

# Desarrollo de un índice para la evaluación de la calidad asistencial de las intervenciones de psicología clínica desde la perspectiva de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud

José L. Benítez-Ortega<sup>1</sup>, Raquel Vázquez-Morejón<sup>2</sup>, Verónica Gómez-Gómez<sup>1</sup>,  
 José F. Venceslá-Martínez<sup>1</sup>, Ángel G. López Pérez-Díaz<sup>1</sup>, Alfredo Rodríguez-Gómez<sup>1</sup>,  
 Rafael J. Martínez-Cervantes<sup>2</sup> y Antonio J. Vázquez-Morejón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio Andaluz de Salud (SAS). Grupo de trabajo en calidad asistencial de la Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SEPCA)

<sup>2</sup> Universidad de Sevilla, Sevilla, España

*Development of an index for the assessment of the quality of care in clinical psychology interventions from the perspective of professionals in the Andalusian Health Service*

**Abstract:** The evaluation of healthcare quality is a mandatory requirement for improving the services offered. However, there are few valid and standardized measures, especially in the field of clinical psychology care. The objective of this study is to develop and validate a quality-of-care measurement index from the perspective of clinical psychology specialists that allows for agile and easy interpretation of evaluation results. In this study, 83 clinical psychology specialists from the Andalusian Health Service participated. Through psychometric analysis, an index composed of four essential indicators was obtained, with excellent values of internal consistency and adequate fit indices for a unidimensional model. The resulting index is a useful, reliable, valid, and sensitive tool for monitoring the quality of clinical psychology interventions and evaluating improvement programs based on empirical evidence.

**Keywords:** Healthcare quality; mental health; unidimensional index; clinical psychology.

**Resumen:** La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud es un requisito obligatorio para la mejora de los servicios ofrecidos. Sin embargo, existen pocas medidas válidas y estandarizadas, especialmente en el campo de la atención psicológica clínica. El objetivo del presente estudio es el desarrollo y validación de un índice de medida de la calidad asistencial desde la perspectiva de los especialistas de psicología clínica, que permita una evaluación ágil y de fácil interpretación. Participaron 83 especialistas de psicología clínica del Servicio Andaluz de Salud. Mediante análisis psicométricos, se obtuvo un índice compuesto por cuatro indicadores esenciales, con excelentes valores de consistencia interna e índices de ajuste adecuados para un modelo unidimensional. El índice obtenido es una herramienta útil, fiable, válida y sensible para la monitorización de la calidad de las prestaciones de psicología clínica y la evaluación de programas de mejora basados en evidencias empíricas.

**Palabras clave:** Calidad asistencial; salud mental; índice unidimensional; psicología clínica.

## Introducción

Recibido: 17 de mayo de 2023; aceptado: 13 de enero de 2024.  
 Correspondencia: José L. Benítez Ortega, Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir, Servicio Andaluz de Salud. C/Marqués de Paradas, 49, 1ª planta. 41001. Sevilla. Email: josel.benitez.ortega.sspa@juntadeandalucia.es

Aunque las raíces del movimiento de mejora de la calidad en la atención a la salud se pueden remontar al siglo XIX (Marjoua y Bozic, 2012), la evaluación de la calidad de los sistemas y centros de atención a la salud

se puede considerar un producto de las políticas impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la segunda mitad del siglo xx (Colton, 2000). Según los investigadores del estudio sobre la carga global de enfermedades de 2019 (Lozano et al., 2020), es necesario evaluar si los servicios de salud tienen la calidad suficiente para producir beneficios de salud para las poblaciones a las que atienden.

Este consenso de los expertos sobre la necesaria evaluación de la calidad de los servicios sanitarios no ha tenido una aplicación homogénea en todas las áreas sanitarias. La evaluación de la calidad de la atención a la salud mental no ha mejorado en la misma medida que para otras condiciones médicas (Dudley et al., 2022; Follwell et al., 2021; Kilbourne et al., 2018). Se necesita una consideración crítica sobre evaluadores, fuentes de información e instrumentos (Badu et al., 2019). Escasean medidas de calidad asistencial en salud mental bien definidas, eficientes, fiables, válidas y estandarizadas (Gutiérrez-Colosía et al., 2017; Heiervang et al., 2020; Hermann et al., 2002; Kilbourne et al., 2010, 2018; Quinlan-Davidson et al., 2021).

Entre los intentos más sistemáticos de desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención a la salud mental están los trabajos del profesor Hermann y sus colaboradores (Hermann et al., 2000; Hermann, Finety et al., 2002; Hermann y Palmer, 2002; Hermann, Mattke et al., 2004; Hermann, Palmer et al., 2004; Hermann et al., 2006). Su equipo de trabajo desarrolló un inventario nacional para medir la calidad de la atención a la salud mental en EEUU financiado por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Hermann et al., 2000). Asimismo, Hermann, Mattke et al. (2004) presentaron el consenso de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), basado en un panel de expertos internacionales sobre doce indicadores de atención a la salud mental, que cubrían las cuatro áreas que consideraban claves: tratamiento, continuidad de la atención, coordinación, y resultados para el paciente. Entre los indicadores de calidad de la atención a la salud mental incluyeron aspectos como la adecuación de la intervención, la continuidad y el acceso a los tratamientos de salud mental, así como la coordinación entre servicios y profesionales, y la detección y prevención de los trastornos mentales.

A pesar de estos esfuerzos, el conjunto de estos indicadores recomendados sigue sin estar disponible de manera sistemática para hacer estudios comparativos y de mejora de la calidad de la atención a la salud mental. Esta ausencia de indicadores recogidos de manera consensuada y sistemática sobre la calidad de la atención a la salud mental se puede ilustrar con una consulta a la

base de datos de la OCDE en junio de 2022 (OECD, s.f.), en la que presentan datos de los países integrantes de dicha organización hasta 2020, y donde muestran sólo seis indicadores de la calidad de la atención a la salud mental exclusivamente relacionados con el área de resultados —datos de suicidios y de exceso de mortalidad entre pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves—, incumpliendo así sus propias recomendaciones sobre indicadores de consenso para evaluar la calidad de la atención a la salud mental (Hermann, Mattke et al., 2004) al no reportar información sobre indicadores del tratamiento, de continuidad de la atención o de la coordinación.

