era cercana								(35)
En términos generales, su comunicación conmigo fue satisfactoria								(36)
En términos generales, su forma de comunicarse y lo que comunicaba se ajustaba a mis necesidades								(37)
En términos generales, su comunicación conmigo fue como esperaba								(38)
Por lo general, la información que me dio fue completa								(39)
Por lo general, la información que me dio era entendible								(40)

Q4/1

P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El personal médico era profesional y conocía su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(41)
El personal médico se mostró dispuesto a atender y responder a mis necesidades y preguntas	1	2	3	4	5	6	7	(42)
El personal médico me transmitía confianza y seguridad	1	2	3	4	5	6	7	(43)
El personal médico se mostraba respetuoso con mis derechos	1	2	3	4	5	6	7	(44)
Se adoptaron las medidas necesarias para intentar reducir mi dolor	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptaron las medidas necesarias para reducir mi agitación y nerviosismo	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procuraba respetar mi intimidad	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se respondía de forma rápida a mis alarmas y peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
La limpieza del SMI era buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
El box en el que estaba se encontraba ordenado	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. eran suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario del box era nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
El personal médico tenía una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
El personal médico estaba claramente identificado	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI era adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas eran adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
La cantidad de comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(67)
La calidad de la comida era buena	1	2	3	4	5	6	7	(68)
La temperatura de la comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(69)
La comida era variada	1	2	3	4	5	6	7	(70)
Se intentaba adaptar la comida, en la medida de lo posible, a mis gustos y preferencias	1	2	3	4	5	6	7	(71)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los médicos del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con las enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el servicio de comidas	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención que me han prestado en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P5 Género: (163)

Hombre.....1
Mujer.....2

P6 Edad: (164)

Menor 25 años.....1
25-30 años.....2
31-35 años.....3
36-40 años.....4
41-45 años.....5
46-50 años.....6
51-55 años.....7
56-60 años.....8
Más de 60 años.....9

P7 Nivel de estudios acabados: (169)

Sin estudios.....1
Primaria o ESO (ESO, FP1, EGB).....2
Bachiller o FP2.....3
Universitarios.....4
Posgrados universitarios.....5

P9 Número de días que estuvo ingresado en SMI: (171)

P10 ¿En los dos últimos años ha estado anteriormente ingresado usted u otro familiar en el SMI?: (172)

Sí.....1
No.....2

P11 Municipio en el que reside: (173)

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS DEL PACIENTE:



INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE A CUMPLIMENTAR POR EL ENTREVISTADOR	
H.C.:	(200)
Fecha de alta/éxitus de UCI:	(201)
Edad (años):	(202)
Sexo:	(203)
Hombre.....1	
Mujer.....2	
APACHE II ingreso:	(204)
Estancia pre-UCI (días):	(205)
Estancia en UCI (días):	(206)
Estancia hospitalaria total (días):	(207)
Mortalidad en UCI:	(208)
Sí 1	
No..... 2	
Mortalidad hospitalaria post-UCI:	(209)
Sí 1	
No..... 2	
Procedencia (marcar solo una opción):	(210)
Urgencia.....1	
Planta quirúrgica.....2	
Planta médica.....3	
Ginecología.....4	
Otro hospital.....5	
Otra isla.....6	
Otros (indicar:.....).....7	
Tipo de paciente (marcar solo una opción):	(211)
Coronario.....1	
Médico.....2	
Quirúrgico.....3	
Trauma.....4	
Ginecológico.....5	
Lugar geográfico de residencia:	(212)
Residente.....1	
Extranjero residente.....2	
Visitante.....3	
Ventilación mecánica:	(213-214)
Sí 1 -> Número de días: _____	
No..... 2	
Traqueotomía:	(215)
Sí 1	
No..... 2	
Técnicas de depuración extrarrenal:	(216-217)
Sí 1 -> Número de días: _____	
No..... 2	
Coma Glasgow Score al alta de UCI (del 3 al 15):	(218)

ANEXO 5. CUESTIONARIO 5: Cuestionario para los pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal de enfermería.



CUESTIONARIO 5
Encuesta PACIENTES sobre ENFERMERAS/OS

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA



Estimado paciente:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de los pacientes, de sus familiares y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 5

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la comunicación entre usted como paciente y las enfermeras/os que le han atendido en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

LAS ENFERMERAS/OS...		
Se presentaron la primera vez que se comunicaron conmigo y me explicaron su responsabilidad	1 2 3 4 5 6 7	(2)
Se mostraban amables y respetuosas/os conmigo	1 2 3 4 5 6 7	(3)
Se mostraban dispuestas/os a resolver cualquier duda o cuestión que quisiera plantearles	1 2 3 4 5 6 7	(4)
Me prestaban toda su atención cuando les hablaba, escuchando todo lo que les decía	1 2 3 4 5 6 7	(5)
Se expresaban de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que podía entender	1 2 3 4 5 6 7	(6)
Procuraban que hubiera privacidad cuando se comunicaban conmigo	1 2 3 4 5 6 7	(7)
Eran honestas/os y sinceras/os cuando respondían a mis preguntas	1 2 3 4 5 6 7	(9)
Comprendían mi estado y necesidades emocionales y actuaban de forma sensible ante ello	1 2 3 4 5 6 7	(10)
Me explicaron mis derechos o dónde podía consultarlos	1 2 3 4 5 6 7	(14)
Me presentaron al personal sanitario que me atendería y cuáles eran las responsabilidades, obligaciones y limitaciones de este personal	1 2 3 4 5 6 7	(15)
Me explicaron las normas de la unidad, el horario, etc. del SMI cuando ingresé	1 2 3 4 5 6 7	(18)
Me explicaban diariamente la evolución de mi enfermedad	1 2 3 4 5 6 7	(19)
Me informaban de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que me iban a realizar	1 2 3 4 5 6 7	(20)
Respondían a mis temores sobre la posibilidad de que empeorase	1 2 3 4 5 6 7	(25)
Me preguntaban y llevaban a cabo acciones para satisfacer mis necesidades religiosas o culturales	1 2 3 4 5 6 7	(27)
En situaciones críticas me aportaron orientación y apoyo psicológico más allá de los aspectos técnico-sanitarios	1 2 3 4 5 6 7	(30)
Por lo general, su comunicación conmigo era adecuada	1 2 3 4 5 6 7	(31)
Por lo general, su comunicación conmigo era frecuente	1 2 3 4 5 6 7	(32)
Por lo general, su comunicación conmigo era sincera	1 2 3 4 5 6 7	(33)
Por lo general, dedicaban el tiempo necesario para comunicarse conmigo	1 2 3 4 5 6 7	(34)
Por lo general, su comunicación conmigo era cercana	1 2 3 4 5 6 7	(35)
En términos generales, su comunicación conmigo fue satisfactoria	1 2 3 4 5 6 7	(36)
En términos generales, su forma de comunicarse y lo que comunicaban se ajustaba a mis necesidades	1 2 3 4 5 6 7	(37)
En términos generales, su comunicación conmigo fue como esperaba	1 2 3 4 5 6 7	(38)
Por lo general, la información que me dieron fue completa	1 2 3 4 5 6 7	(39)
Por lo general, la información que me dieron era entendible	1 2 3 4 5 6 7	(40)



P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Las enfermeras/os eran profesionales y conocían su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(41)
Las enfermeras/os se mostraron dispuestas/os a atender y responder a mis necesidades y preguntas	1	2	3	4	5	6	7	(42)
Las enfermeras/os me transmitían confianza y seguridad	1	2	3	4	5	6	7	(43)
Las enfermeras/os se mostraban respetuosas/os con mis derechos	1	2	3	4	5	6	7	(44)
Se adoptaron las medidas necesarias para intentar reducir mi dolor	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptaron las medidas necesarias para reducir mi agitación y nerviosismo	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procuraba respetar mi intimidad	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se respondía de forma rápida a mis alarmas y peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
La limpieza del SMI era buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
El box en el que estaba se encontraba ordenado	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. eran suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario del box era nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
Las enfermeras/os tenían una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
Las enfermeras/os estaban claramente identificadas/os	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI era adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas eran adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
La cantidad de comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(67)
La calidad de la comida era buena	1	2	3	4	5	6	7	(68)
La temperatura de la comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(69)
La comida era variada	1	2	3	4	5	6	7	(70)
Se intentaba adaptar la comida, en la medida de lo posible, a mis gustos y preferencias	1	2	3	4	5	6	7	(71)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los médicos del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con las enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el servicio de comidas	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención que me han prestado en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P5 Género: (163)

Hombre.....1
Mujer.....2

P6 Edad: (164)

Menor 25 años.....1
25-30 años.....2
31-35 años.....3
36-40 años.....4
41-45 años.....5
46-50 años.....6
51-55 años.....7
56-60 años.....8
Más de 60 años.....9

P7 Nivel de estudios acabados: (169)