### *Calidad asistencial de la psicología clínica y su evaluación*

La necesidad de mejorar la evaluación de la calidad asistencial es aún más acusada en relación con la especialidad sanitaria de la psicología clínica (Salinas-Rodríguez y González-Díaz, 2006). Así, por ejemplo, entre los estándares establecidos por la Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Atención a la Salud Mental (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2018) tan sólo se menciona una vez a los especialistas de psicología clínica. Y es otro ejemplo más relevante aún de esta necesidad el que la OCDE, en sus doce indicadores de consenso para evaluar la calidad de la atención a la salud mental (Hermann, Mattke et al., 2004), no incluye ninguno referido a tratamientos psicológicos. En el propio informe de la OCDE reconocen esta carencia, argumentando que “registrar la naturaleza de las intervenciones psicológicas es difícil, ya que los especialistas varían considerablemente en sus niveles de habilidad y a menudo hacen un uso ecléctico de múltiples modelos terapéuticos” (Hermann, Mattke, et al., 2004; p. 10). En este contexto destaca la iniciativa de la Asociación Psicológica Americana (Wright et al., 2020) para promover y desarrollar medidas de calidad de la atención psicológica.

En España, la atención psicológica especializada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es ofrecida por profesionales de la psicología clínica. Fernández-García (2021) estima la presencia de unos 2.615 profesionales de la psicología clínica en el SNS, con una ratio de 5.58 profesionales por cada 100.000 habitantes, considerando necesario aumentar la ratio a un mínimo de 12 profesionales por cada 100.000 habitantes. Esta carencia de profesionales de la psicología clínica no es homogénea en todo el territorio español, oscilando la ratio de profesionales entre 10.13 de Navarra y 3.22 de Andalucía (Fernández-García, 2021). Una de las principales conse-

cuencias de la falta de profesionales es el aumento del intervalo entre consultas, lo que acaba provocando que los tratamientos sean menos eficaces, y que parte de la población tenga que recurrir a profesionales del ámbito privado en la medida en que sus recursos económicos lo permitan, con la consiguiente desigualdad de derechos que esto conlleva.

Ante este panorama, Duro-Martínez (2021) recomienda realizar estudios detallados y regulares para saber no solo cuántos especialistas en psicología clínica hay en cada comunidad autónoma, sino también para detallar en qué tipo de niveles y en qué tipo de dispositivos se ubican. Y el Defensor del Pueblo ha recomendado “Promover a la mayor brevedad posible en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con todas las administraciones sanitarias competentes, la realización de una evaluación de necesidades específicas en materia de atención psicológica dirigida a incrementar progresivamente este tipo de asistencia en los servicios autonómicos de salud” (Defensor del Pueblo, 2020).

Benítez-Ortega et al. (2021) llevaron a cabo un amplio estudio sobre la calidad asistencial de los servicios de psicología clínica en Andalucía, la comunidad autónoma con la ratio más deficiente de profesionales por habitante en España. Al hablar de servicios de psicología clínica en el SAS, los autores se refieren al conjunto de funciones, prestaciones o intervenciones asistenciales realizadas por los/as facultativos/as especialistas de área de psicología clínica (FEA-PC) que se integran en la red de dispositivos de Salud Mental del SAS. Su conclusión fue que la calidad asistencial actual de las prestaciones de psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) era deficiente para la mayor parte de las dimensiones que integran la calidad asistencial. Según estos autores, la ratio efectiva en Andalucía en febrero de 2020 era de 3.05 facultativos por cada 100.000 habitantes, lo cual es claramente insuficiente para garantizar una calidad asistencial suficiente. Recomiendan establecer estándares de la carga de trabajo de los psicólogos clínicos, e integrar indicadores medibles de calidad en los sistemas de información de salud mental.

#### *Fuentes de información para la evaluación de la calidad asistencial*

Uno de los primeros autores que trató de estructurar la evaluación de la calidad en la atención a la salud fue Donabedian (2005). Señaló tres fuentes de datos para esta evaluación: a) la científico-técnica, pudiéndose incluir en ella la perspectiva de los profesionales; b) la interpersonal o funcional, referida a la perspectiva de

los usuarios; y c) la del entorno o contexto en el que se insertan los sistemas de salud, lo cual incluye la perspectiva de otros actores relevantes como la sociedad a la que se atiende y sus representantes institucionales. Algo similar plantearon Lee y Jones (1993), quienes consideraban diferentes actores a la hora de definir los parámetros de calidad en la atención a la salud: la sociedad mediante sus representantes institucionales, el paciente, así como la comunidad científica y profesional. Tener en cuenta todas estas perspectivas y fuentes de información es relevante para la definición de los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud, ya que la evaluación será diferente dependiendo de la posición funcional que estos actores guardan dentro del sistema.

La perspectiva de los usuarios es, sin duda, necesaria para la evaluación de la calidad asistencial (Fernández-Martín et al., 2016). Sin embargo, una evaluación basada exclusivamente en la satisfacción de los usuarios puede resultar probablemente sesgada si sus resultados no se contrastan con valoraciones procedentes de otras fuentes competentes (Colton, 2000; Donabedian, 2005). La perspectiva del usuario se puede considerar parcial, entre otros motivos, porque está condicionada por la propia evolución del problema de salud y las incertidumbres sobre su pronóstico, algo especialmente complejo en el ámbito de la salud mental. Los profesionales tienen una perspectiva que, aunque tiene sus propios condicionantes, es transversal a los distintos casos que tratan y aportan una visión científico-técnica de la calidad de la atención ofrecida en salud mental. Recientemente se han publicado diversos estudios empíricos sobre calidad asistencial desde la perspectiva de los profesionales (Benítez-Ortega et al., 2021; Broaddus, 2018; Cuéllar-Flores et al., 2022; Triliva et al., 2020). No obstante, siguen faltando instrumentos que permitan una evaluación comparada, sistemática y rigurosa de la atención a la salud mental.

Lo expuesto hasta aquí justifica la necesidad de disponer de medidas válidas y fiables de la calidad de la atención a la salud mental desde la perspectiva de los profesionales sanitarios especialistas en psicología clínica que permitan evaluarla de forma global y ágil y que, complementando a otras medidas como la de satisfacción del usuario, permitan la monitorización de la calidad de las intervenciones de psicología clínica. Para que dicho índice de calidad sea útil, entendemos que ha de cumplir los siguientes criterios: a) basarse en la perspectiva profesional de especialistas en psicología clínica; b) utilizar métodos empíricos inductivos, mediante análisis psicométricos y estadísticos, como herramientas de selección de los mejores indicadores que compongan el

índice; y c) que el índice resultante, además de ser fiable y válido, sea fácil de aplicar e interpretar.