Sin estudios.....1
Primaria o ESO (ESO, FP1, EGB).....2
Bachiller o FP2.....3
Universitarios.....4
Posgrados universitarios5

P9 Número de días que estuvo ingresado en SMI: (171)

P10 ¿En los dos últimos años ha estado anteriormente ingresado usted u otro familiar en el SMI?: (172)

Sí1
No.....2

P11 Municipio en el que reside: (173)

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS DEL PACIENTE:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE A CUMPLIMENTAR POR EL ENTREVISTADOR	
H.C.:	(200)
Fecha de alta/exitus de UCI:	(201)
Edad (años):	(202)
Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2	(203)
APACHE II ingreso:	(204)
Estancia pre-UCI (días):	(205)
Estancia en UCI (días):	(206)
Estancia hospitalaria total (días):	(207)
Mortalidad en UCI: Sí1 No.....2	(208)
Mortalidad hospitalaria post-UCI: Sí1 No.....2	(209)
Procedencia (marcar solo una opción): Urgencia.....1 Planta quirúrgica.....2 Planta médica.....3 Ginecología.....4 Otro hospital.....5 Otra isla.....6 Otros (indicar:.....).....7	(210)
Tipo de paciente (marcar solo una opción): Coronario.....1 Médico.....2 Quirúrgico.....3 Trauma.....4 Ginecológico.....5	(211)
Lugar geográfico de residencia: Residente.....1 Extranjero residente.....2 Visitante.....3	(212)
Ventilación mecánica: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(213-214)
Traqueotomía: Sí1 No.....2	(215)
Técnicas de depuración extrarrenal: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(216-217)
Coma Glasgow Score al alta de UCI (del 3 al 15):	(218)

ANEXO 6. CUESTIONARIO 6: Cuestionario para los familiares de pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal médico.



CUESTIONARIO 6 Encuesta FAMILIARES sobre MÉDICOS



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado familiar:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de nuestros pacientes, de sus familiares y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 6

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la comunicación entre los familiares y el médico que ha atendido a su familiar en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

EL MÉDICO...	1	2	3	4	5	6	7	()
Se presentó la primera vez que se comunicó con nosotros y nos explicó su responsabilidad con nuestro familiar ingresado en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva)								(2)
Se mostraba amable y respetuoso con nosotros								(3)
Se mostraba dispuesto a resolver cualquier duda o cuestión que quisiéramos plantearle								(4)
Nos prestaba toda su atención cuando le hablábamos, escuchando todo lo que le decíamos								(5)
Se expresaba de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que podíamos entender								(6)
Procuraba que hubiera privacidad cuando se comunicaba con nosotros								(7)
No facilitaba a nuestro familiar ingresado la totalidad de la información sobre su estado cuando se lo solicitábamos razonadamente								(8)
Era honesto y sincero cuando respondía a nuestras preguntas								(9)
Comprendía nuestro estado y necesidades emocionales y actuaba de forma sensible ante ello								(10)
Establecía los medios adecuados para atendernos si queríamos contactar con él fuera de las horas de visita								(11)
Nos daba las malas noticias de forma clara, pero con tacto y delicadeza								(12)
Acordó con nosotros quién sería la persona que actuaría como representante y portavoz de la familia								(13)
Nos explicó nuestros derechos o dónde podíamos consultarlos								(14)
Nos presentó al personal sanitario que atendería a nuestro familiar ingresado y cuáles eran las responsabilidades, obligaciones y limitaciones de este personal								(15)
Nos explicó a quién y dónde dirigirnos (médico, enfermera, administración, recepción, etc.) según el tipo de información o cuestión que quisiéramos plantear.								(16)
Nos explicó la enfermedad de nuestro familiar al ingresar en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva)								(17)
Nos explicó las normas de la unidad, el horario, etc. del SMI cuando nuestro familiar ingresó en ese servicio								(18)
Nos explicaba diariamente la evolución de la enfermedad y del estado de nuestro familiar ingresado								(19)
Nos informaba de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que se iban a realizar a nuestro familiar								(20)
Nos solicitaba el consentimiento informado por escrito para realizar a nuestro familiar los procedimientos (pruebas, operaciones, etc.) que así lo requerían								(21)
Nos explicaba las distintas opciones de tratamiento que se podían aplicar a nuestro familiar								(22)
Nos explicaba el tratamiento a aplicar a nuestro familiar y lo que se esperaba conseguir								(23)
Respondía a nuestras preguntas sobre la enfermedad de nuestro familiar y su tratamiento								(24)
Respondía a nuestros temores sobre la posibilidad de que nuestro familiar empeorara								(25)
Cuando nuestro familiar podía empeorar, nos lo comentaba previamente								(26)
Nos preguntó y llevó a cabo acciones para satisfacer nuestras necesidades religiosas o culturales								(27)
Nos consultó lo que nuestro familiar querría si fuese capaz de tomar la decisión sobre su tratamiento								(28)
Nos explicó cómo podía afectar el tratamiento aplicado a la salud de nuestro familiar a corto y largo plazo								(29)
Ante situaciones críticas del estado de nuestro familiar (incluso en el caso de su fallecimiento, si se produjo), nos aportó orientación y apoyo (psicológico, administrativo, dónde dirigirnos, etc.) más allá de los aspectos técnico-sanitarios								(30)
Por lo general, su comunicación con nosotros era adecuada								(31)