El objetivo de este trabajo es la elaboración de un Índice de Calidad Asistencial de las intervenciones de psicología clínica (ICASPC) que responda a esa necesidad, siguiendo recomendaciones europeas para la construcción de índices compuestos (Nardo et al., 2005). Dicho índice debe permitir obtener medidas válidas y fiables, de forma regular y ágil, de la calidad asistencial de las distintas prestaciones de psicología clínica que ofrece el SAS. Una medida de estas características permitirá monitorizar esta calidad asistencial y planificar posibles intervenciones destinadas a su mejora.

## Método

### Participantes

Los participantes integraron una muestra de conveniencia de 83 especialistas en psicología clínica pertenecientes al SAS. Según un censo elaborado por la Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica de Andalucía, el total de especialistas en psicología clínica en activo en el SAS en febrero de 2020 era de 258. Por tanto, la muestra estaba formada por un 32.17% de la población total objeto de estudio. Como garantía adicional de anonimato, no se solicitó ningún tipo de datos personales o de filiación tales como edad, sexo, antigüedad en el servicio, ubicación de su puesto o del dispositivo de salud, etc., pues estos datos hacían fácilmente identificables a los participantes y ello podía dar lugar a una participación menor y, por tanto, a unos resultados menos fiables. Por otro lado, estos datos no se consideraron relevantes en relación con el objeto de estudio, de acuerdo con la revisión de la literatura.

Respecto a los niveles asistenciales de Salud Mental de los participantes, el 60.24% (50 participantes) pertenecía al segundo nivel, correspondiente a las uni-

dades de Salud Mental Comunitaria. Estas unidades son dispositivos especializados de asistencia ambulatoria que representan el primer nivel de derivación desde la Atención Primaria para los usuarios con problemas de salud mental. El 39.76% restante (33 participantes) trabajaba en dispositivos de tercer nivel asistencial. Es decir, dispositivos a los que se derivan aquellos casos que, por su gravedad o complejidad, requieren una asistencia más intensiva y especializada de la que puede ofrecerse en las unidades de Salud Mental Comunitaria. A este tercer nivel asistencial pertenecen las unidades de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, las comunidades terapéuticas, los hospitales de día de Salud Mental, las unidades de rehabilitación de Salud Mental o las unidades de hospitalización de Salud Mental (Tabla 1).

### Instrumento

*Cuestionario de calidad asistencial de los servicios de psicología clínica evaluada por los profesionales* (Benítez-Ortega et al., 2021). Este cuestionario está integrado por 38 ítems y está diseñado para ser cumplimentado por los profesionales especialistas en psicología clínica. Puede cumplimentarse en un tiempo medio estimado de 20 minutos. Permite registrar información de siete dimensiones de la calidad asistencial: prevención, accesibilidad, idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento, seguridad, coordinación asistencial, investigación, y formación continuada. Puede encontrarse una descripción de estas dimensiones en Benítez-Ortega et al. (2023). El último ítem del cuestionario se plantea como la medida global de la calidad asistencial. Se utiliza una escala de 1 (deficiente) a 5 (excelente). Es decir, este último ítem funciona por tanto como una medida de la variable dependiente en esta investigación, que sería la valoración general o global de la calidad asistencial de los dispositivos, mientras que los ítems

Tabla 1. Unidades asistenciales de los especialistas FEA-PC del SAS

| Unidad  | <i>n</i> | %      |
|---|----------|--------|
| Unidad de Salud Mental Comunitaria, USMC              | 50       | 60.2 % |
| Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ         | 11       | 13.3 % |
| Hospital de Día de Salud Mental, HDSM                 | 10       | 12.0 % |
| Comunidad Terapéutica de Salud Mental, CTSM           | 5        | 6.0 %  |
| Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, URSM        | 3        | 3.6 %  |
| Programa de interconsulta y enlace hospitalario       | 2        | 2.4 %  |
| Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, UTCA | 1        | 1.2 %  |
| Unidad de Hospitalización de Salud Mental, UHSM       | 1        | 1.2 %  |

anteriores permiten la evaluación de un conjunto de variables que integran diferentes dimensiones componentes de la calidad asistencial general.

### **Procedimiento**

Este estudio adopta un diseño de investigación cuantitativo transversal. El procedimiento de investigación cumple con la Declaración de Helsinki de 1975, así como con las leyes de España y Europa para la protección de datos personales. A los participantes se les informó de los objetivos del estudio y el tratamiento grupal de los datos, asumiendo compromisos de confidencialidad y anonimato por parte de los investigadores, pudiendo el participante abandonar la encuesta en cualquier momento sin consecuencias.

Una vez aceptada la participación en el estudio por parte de los profesionales, se les facilitó un enlace de Internet para contestar a la encuesta. Este enlace estuvo accesible para su cumplimentación desde el día 5 al 30 de junio de 2020. A los profesionales encuestados se les indicaba que sus respuestas debían hacer referencia a las tareas asistenciales y al funcionamiento de los dispositivos en los que trabajaban hasta febrero de 2020, el mes anterior a la declaración de pandemia por COVID-19.

### **Análisis de datos**

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, correlacionales, de fiabilidad, así como de diferencia de medias para explorar posibles diferencias en los indicadores según determinadas variables. A su vez, se exploró la dimensionalidad del índice mediante un Análisis Factorial Exploratorio.

Por una parte, se seleccionó el menor número posible de indicadores esenciales, cuantitativos y objetivables para componer el índice, no siendo estos menos de tres. La selección de estos indicadores se haría en primer lugar a partir de su relación con la valoración global de la calidad asistencial de su servicio realizada por los profesionales, evaluada, como se ha dicho, mediante el último ítem del cuestionario. Los criterios de selección de los indicadores fueron que presentaran correlaciones estadísticamente significativas con la calidad asistencial general ( $p < .05$ ), y que su tamaño de efecto fuera al menos medio ( $r \geq .30$ ; Cohen, 1988). Posteriormente, se realizó un estudio estadístico descriptivo de los indicadores seleccionados, y su normalización a escalas de rangos fraccionales, en la que cada rango se dividió por el número de casos válidos y se multiplicó por 100, facilitando así su interpretación y el establecimiento de intervalos comparativos.

A su vez, se analizó la consistencia interna de los indicadores seleccionados mediante los índices omega de McDonald y alfa de Cronbach, depurando indicadores hasta alcanzar valores de excelencia ( $\alpha$  y  $\omega \geq 0.90$ ), que garantizaran la fiabilidad del índice finalmente obtenido con un mínimo de tres indicadores. También, se realizó un estudio de la unidimensionalidad de los indicadores seleccionados mediante Análisis Factorial Exploratorio, comprobando la adecuación de la matriz de datos ( $MSA \geq 0.80$ ; prueba de esfericidad de Bartlett:  $p < .05$ ), y depuración de indicadores que no tuvieran una comunalidad suficiente con el resto (Unicidad  $\geq 0.70$ ).

Por último, se exploró la sensibilidad del índice resultante, mediante pruebas  $t$ , para detectar diferencias significativas en la calidad asistencial en función de características de la organización de los dispositivos de Salud Mental tales como el nivel asistencial de la unidad de salud mental, la participación en actividades de prevención, continuidades asistenciales, y el disponer o no de talonarios de traslado en ambulancia.

Todos los análisis estadísticos y psicométricos se llevaron a cabo con el programa Jamovi 2.3 (The Jamovi Project, 2022).

### **Resultados**

Los estadísticos descriptivos de las respuestas dadas a cada ítem o indicador del cuestionario ya han sido presentados en otras publicaciones (Benítez-Ortega et al., 2021).

#### *Selección de indicadores*

En esta primera etapa se seleccionaron aquellos ítems cuantitativos que presentaban una correlación significativa de tamaño medio con la valoración global de la calidad realizada por los especialistas. Sólo ocho indicadores cuantitativos cumplieron estos criterios (Tabla 2). El indicador que mayor tamaño de efecto muestra sobre la valoración de la calidad asistencial es la cantidad total de casos activos asignados al FEA-PC, y el que menor tamaño de efecto muestra es el número de casos por mes que el FEA-PC atiende en intervenciones grupales.

#### *Normalización de escalas*

Estos ocho indicadores relacionados con la calidad asistencial (Tabla 3) mostraron una gran dispersión entre los distintos dispositivos atendidos por especialistas FEA-PC del SAS, con coeficientes de variación próximos a 1.00 en la mayoría de indicadores y grandes rangos de valores.

Tabla 2. Indicadores cuantitativos con correlaciones significativas de tamaño medio con la valoración global de calidad

| Indicador   | <i>r</i> | <i>p</i> | <i>N</i> |
|---|----------|----------|----------|
| 1. Casos activos asignados                        | -.64     | < .001   | 72       |
| 2. Casos asignados como facultativo de referencia | -.56     | < .001   | 70       |
| 3. Casos/mes intervención individual              | -.36     | .001     | 78       |
| 4. Periodicidad intervención individual (días)    | -.52     | < .001   | 82       |
| 5. Duración intervención individual (minutos)     | .41      | < .001   | 79       |
| 6. Casos/mes intervención grupal                  | .33      | .003     | 79       |
| 7. Periodicidad intervención familiar (días)      | -.42     | .001     | 55       |
| 8. Duración intervención familiar (minutos)       | .48      | < .001   | 62       |

Las distribuciones de los indicadores valorados por los especialistas FEA-PC resultaron significativamente desviadas de distribuciones normales según la prueba de Shapiro-Wilk. Esto es coherente con las puntuaciones típicas de los índices de asimetría ( $Z_s$ ) y curtosis ( $Z_k$ ), en los que valores superiores a 2.58 en términos absolutos implica que los valores se encuentran fuera de un intervalo de confianza del 99% (Kim, 2013). En la Tabla 3 se puede ver que cuatro de los ocho indicadores en sus escalas originales (3, 4, 6 y 7) se desvían significativamente de unas puntuaciones normales en curtosis, y asimetría (3 y 7). Adicionalmente, se observa variabilidad en el número de datos perdidos (aquellos en los que los especialistas consultados no han aportado una respuesta válida). En los indicadores 7 y 8 se encuentran 28 y 21 datos perdidos respectivamente (34% y 25% de los datos, respectivamente) que señalan dificultades para contestar por parte de todos los especialistas. La normalización de las escalas en rangos fraccionales de 0 a 100, ascendentes en los indicadores con relación positiva con la calidad asistencial ( $I_5$ ,  $I_6$ , y  $I_8$ ) y descendentes en el resto, iguala las medias en torno a 50 y sus desviaciones típicas en torno a 29. En estas escalas normalizadas se puede observar que sólo la puntua-

ción  $Z$  de curtosis del indicador 6 estaría fuera del intervalo de confianza del 99% para una distribución normal.

#### Consistencia interna

La evaluación de la consistencia interna, mediante los coeficientes alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y omega de McDonald ( $\omega$ ) de los ocho indicadores normalizados, nos muestra valores cercanos al criterio establecido ( $\alpha = .89$  y  $\omega = .89 < 0.90$ ). Tal como recomiendan Izquierdo et al. (2014), se utilizó la menor correlación entre cada indicador y el resto como elemento de selección previo a un análisis de la dimensionalidad mediante análisis factorial exploratorio. De este modo se fueron eliminando sucesivamente los indicadores 8, 6, 5 y 7 hasta alcanzar los valores previstos de consistencia interna ( $\alpha = .92$ ;  $\omega = .92$ ), quedando así el índice de calidad asistencial compuesto por sólo cuatro indicadores esenciales.