Por lo general, su comunicación con nosotros era frecuente	1	2	3	4	5	6	7	(32)
Por lo general, su comunicación con nosotros era sincera	1	2	3	4	5	6	7	(33)
Por lo general, dedicaba el tiempo necesario para comunicarse con nosotros	1	2	3	4	5	6	7	(34)
Por lo general, su comunicación con nosotros era cercana	1	2	3	4	5	6	7	(35)
En términos generales, su comunicación con nosotros fue satisfactoria	1	2	3	4	5	6	7	(36)
En términos generales, su forma de comunicarse y lo que comunicaba se ajustaba a nuestras necesidades	1	2	3	4	5	6	7	(37)
En términos generales, su comunicación con nosotros fue como esperábamos	1	2	3	4	5	6	7	(38)
Por lo general, la información que nos dio fue completa	1	2	3	4	5	6	7	(39)
Por lo general, la información que nos dio era entendible	1	2	3	4	5	6	7	(40)

P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El personal médico era profesional y conocía su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(41)
El personal médico se mostró dispuesto a atender y responder a nuestras necesidades y preguntas	1	2	3	4	5	6	7	(42)
El personal médico transmitía confianza y seguridad	1	2	3	4	5	6	7	(43)
El personal médico se mostraba respetuoso con nuestros derechos	1	2	3	4	5	6	7	(44)
Se adoptaron las medidas necesarias para intentar reducir el dolor de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptaron las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procuraba respetar la intimidad de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se respondía de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
Los puntos de información y la señalización dentro del Hospital facilitaban la localización del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(49)
La sala de espera del SMI estaba bien ubicada	1	2	3	4	5	6	7	(50)
La sala de espera del SMI estaba limpia	1	2	3	4	5	6	7	(51)
La sala de espera del SMI era confortable	1	2	3	4	5	6	7	(52)
La sala de espera del SMI era amplia	1	2	3	4	5	6	7	(53)
La limpieza del SMI era buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
Los boxes del SMI estaban ordenados	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. eran suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario de los boxes era nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
El personal médico tenía una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
El personal médico estaba claramente identificado	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI era adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas eran adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
La cantidad de comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(67)
La calidad de la comida era buena	1	2	3	4	5	6	7	(68)
La temperatura de la comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(69)
La comida era variada	1	2	3	4	5	6	7	(70)
Se intentaba adaptar la comida, en la medida de lo posible, a los gustos y preferencias de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(71)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los médicos del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con las enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)

Q6/2

Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el servicio de comidas	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención prestados a mi familiar en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)

P4 Por favor, indique, en una escala de 1 a 5, el nivel de frecuencia con el que usted utilizó los siguientes canales de comunicación para obtener la información que usted necesitó durante la estancia de su familiar en el SMI.

Canales de comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Tablones de información	1	2	3	4	5	(143)
Carteles	1	2	3	4	5	(144)
Folleto	1	2	3	4	5	(145)
Hojas informativas	1	2	3	4	5	(146)
Teléfonos del SMI	1	2	3	4	5	(174)
Área de servicio de atención al diente	1	2	3	4	5	(175)
Personal de los puntos de información	1	2	3	4	5	(176)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P5 Género: (163)

- Hombre.....1
- Mujer.....2

P6 Edad: (164)

- Menor 25 años.....1
- 25-30 años.....2
- 31-35 años.....3
- 36-40 años.....4
- 41-45 años.....5
- 46-50 años.....6
- 51-55 años.....7
- 56-60 años.....8
- Más de 60 años.....9

P7 Nivel de estudios acabados: (169)

- Sin estudios.....1
- Primaria o ESO (ESO, FP1, EGB).....2
- Bachiller o FP2.....3
- Universitarios.....4
- Posgrados universitarios.....5