#### Dimensionalidad

Para el análisis de la dimensionalidad de los cuatro indicadores que componen el índice se comprobó pre-

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los indicadores cuantitativos seleccionados

| Indicador | <i>N</i> | Mín. | Máx. | Escalas originales |           |       |        | Escalas normalizadas |           |       |        |
|-----------|----------|------|------|--------------------|-----------|-------|--------|----------------------|-----------|-------|--------|
|           |          |      |      | <i>M</i>           | <i>DT</i> | $Z_s$ | $Z_k$  | <i>M</i>             | <i>DT</i> | $Z_s$ | $Z_k$  |
| $I_1$     | 75       | 0    | 600  | 195.7              | 169.5     | 0.67  | -0.52  | 50.7                 | 29.0      | -0.01 | -2.19  |
| $I_2$     | 71       | 3    | 700  | 217.6              | 188.8     | 0.80  | -0.25  | 50.7                 | 29.1      | 0.00  | -2.13  |
| $I_3$     | 79       | 8    | 670  | 119.9              | 112.7     | 2.77* | 10.46* | 50.6                 | 29.0      | -0.01 | -2.26  |
| $I_4$     | 83       | 7    | 182  | 41.7               | 31.4      | 1.45  | 3.75*  | 50.6                 | 28.9      | 0.06  | -2.39  |
| $I_5$     | 80       | 6    | 60   | 37.1               | 11.6      | 0.69  | 0.17   | 50.6                 | 27.5      | -0.75 | -2.18  |
| $I_6$     | 80       | 0    | 90   | 15.1               | 17.6      | 1.71  | 3.94*  | 50.6                 | 28.2      | -0.70 | -2.71* |
| $I_7$     | 55       | 3    | 195  | 38.2               | 30.2      | 2.89* | 12.77* | 50.9                 | 28.7      | 0.02  | -1.75  |
| $I_8$     | 62       | 17.5 | 120  | 51.4               | 18.8      | 1.22  | 2.23   | 50.8                 | 28.5      | 0.01  | -2.00  |

viamente que la matriz de datos tenía una buena medida de adecuación muestral con el índice de KMO (MSA = .833), así como la significación de la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 204$ ;  $gl = 6$ ;  $p < .001$ ). El tratamiento de los datos perdidos se hizo con el método de datos completos (*casewise*), quedando una muestra de 70 especialistas con una ratio de 17.5 participantes por indicador. Un análisis paralelo de los datos observados en comparación con el de 500 matrices generadas aleatoriamente mostró que sólo el primer factor presenta un autovalor superior al esperado en correlaciones de datos aleatorios. Un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de mínimos cuadrados no ponderados de un modelo unidimensional mostró que un único factor explicaría un 74.3% de la varianza observada, en el que los cuatro indicadores seleccionados tendrían cargas factoriales superiores a 0.70 (Tabla 4). El número de casos como facultativo de referencia ( $I_2$ ) es el que mayor peso muestra en el factor de calidad asistencial, seguido del número de casos activos asignados ( $I_1$ ) y la periodicidad de las sesiones de intervención individual ( $I_4$ ), siendo el número de casos al mes de intervención individual ( $I_3$ ) el que menor peso relativo tiene en dicho factor. Una prueba de bondad de ajuste ( $\chi^2 = 3.48$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0.175$ ) permite aceptar la hipótesis nula de no diferencias entre el modelo teórico de un factor y el observado en los datos, mostrando índices de ajuste adecuados (TLI = .977). Por el contrario, los residuales aparecen por encima del criterio esperado (RMSEA = .102 > .06; IC 90%: [.00; .281]), lo que probablemente está relacionado con cierta redundancia entre los cuatro indicadores.

Tabla 4. Cargas factoriales ( $\lambda$ ) y unicidades de los cuatro indicadores seleccionados en el modelo de un factor obtenido mediante AFE

| Indicador | Carga factorial ( $\lambda$ ) | Unicidad |
|-----------|-------------------------------|----------|
| $I_2$     | .923                          | .147     |
| $I_1$     | .882                          | .222     |
| $I_4$     | .855                          | .269     |
| $I_3$     | .780                          | .391     |

### Sensibilidad

El índice de calidad asistencial obtenido con la puntuación media de los cuatro indicadores esenciales seleccionados permite interpretarlo como una fracción proporcional, escalado de 0 a 100, respecto al parámetro mejor valorado en el SAS en el momento de la encuesta. La puntuación media de este índice en los especialistas FEA-PC del SAS consultados fue de 51.1 ( $DT = 26.1$ ;

$N = 70$ ), oscilando desde valoraciones mínimas de 2.1 a máximas de 96.6. Como es lógico, este índice presenta una correlación significativa con las valoraciones globales de calidad asistencial de las prestaciones de psicología clínica del SAS ( $r = .66$ ;  $n = 68$ ;  $p < .001$ ), dando cuenta de un 43% de la calidad asistencial percibida por los especialistas.

Asimismo, se analizó la sensibilidad del índice construido para detectar diferencias de calidad asistencial en función de distintas características de los tipos de dispositivos de Salud Mental, como son el nivel asistencial de la unidad y la participación en actividades de prevención, la posibilidad de continuidades asistenciales y la disponibilidad de talonarios de traslado en ambulancia por parte de los especialistas FEA-PC (Tabla 5). Para estos contrastes, previamente se comprobó la homogeneidad de varianzas con la prueba  $F$  de Levene ( $gl = 1/68$ ), aceptándose en todos los casos la hipótesis nula de igualdad. Consecuentemente, se hicieron contrastes de medias con la prueba  $t$  de Student en los que sólo el nivel asistencial mostró una relación significativa con la calidad asistencial de tamaño de efecto grande.

### Discusión

Este estudio presenta un índice de calidad asistencial para la evaluación de las prestaciones de psicología clínica, del que se pueden destacar tres características diferenciales: a) evalúa las prestaciones de psicología clínica, habitualmente ignoradas en los estudios de calidad asistencial (Defensor del Pueblo, 2020; Duro Martínez, 2021; Salinas Rodríguez & González Díaz, 2006); b) se basa en la perspectiva de los especialistas, frente a la mayoría de estudios que se centran en la satisfacción de los usuarios (Colton, 2000; Donabedian, 2005); y c) utiliza un método empírico e inductivo con análisis psicométricos de las respuestas aportadas por un amplio grupo de especialistas, a diferencia de estudios de tipo más cualitativo basados en pequeños grupos de expertos (Triliva et al., 2020).

Aunque en el presente trabajo el muestreo no fue aleatorio, su importante tamaño relativo (32.17%) permite obtener estimaciones muy aproximadas de los valores poblacionales.