P8 Parentesco con el paciente que estaba ingresado en SMI: (170)

- Pareja.....1
- Hijo/a.....2
- Padre/Madre... 3
- Abuelo/a.....4
- Otro:.....5

P9 Número de días que estuvo su familiar ingresado en SMI: (171)

P10 ¿En los dos últimos años ha tenido anteriormente ingresado a éste u otro familiar en el SMI?: (172)

- Sí1
- No.....2

P11 Municipio en el que reside: (173)

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS DEL FAMILIAR:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE A CUMPLIMENTAR POR EL ENTREVISTADOR	
H.C.:	(200)
Fecha de alta/exitus de UCI:	(201)
Edad (años):	(202)
Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2	(203)
APACHE II ingreso:	(204)
Estancia pre-UCI (días):	(205)
Estancia en UCI (días):	(206)
Estancia hospitalaria total (días):	(207)
Mortalidad en UCI: Sí1 No.....2	(208)
Mortalidad hospitalaria post-UCI: Sí1 No.....2	(209)
Procedencia (marcar solo una opción): Urgencia.....1 Planta quirúrgica.....2 Planta médica.....3 Ginecología.....4 Otro hospital.....5 Otra isla.....6 Otros (indicar:.....).....7	(210)
Tipo de paciente (marcar solo una opción): Coronario.....1 Médico.....2 Quirúrgico.....3 Trauma.....4 Ginecológico.....5	(211)
Lugar geográfico de residencia: Residente.....1 Extranjero residente.....2 Visitante.....3	(212)
Ventilación mecánica: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(213-214)
Traqueotomía: Sí1 No.....2	(215)
Técnicas de depuración extrarrenal: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(216-217)
Coma Glasgow Score al alta de UCI (del 3 al 15):	(218)

ANEXO 7. CUESTIONARIO 7: Cuestionario para los familiares de pacientes ingresados en el SMI con respecto al personal de enfermería.



CUESTIONARIO 7
Encuesta FAMILIARES sobre ENFERMERAS/OS

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA



Estimado familiar:

Como sabe el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) posee la certificación de calidad, pero para poder continuar con esta política de calidad necesitamos su colaboración cumplimentando esta encuesta, que nos ayudará a plantear líneas de mejora que redundarán en la satisfacción de nuestros pacientes, de sus familiares y de los miembros del SMI. Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato.

Muchas Gracias

TIPO CUESTIONARIO (0): 7

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la comunicación entre los familiares y las enfermeras/os que ha atendido a su familiar en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

LAS ENFERMERAS/OS...	1	2	3	4	5	6	7	
Se presentaron la primera vez que se comunicaron con nosotros y nos explicaron su responsabilidad con nuestro familiar ingresado en el SMI (Servicio de Medicina Intensiva)								(2)
Se mostraban amables y respetuosas/os con nosotros								(3)
Se mostraban dispuestas/os a resolver cualquier duda o cuestión que quisiéramos plantearle								(4)
Nos prestaban toda su atención cuando les hablábamos, escuchando todo lo que les decíamos								(5)
Se expresaban de forma clara, utilizando palabras, términos y explicaciones que podíamos entender								(6)
Procuraban que hubiera privacidad cuando se comunicaban con nosotros								(7)
No facilitaban a nuestro familiar ingresado la totalidad de la información sobre su estado cuando se lo solicitábamos razonadamente								(8)
Eran honestas/os y sinceras/os cuando respondían a nuestras preguntas								(9)
Comprendían nuestro estado y necesidades emocionales y actuaban de forma sensible ante ello								(10)
Acordaron con nosotros quién sería la persona que actuaría como representante y portavoz de la familia								(13)
Nos explicaron nuestros derechos o dónde podíamos consultarlos								(14)
Nos presentaron al personal sanitario que atendería a nuestro familiar ingresado y cuáles eran las responsabilidades, obligaciones y limitaciones de este personal								(15)
Nos explicaron a quién y dónde dirigirnos (médico, enfermera/o, administración, recepción, etc.) según el tipo de información o cuestión que quisiéramos plantear.								(16)
Nos explicaron las normas de la unidad, el horario, etc. del SMI cuando nuestro familiar ingresó en ese servicio								(18)
Nos explicaban diariamente la evolución de la enfermedad y del estado de nuestro familiar ingresado								(19)
Nos informaban de las exploraciones, equipamiento utilizado y pruebas que se iban a realizar a nuestro familiar								(20)
Respondían a nuestros temores sobre la posibilidad de que nuestro familiar empeorara								(25)
Nos preguntaron y llevaron a cabo acciones para satisfacer nuestras necesidades religiosas o culturales								(27)
Ante situaciones críticas del estado de nuestro familiar (incluso en el caso de su fallecimiento, si se produjo), nos aportaron orientación y apoyo (psicológico, administrativo, dónde dirigirnos, etc.) más allá de los aspectos técnico-sanitarios								(30)
Por lo general, su comunicación con nosotros era adecuada								(31)
Por lo general, su comunicación con nosotros era frecuente								(32)
Por lo general, su comunicación con nosotros era sincera								(33)
Por lo general, dedicaban el tiempo necesario para comunicarse con nosotros								(34)
Por lo general, su comunicación con nosotros era cercana								(35)
En términos generales, su comunicación con nosotros fue satisfactoria								(36)
En términos generales, su forma de comunicarse y lo que comunicaba se ajustaba a nuestras necesidades								(37)
En términos generales, su comunicación con nosotros fue como esperábamos								(38)
Por lo general, la información que nos dieron fue completa								(39)
Por lo general, la información que nos dieron era entendible								(40)



P2 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la calidad del servicio del SMI (Servicio de Medicina Intensiva). Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Las enfermeras/os eran profesionales y conocían su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	(41)
Las enfermeras/os se mostraron dispuestas/os a atender y responder a nuestras necesidades y preguntas	1	2	3	4	5	6	7	(42)
Las enfermeras/os transmitían confianza y seguridad	1	2	3	4	5	6	7	(43)
Las enfermeras/os se mostraban respetuosas/os con nuestros derechos	1	2	3	4	5	6	7	(44)
Se adoptaron las medidas necesarias para intentar reducir el dolor de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(45)
Se adoptaron las medidas necesarias para reducir la agitación y el nerviosismo de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(46)
Se procuraba respetar la intimidad de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(47)
Se respondía de forma rápida a las alarmas y a las peticiones de asistencia	1	2	3	4	5	6	7	(48)
Los puntos de información y la señalización dentro del Hospital facilitaban la localización del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(49)
La sala de espera del SMI estaba bien ubicada	1	2	3	4	5	6	7	(50)
La sala de espera del SMI estaba limpia	1	2	3	4	5	6	7	(51)
La sala de espera del SMI era confortable	1	2	3	4	5	6	7	(52)
La sala de espera del SMI era amplia	1	2	3	4	5	6	7	(53)
La limpieza del SMI era buena	1	2	3	4	5	6	7	(54)
Los boxes del SMI estaban ordenados	1	2	3	4	5	6	7	(55)
Las sábanas, mantas, almohadas, etc. eran suficientes	1	2	3	4	5	6	7	(56)
El mobiliario de los boxes era nuevo	1	2	3	4	5	6	7	(57)
Las enfermeras/os tenían una apariencia limpia y cuidada	1	2	3	4	5	6	7	(58)
Las enfermeras/os estaban claramente identificadas/os	1	2	3	4	5	6	7	(59)
El nivel de ruido en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(60)
El nivel de iluminación en el SMI era adecuado	1	2	3	4	5	6	7	(61)
El nivel de comodidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(62)
El nivel de intimidad en el SMI era aceptable	1	2	3	4	5	6	7	(63)
La temperatura del SMI era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(64)
Las franjas horarias de visitas eran adecuadas	1	2	3	4	5	6	7	(65)
La duración de las visitas era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(66)
La cantidad de comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(67)
La calidad de la comida era buena	1	2	3	4	5	6	7	(68)
La temperatura de la comida era adecuada	1	2	3	4	5	6	7	(69)
La comida era variada	1	2	3	4	5	6	7	(70)
Se intentaba adaptar la comida, en la medida de lo posible, a los gustos y preferencias de nuestro familiar	1	2	3	4	5	6	7	(71)

P3 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a su satisfacción con diferentes aspectos del SMI. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Estoy satisfecho con el SMI en su conjunto	1	2	3	4	5	6	7	(72)
Estoy satisfecho con el nivel de calidad del servicio del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(73)
Estoy satisfecho con los médicos del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(82)
Estoy satisfecho con las enfermeras/os del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(83)
Estoy satisfecho con los auxiliares de enfermería del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(84)
Estoy satisfecho con los celadores	1	2	3	4	5	6	7	(85)
Estoy satisfecho con las instalaciones del SMI	1	2	3	4	5	6	7	(86)
Estoy satisfecho con el servicio de comidas	1	2	3	4	5	6	7	(88)
Estoy satisfecho con el servicio de limpieza	1	2	3	4	5	6	7	(89)
Estoy satisfecho con el cuidado y atención prestados a mi familiar en el SMI	1	2	3	4	5	6	7	(90)

P4 Por favor, indique, en una escala de 1 a 5, el nivel de frecuencia con el que usted utilizó los siguientes canales de comunicación para obtener la información que usted necesitó durante la estancia de su familiar en el SMI.