Como principal resultado se ha logrado un índice de calidad asistencial compuesto por cuatro indicadores esenciales, cuantitativos y objetivables: el número total de casos activos asignados al profesional FEA-PC, el número de casos activos asignados como facultativo de referencia, el número de intervenciones individuales por mes y la periodicidad de dichas intervenciones. La diferencia de significado entre los dos primeros indicadores

Tabla 5. Contrastes de medias del índice de calidad asistencial de psicología clínica (ICA\_PC) en función de distintas características de las unidades de salud mental del SAS

| Características                     | N  | ICA-PC |      | Levene |    | t de Student |    |        |           |  |
|-------------------------------------|----|--------|------|--------|----|--------------|----|--------|-----------|--|
|                                     |    | M      | DT   | F      | p  | t            | gl | p      | d (Cohen) |  |
| Nivel asistencial                   |    |        |      |        |    |              |    |        |           |  |
| 3°                                  | 28 | 72.1   | 20.3 | 0.095  | ns | 7.21         | 68 | < .001 | 1.760     |  |
| 2°                                  | 42 | 37.2   | 19.5 |        |    |              |    |        |           |  |
| Actividades de prevención           |    |        |      |        |    |              |    |        |           |  |
| No                                  | 51 | 52.3   | 26.0 | 0.010  | ns | 0.60         | 68 | ns     | 0.161     |  |
| Sí                                  | 19 | 48.0   | 27.0 |        |    |              |    |        |           |  |
| Continuidades asistenciales         |    |        |      |        |    |              |    |        |           |  |
| No                                  | 46 | 48.8   | 25.6 | 0.045  | ns | -1.04        | 68 | ns     | -0.263    |  |
| Sí                                  | 24 | 55.6   | 27.1 |        |    |              |    |        |           |  |
| Talonario de traslado en ambulancia |    |        |      |        |    |              |    |        |           |  |
| No                                  | 48 | 50.7   | 25.0 | 0.851  | ns | -0.22        | 68 | ns     | -0.057    |  |
| Sí                                  | 22 | 52.2   | 29.1 |        |    |              |    |        |           |  |

consiste en que el primero alude al número total de casos activos asignados al profesional para su participación en su evaluación y tratamiento por un equipo multidisciplinar, mientras que el segundo indicador se refiere a que el facultativo en cuestión, además de participar, es el responsable último de la coordinación de dicho equipo multidisciplinar para ese paciente y de las decisiones que haya que tomar en cuanto a su diagnóstico clínico, información, plan de tratamiento integral, derivación o alta. Estos cuatro indicadores componen un índice que determina en buena medida la percepción de la calidad asistencial que hacen los especialistas de su servicio. Este índice se ha demostrado muy fiable, con altos niveles de consistencia interna, suficientemente unidimensional para componer un índice único, y sensible para detectar diferencias de calidad asociadas a características de las unidades de salud mental atendidas por los especialistas del SAS como es el nivel asistencial. Identificar un índice cuantitativo global de calidad asistencial, válido y fiable, responde a la necesidad de disponer de medidas estandarizadas en las que sustentar estudios comparativos rigurosos y evaluaciones de posibles programas de mejora, que no son factibles con otro tipo de medidas más cualitativas. En las investigaciones realizadas hasta el presente sobre calidad asistencial de la psicología clínica evaluada desde la perspectiva de los profesionales (Broaddus, 2018; Cuéllar-Flores et al., 2022; Triliva et al., 2020) no se ha propuesto hasta ahora un índice de esta naturaleza.

La normalización de las puntuaciones del índice compuesto a una escala de proporciones fraccionales de

0 a 100 facilita su interpretación en un determinado momento y lugar, de modo que sus valores indican qué proporción de la calidad asistencial máxima obtendría un determinado dispositivo de Salud Mental en ese contexto espaciotemporal en cuanto a sus intervenciones de psicología clínica. Por otra parte, al estar compuesto por un pequeño número de indicadores cuantitativos y objetivos se facilita su aplicación, agilizando la recogida de datos y permitiendo una monitorización constante de la calidad asistencial mediante encuestas regulares a los especialistas. Este índice sería así útil para valorar la calidad asistencial de cada una de las unidades que atienden los especialistas de la psicología clínica, a diferencia de medidas globales como la ratio de profesionales por habitantes que no permiten valorar diferencias entre unidades dentro de un mismo territorio.

Recientemente se ha señalado la oportunidad de aplicar el benchmarking, un reconocido método de mejora de la competitividad empresarial, en el área de la calidad asistencial (Willmington et al., 2022). Este método consiste en el análisis comparativo con empresas de referencia, identificando las debilidades y fortalezas de éstas, así como aprender de sus mejores prácticas. Esta información es valiosa no solo para identificar aspectos a emular de dichas empresas, sino también para descubrir oportunidades de capturar nichos de mercado y crear un valor añadido más allá de lo que estas empresas logran, especialmente al comprender sus debilidades operativas. Sin embargo, la investigación que nos ha permitido llegar a la identificación del índice aquí propuesto diverge del benchmarking en tanto que su origen está en una as-

piración de mejora de la calidad asistencial a partir de la observación y análisis del funcionamiento de la propia organización que se aspira a mejorar —los dispositivos de Salud Mental del SAS, en su componente específico de las prestaciones de psicología clínica—. No obstante, la identificación y divulgación de este índice, y de su valor en una institución de referencia como es el sistema sanitario público, facilitará precisamente la aplicación del benchmarking a otras instituciones o dispositivos sanitarios para la optimización de su calidad asistencial.

A pesar de la aparente validez del índice obtenido, su alcance está sujeto a varias limitaciones. En primer lugar, porque el índice propuesto no se puede considerar validado hasta la realización de estudios con muestras amplias y representativas de especialistas, que permitan realizar análisis confirmatorios de las propiedades psicométricas de dicho índice. En segundo lugar, porque su interpretación está vinculada exclusivamente al momento y lugar del estudio, en concreto a los servicios de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud en febrero de 2020. Este tipo de índices siempre tienen un valor relativo, comparativo y limitado en el tiempo. En concreto, si los datos recogidos se pusiesen en relación con todo el territorio español o con el de la Unión Europea, probablemente los dispositivos de Salud Mental del SAS mejor valorados verían afectadas, disminuidas, esta posición o valoración positivas. Lo mismo debería ocurrir si se obtuviesen datos de este índice en años sucesivos, siempre que se cumplan las recomendaciones de instituciones como el Defensor del Pueblo y se vaya aumentando progresivamente la ratio de profesionales de psicología clínica por habitante hasta aproximarla a estándares europeos.

Otra limitación importante es común a todo índice cuantitativo global de este tipo: pensar que realidades complejas, como las de las distintas prestaciones de psicología clínica, se pueden reducir a una única medida cuantitativa puede caer en el simplismo. Muchas de las características organizativas de dispositivos de Salud Mental no son cuantificables, y no por ello dejan de tener importancia para la calidad asistencial. Esta limitación sigue haciendo necesarios estudios descriptivos e informativos de la calidad asistencial en psicología clínica, como los generados por las líneas de investigación sugeridas por Cuéllar-Flores et al. (2022), Izquierdo-Elizo et al. (2022) y Duro Martínez (2013, 2021), que permitan conocer las características de estos servicios en mayor profundidad.