Canales de comunicación	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
Tablones de información	1	2	3	4	5	(143)
Carteles	1	2	3	4	5	(144)
Folletos	1	2	3	4	5	(145)
Hojas informativas	1	2	3	4	5	(146)
Teléfonos del SMI	1	2	3	4	5	(174)
Área de servicio de atención al cliente	1	2	3	4	5	(175)
Personal de los puntos de información	1	2	3	4	5	(176)

DATOS DE CLASIFICACIÓN

P5 Género: (163)

- Hombre.....1
- Mujer.....2

P6 Edad: (164)

- Menor 25 años.....1
- 25-30 años.....2
- 31-35 años.....3
- 36-40 años.....4
- 41-45 años.....5
- 46-50 años.....6
- 51-55 años.....7
- 56-60 años.....8
- Más de 60 años.....9

P7 Nivel de estudios acabados: (169)

- Sin estudios.....1
- Primaria o ESO (ESO, FP1, EGB).....2
- Bachiller o FP2.....3
- Universitarios.....4
- Posgrados universitarios.....5

P8 Parentesco con el paciente que estaba ingresado en SMI: (170)

- Pareja.....1
- Hijo/a.....2
- Padre/Madre... 3
- Abuelo/a.....4
- Otro:.....5

P9 Número de días que estuvo su familiar ingresado en SMI: (171)

P10 ¿En los dos últimos años ha tenido anteriormente ingresado a éste u otro familiar en el SMI?: (172)

- Sí.....1
- No.....2

P11 Municipio en el que reside: (173)

ESPACIO ADICIONAL PARA COMENTARIOS DEL FAMILIAR:

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE A CUMPLIMENTAR POR EL ENTREVISTADOR	
H.C.:	(200)
Fecha de alta/exitus de UCI:	(201)
Edad (años):	(202)
Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2	(203)
APACHE II ingreso:	(204)
Estancia pre-UCI (días):	(205)
Estancia en UCI (días):	(206)
Estancia hospitalaria total (días):	(207)
Mortalidad en UCI: Sí1 No.....2	(208)
Mortalidad hospitalaria post-UCI: Sí1 No.....2	(209)
Procedencia (marcar solo una opción): Urgencia.....1 Planta quirúrgica.....2 Planta médica.....3 Ginecología.....4 Otro hospital.....5 Otra isla.....6 Otros (indicar:.....).....7	(210)
Tipo de paciente (marcar solo una opción): Coronario.....1 Médico.....2 Quirúrgico.....3 Trauma.....4 Ginecológico.....5	(211)
Lugar geográfico de residencia: Residente.....1 Extranjero residente.....2 Visitante.....3	(212)
Ventilación mecánica: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(213-214)
Traqueotomía: Sí1 No.....2	(215)
Técnicas de depuración extrarrenal: Sí1 -> Número de días: _____ No.....2	(216-217)
Coma Glasgow Score al alta de UCI (del 3 al 15):	(218)

ANEXO 8. CUESTIONARIO 8: Cuestionario de solicitud de servicio del SMI por médicos.



CUESTIONARIO 8 Encuesta de solicitud de servicio del SMI por médicos



SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

Estimado compañero/a:

Con nuestra política de mejora enfocada a la satisfacción de los diferentes Servicios, el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) se dirige a usted con el fin de solicitar su colaboración en la cumplimentación de esta encuesta. Su colaboración es voluntaria, aunque conocer su opinión será de gran utilidad para conocer y mejorar el funcionamiento del SMI.