De cara al futuro, sería interesante establecer recogidas de datos de los cuatro indicadores que componen el índice de calidad asistencial con cierta regularidad. Esto es fácil llevarlo a cabo mediante encuestas breves a tra-

vés de internet a los especialistas de psicología clínica de los servicios de Salud de un determinado territorio. Además, sería deseable afianzar este tipo de estudios, a través de las distintas sociedades que agrupan a los profesionales, ampliándolo a todo el territorio español y al de la unión europea, de manera que se pudieran ir estableciendo con regularidad valores de referencia con los que comparar un determinado servicio en un momento dado, y servir de base a intervenciones de mejora que permitan dar una mejor asistencia a la salud mental de la población.

Entre estas mejoras, la más obvia y demandada en España es el incremento de especialistas en psicología clínica por habitante en el Sistema Nacional de Salud, de manera que los territorios peor atendidos se puedan ir homologando a estándares europeos. Esta sería la principal medida que permitiría mejorar los indicadores que en este estudio se han revelado como más significativos para mejorar la calidad asistencial de la psicología clínica percibida por los profesionales: un número medio más razonable, es decir, menos cuantioso, de casos asignados a cada facultativo; una mayor frecuencia de las citas o sesiones, o dicho de otro modo, unos períodos de tiempo de espera menores entre citas o sesiones de intervención; y una mayor duración de estas sesiones.

Debemos señalar también que la encuesta de la que emana el índice de calidad asistencial de las prestaciones de psicología clínica percibida por los profesionales que aquí presentamos fue diseñada para evaluar diferentes dimensiones de esta calidad asistencial en una red de dispositivos de Salud Mental determinada, sin cuestionar de entrada la configuración misma de dicha red. Mirando más allá de la participación de los especialistas de psicología clínica en la red de servicios de Salud Mental de los diferentes sistemas sanitarios públicos regionales que componen el Sistema Público Nacional de Salud (servicios de Salud Mental que aún se siguen denominando en algunos lugares “servicios de Psiquiatría”), también cabe plantearse la mejora de las prestaciones de psicología clínica contemplando un cambio en la configuración y en la diversidad de los diferentes servicios sanitarios asistenciales en los que estos profesionales pueden participar. Así, por ejemplo, Prado-Abril et al. (2019) señalan que supeditar las prestaciones de psicología clínica a las unidades de Psiquiatría no es apropiado. La demanda creciente entre los especialistas de psicología clínica para crear servicios diferenciados permitiría mejorar la prestación de servicios, la gestión y los programas clínicos basados en la evidencia, sin las limitaciones de un modelo biomédico que ahora mismo controla las políticas de atención en Salud Mental en España, limitando así el acceso a un tratamiento psicológi-

co adecuado. Como modelo se podría tomar el realizado por la Sociedad Psicológica Británica (The British Psychological Society, 2008) respecto al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, ampliando las prestaciones de la psicología clínica más allá de los servicios de Salud Mental psiquiátricos, y proponiendo estándares claros sobre el número de especialistas en psicología clínica para distintas áreas de atención a la salud, como pueden ser las unidades de Atención Primaria u oncológicas, entre otras.

Por último, consideramos necesarios aclarar que, para la correcta interpretación de un estudio como éste, sobre calidad asistencial, conviene diferenciar la dimensión netamente clínica de la calidad asistencial —en la que sí pueden influir, al menos parcialmente, las decisiones de los especialistas sanitarios— de aquellos otros parámetros que son de naturaleza organizativa o de gestión —y que no dependen de dichos especialistas, sino de aquellos otros profesionales que ocupan cargos de gestión o, en una posición jerárquicamente superior, de naturaleza institucional o política—. El concepto científico de “calidad asistencial”, sin embargo, integra ambos aspectos, y en la literatura sobre este tema no se encuentra esta distinción entre lo que podría denominarse “calidad asistencial clínica”, por un lado, y “calidad de la organización asistencial”, por otro. Esto puede comprobarse fácilmente al recordar que son dimensiones igualmente integrantes de la “calidad asistencial”, así denominada, tanto parámetros como la accesibilidad a los dispositivos, que viene determinada sobre todo por decisiones organizativas, como la idoneidad de las intervenciones de evaluación y tratamiento, en la que sí tienen más influencia —aunque tampoco plena, ni mucho menos— los especialistas sanitarios. Esta cuestión es tratada con más detalle en el epílogo de la monografía publicada por Benítez Ortega et al. (2024), en el apartado titulado *Profesionales e institución sanitaria: asistencia vs. gestión asistencial como factores determinantes de la calidad asistencial*.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2018). *NSQHS Standards User guide for health services providing care for people with mental health issues* (2ª ed.). <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/nsqhs-standards-user-guide-health-services-providing-care-people-mental-health-issues>

- Badu, E., O'Brien, A. P., & Mitchell, R. (2019). The Conceptualization of Mental Health Service Quality Assessment: Consumer Perspective. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 790–806. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00955-w>
- Benítez Ortega, J. L., Gómez Gómez, V., López Pérez-Díaz, Á. G., Martínez Cervantes, R. J., Martínez de Salazar-Arboleas, A., Rodríguez Gómez, A., Romero Gamero, R., Vázquez Morejón, A. J., Venceslá Martínez, J. F. (2024). *Calidad asistencial de los servicios de Psicología Clínica. Evaluación por los profesionales* [J. L. Benítez-Ortega (Ed.)]. Fundación para la Formación y la Práctica de la Psicología, FUNCOP. <https://copao.es/servicios/t-recursos-documentales/publicaciones/psicologia-clinica-y-salud>
- Benítez-Ortega, J. L., Venceslá-Martínez, J. F., López Pérez-Díaz, Á. G., Rodríguez Gómez, A., Gómez Gómez, V., Martínez Cervantes, R. J., Romero Gamero, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2021). Calidad asistencial de la psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud evaluada por los facultativos. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 143–158. <https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.910>
- Broaddus, E. (2018). Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. *Independent Study Project (ISP) Collection*. [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2949](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2949)
- Cohen, J. (1988). *The effect size. Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Colton, D. (2000). Quality improvement in health care. Conceptual and historical foundations. *Evaluation & the Health Professions*, 23(1), 7–42. <https://doi.org/10.1177/01632780022034462>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández Garzón, L., Félix-Alcántara, M. P., Manzano Olivares, B., De la Vega Rodríguez, I., Ferreira González, M. F., ... y Maldonado-Belmonte, M. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71–86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Defensor del Pueblo (2020, 2 de enero). *Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83, 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dudley, L., Mamdoo, P., Naidoo, S., & Muzigaba, M. (2022). Towards a harmonised framework for developing quality of care indicators for global health: A scoping review of existing conceptual and methodological practices. *BMJ Health Care Informatics*, 29: e100469. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2021-100469>
- Duro Martínez, J. C. (2013). *Estudio sobre la psicología clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid. La perspectiva de los profesionales*. [http://www.copmadrid.org/web/img\\_db/publicaciones/psicologia-clinica-en-la-sanidad-publica-en-madrid-556eba634e883.pdf](http://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/psicologia-clinica-en-la-sanidad-publica-en-madrid-556eba634e883.pdf)

- Duro-Martínez, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud Español? *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 81-93. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psi.2955>
- Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27, 31-40. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M., y Mirón-Canelo, J. A. (2016) Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.006>
- Follwell, E. J., Chunduri, S., Samuelson-Kiraly, C., Watters, N., & Mitchell, J. I. (2021). The Quality Mental Health Care Network: A roadmap to improving quality mental healthcare in Canada. *Healthcare management forum*, 34(2), 100-106. <https://doi.org/10.1177/0840470420974713>
- Gutiérrez-Colosía, M. R., Salvador-Carulla, L., Salinas-Pérez, J. A., García-Alonso, C. R., Cid, J., Salazzari, D., Montagni, I., Tedeschi, F., Cetrano, G., Chevreul, K., Kalseth, J., Hagmair, G., Straßmayr, C., Park, A. L., Sfectu, R., Ala-Nikkola, T., González-Caballero, J. L., Rabbi, L., Kalseth, B., Amadeo, F., & For the REFINEMENT Group (2019). Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 210-223. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000415>
- Heiervang, K. S., Egeland, K. M., Landers, M., Ruud, T., Joa, I., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2020). Psychometric Properties of the General Organizational Index (GOI): A Measure of Individualization and Quality Improvement to Complement Program Fidelity. *Administration and Policy in Mental Health*, 47(6), 920-926. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01025-2>
- Hermann, R. C., Finnerty, M., Provost, S., Palmer, R. H., Chan, J., Lagodmos, G., Teller, T., & Myrhol, B. J. (2002). Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 95-104. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006930>
- Hermann, R. C., Leff, H. S., Palmer, H., Yang, D., Teller, T., Provost, S., Jakubiak, C., & Chan, J. (2000). Quality Measures for Mental Health Care: Results from a National Inventory. *Medical Care Research and Review*, 57(2), 136-154. <https://doi.org/10.1177/1077558700057002S08>
- Hermann, R., Mattke, S., & OECD Mental Health Care Panel (2004). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. *OECD Health Technical Papers*, 17. <https://doi.org/10.1787/388745076135>
- Hermann, R. C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., ... & Chan, J. A. (2006). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl025>
- Hermann, R. C., & Palmer, R. H. (2002). Common ground: A framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care. *Psychiatric Services*, 53(3), 281-287. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.3.281>
- Hermann, R. C., Palmer, H., Leff, S., Shwartz, M., Provost, S., Chan, J., ... & Lagodmos, G. (2004). Achieving consensus across diverse stakeholders on quality measures for mental healthcare. *Medical Care*, 1246-1253.
- Izquierdo-Elizo, A., Cuellar, I., Padilla, D., Escudero, C., Vilagrà, R., Martínez de Salazar Arboleas, A., & Fournier del Castillo, M. C. (2022). Especialidad sanitaria de psicología clínica de la infancia y la adolescencia: Una propuesta razonada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.31633>
- Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F.J. (2014). Exploratory Factor Analysis in Validation Studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 25(3), 395-400. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.349>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Ruble, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 17(1), 30-38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Kilbourne, A. M., Keyser, D., & Pincus, H. A. (2010). Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(9), 549-557. <https://doi.org/10.1177/070674371005500903>
- Kim, H.Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Lee, R., & Jones, L.W. (1993). *The fundamentals of good medical care*. Chicago University Press.
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M., Barthelemy, C. M., Abbafati, C., ... & Carrdenas, R. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250-1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
- Marjoua, Y., & Bozic, K. J. (2012). Brief history of quality movement in US healthcare. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 5(4), 265-273. <https://doi.org/10.1007/s12178-012-9137-8>
- Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., & Tarantola, S. (2005). Tools for composite indicators building. *European Commission, Ispra*, 15(1), 19-20.
- Organization for Economic Co-operation and Development (s.f.). *Health Care Quality Indicators - Mental Health Care*. Organization for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-mental-health-care.htm>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Gimeno-Peón, A., & Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). Clinical Psychology in Spain. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>
- Quinlan-Davidson, M., Roberts, K. J., Devakumar, D., Sawyer, S. M., Cortez, R., & Kiss, L. (2021). Evaluating quality in adolescent mental health services: A systematic review. *BMJ Open*, 11(5), e044929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044929>
- Salinas-Rodríguez, J. L., y González-Díaz, H. E. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: Conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*, 8.
- The British Psychological Society (2008). Clinical Health Psychologist in the NHS. *Briefing Papers*, 27. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2008.inf120>

- The Jamovi Project (2022). *Jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.
- Triliva, S., Ntani, S., Giovazolias, T., Kafetsios, K., Axelsson, M., Bockting, C., Buysse, A., Desmet, M., Dewaele, A., Hannon, D., Haukenes, I., Hensing, G., Meganck, R., Rutten, K., Schönning, V., Van Beveren, L., Vandamme, J., & Øverland, S. (2020). Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, *14*:16. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00350-1>
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A. M., & Vainieri, M. (2022). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07467-8>
- Wright, C. V., Goodheart, C., Bard, D., Bobbitt, B. L., Butt, Z., Lysell, K., McKay, D., & Stephens, K. (2020). Promoting measurement-based care and quality measure development: The APA mental and behavioral health registry initiative. *Psychological Services*, *17*(3), 262–270. <https://doi.org/10.1037/ser0000347>