Deseamos manifestarle de antemano que la información que nos facilite será tratada con carácter global y confidencial y su uso será exclusivamente para los fines de este estudio, garantizándole siempre su total anonimato

Muchas Gracias

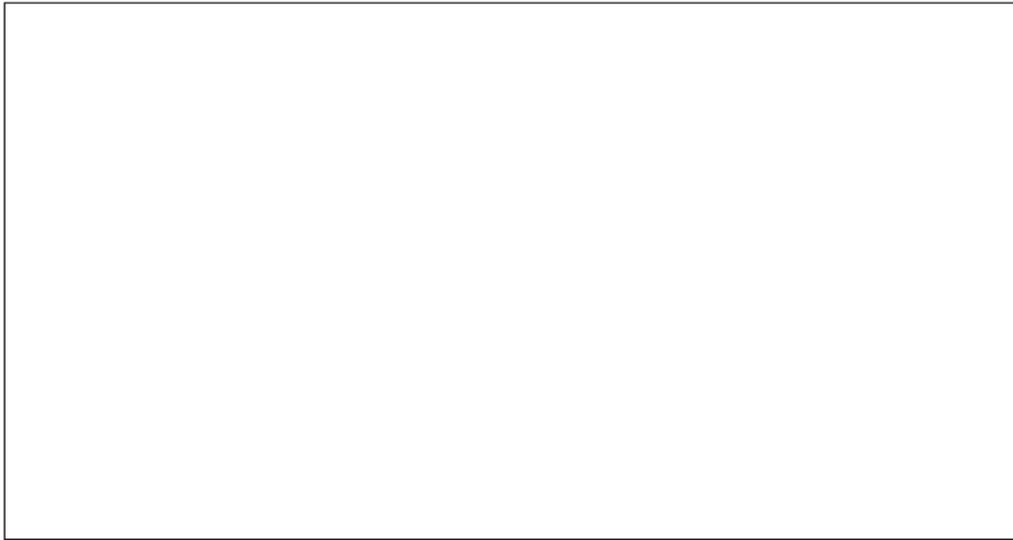
TIPO CUESTIONARIO (0): 8

Nº CUESTIONARIO (1):

P1 En la siguiente tabla se recoge una serie de afirmaciones con relación a la prestación del Servicio de Medicina Intensiva. Por favor, indique, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a tales afirmaciones, posicionándose en una escala de 1 a 7, sabiendo que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El procedimiento que se debe seguir para solicitar la valoración de un paciente por el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) es sencillo y práctico	1 2 3 4 5 6 7	(2)
Es fácil y rápido contactar con el SMI en el momento de la solicitud de valoración de un paciente	1 2 3 4 5 6 7	(3)
Los canales utilizados para contactar con el SMI son suficientes y de fácil acceso	1 2 3 4 5 6 7	(4)
El tiempo de respuesta es adecuado, ya que se ajusta a la gravedad/estado del paciente	1 2 3 4 5 6 7	(5)
Conozco los criterios de aceptación/denegación de ingreso en SMI	1 2 3 4 5 6 7	(6)
Considero que los criterios de aceptación/denegación son aceptables y lógicos	1 2 3 4 5 6 7	(7)
Considero que la forma y modo en que se realiza el traslado del paciente a la SMI se hace de forma segura	1 2 3 4 5 6 7	(8)
Cuando se ha denegado el ingreso del paciente en SMI, por lo general me he quedado conforme con los argumentos dados	1 2 3 4 5 6 7	(9)
En general, el trato dispensado por el personal del SMI siempre ha sido correcto (amable, respetuoso, con buena predisposición,...)	1 2 3 4 5 6 7	(10)
La información que se recoge en el informe médico de alta de los pacientes de SMI contempla todos los datos necesarios, es decir, la información es completa, precisa y actualizada	1 2 3 4 5 6 7	(11)
En general, estoy satisfecho con la atención y el trato que el SMI ha dado a mis pacientes	1 2 3 4 5 6 7	(12)
En general, estoy satisfecho con el trabajo del SMI	1 2 3 4 5 6 7	(13)

A continuación, dispone de un espacio donde puede indicar, si lo desea, aquellas razones que justifican, si fuera el caso, sus bajas puntuaciones en las afirmaciones anteriores; así como todo aquello que considere necesario y útil aportar, además de posibles acciones de mejora que recomendaría a la dirección del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (CHUIMI).



DATOS DE CLASIFICACIÓN:

P7 Género: (14)

Hombre.....1
Mujer.....2

P8 Edad: (15)

Menos de 25 años...1
25-30 años.....2
31-35 años.....3
36-40 años.....4
41-45 años.....5
46-50 años.....6
51-55 años.....7
56-60 años.....8
Más de 60 años.....9

P9 Categoría: (16)

Médico especialista.....1
Médico no especialista.....2

P10 Tipo de contrato: (17)

Eventual.....1
Interino.....2
Con plaza.....3

P11 Años de experiencia en la profesión: (18)

Menos de 1 año.....1
1-5 años.....2
6-10 años.....3
11-15 años.....4
16-20 años.....5
21-25 años.....6
26-30 años.....7
Más de 30 años.....8

P12 Servicio: (19)

